

## Aislamiento en pacientes psiquiátricos

### *Seclusion of psychiatric patients*

Franklin Escobar-Córdoba<sup>I</sup>; Marcelo Andrés Hernández-Yasnó<sup>II</sup>; Jahir Pedreros-Velásquez<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Doctor, Medicina. Profesor asociado, Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>II</sup>Médico Psiquiatra, Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

<sup>III</sup>Médico Psiquiatra. Coordinador Operativo, Programa Distrital de Atención al Habitante de la Calle de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá, Colombia.

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

[Dirección para correspondencia](#)

---

### RESUMO

El objetivo del presente artículo es aportar pautas para la evaluación y tratamiento de pacientes agresivos mediante el uso del aislamiento. A esos efectos, se realizó una revisión narrativa de la literatura, basada en la búsqueda mediante la combinación de las palabras "*seclusion*" y/o "*patient seclusion*" y/o "*Restraint, Physical*" y/o "*Mentally Ill Persons*", en las bases de datos MEDLINE, Ovid, SciELO, HINARI, LILACS, IMBIOMED y Latindex. Se seleccionaron 12 de 8.418 artículos de mayor relevancia para su aplicación en nuestro medio, teniendo como límites de la búsqueda revisiones, metanálisis, estudios controlados aleatorizados y estudios clínicos, adultos, ambos géneros, humanos, idioma inglés y español, de los años 2002 a 2007. Se halló un conocimiento amplio en el tratamiento del paciente agresivo. Las indicaciones del aislamiento no difieren con respecto a las de restricción, siendo importantes los riesgos de hetero o autoagresividad y de daño al entorno físico. Las contraindicaciones y consideraciones éticas, médicas y legales son claras y se deben implementar para una adecuada práctica clínica. El uso adecuado del aislamiento por parte del personal de salud debe formar parte de un plan terapéutico adecuado y tener en cuenta las recomendaciones para su uso en el contexto local.

**Descriptores:** Agresión, enfermos mentales, intervención en la crisis (psiquiatría), restricción física, urgencias médicas.

---

### ABSTRACT

The objective of the present study is to contribute rules for the evaluation and treatment of an aggressive patient by means of seclusion. We searched the literature in the MEDLINE, Ovid, SciELO, HINARI, LILACS, IMBIOMED and Latindex databases, using the combination of the following words: "seclusion" and/or "patient seclusion" and/or "restraint, physical" and/or "mentally ill persons". Twelve out of 8,418 articles were selected for their application in Colombia according to the following limits of the search: clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, review of the literature, adults, both genders, published between 2002 and 2007 in the English and Spanish languages. There is wide knowledge about the treatment of aggressive patient. The seclusion

indications do not differ from those of restriction, with these important aspects: risk of violence and damage to the facility. The contraindications and ethical, medical, and legal implications of the seclusion procedures are clear and should be accepted in the clinical practice. The appropriate uses of the seclusion in mental health units should make part of a convenient therapeutic plan taking into consideration the national context.

**Keywords:** Aggression, crisis intervention, emergencies, mentally ill persons, restraint, physical.

---

## INTRODUCCIÓN

El aislamiento de pacientes psiquiátricos ha sido sujeto de debate clínico y acciones legales. La literatura informa que la concentración de pacientes violentos en los hospitales ha aumentado<sup>1</sup>. La investigación enfocada en la frecuencia del uso del aislamiento es limitada<sup>2</sup>. Una revisión de la literatura preparada por The New York State Office of Mental Health halló que la tasa de restricción y aislamiento variaba del 0,4 al 66% en los pacientes en más de 36 artículos revisados<sup>3</sup>. La restricción y el aislamiento son eficaces en prevenir el daño y reducir la agitación y es casi imposible desarrollar un programa para muchos individuos sintomáticos sin alguna forma de aislamiento o restricción física<sup>4</sup>. En general, los artículos consultados no hacen distinciones claras entre el uso de la restricción física y el aislamiento.

El aislamiento es visto por algunas personas como una violación de los derechos humanos básicos. Algunos lo asocian históricamente a conceptos de castigo, poder y control, mientras otros lo ven como una necesidad para el trato adecuado de la violencia. Los médicos, en cambio, lo consideran una modalidad terapéutica útil en casos indicados<sup>5,6</sup>. Como método de intervención en el tratamiento de la conducta agresiva en pacientes psiquiátricos, el aislamiento reemplazó la restricción mecánica a comienzos del siglo XIX y, actualmente, se continúa usando en el mundo entero.

El propósito de esta revisión narrativa de la literatura es aportar algunas pautas para la evaluación y tratamiento de pacientes agresivos mediante el uso del aislamiento en unidades de salud mental y dar algunas sugerencias para su uso en la práctica psiquiátrica clínica adecuada en el ámbito local.

## MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, basada en la búsqueda mediante la combinación de las palabras "*seclusion*" y/o "*patient seclusion*", en las bases de datos MEDLINE, Ovid, SciELO, HINARI, LILACS, IMBIOMED y Latindex. En Pubmed se hallaron, teniendo en cuenta como límite para la búsqueda solo revisiones, metanálisis, estudios controlados aleatorizados y estudios clínicos con la palabra no clave "*seclusion*", 67 de 603 artículos indizados; con "*patient seclusion*", 46 revisiones de 392 artículos indizados; y con la palabra clave o término MeSH "*Restraint, Physical*", 559 artículos de 8.418 artículos indizados.

Vale mencionar que no existe una palabra clave para el término "aislamiento" en pacientes psiquiátricos; existe "aislamiento", pero para pacientes infectados. Teniendo eso en cuenta se depuró la búsqueda combinándola con la palabra clave "*Mentally Ill Persons*" y agregando los siguientes límites: adultos, ambos géneros, humanos, idiomas inglés y español, de los años 2002 a 2007. Buscando, respectivamente, las palabras "*Restraint, Physical, seclusion*" y "*patient seclusion*" y/o "*Mentally Ill Persons*", se hallaron 51 artículos indizados. Luego de leer los resúmenes correspondientes, finalmente se seleccionaron 12 artículos indizados de mayor relevancia para su aplicación en nuestro medio, se obtuvo el texto completo y se analizaron las referencias de cada uno de los artículos obteniéndose las pertinentes a esta revisión.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los hallazgos más importantes y con relevancia local basados en los diferentes artículos hallados y analizados que respondían a la pregunta "¿Cuáles son las distintas características clínicas para el uso actual del aislamiento en pacientes psiquiátricos agresivos?", teniendo en cuenta las indicaciones, contraindicaciones, aspectos éticos y legales, así como la manera adecuada de aplicar dicho procedimiento psiquiátrico en la práctica profesional.

### *Definición*

Según la American Psychiatric Association (APA), el aislamiento es definido como "aislamiento a puerta cerrada con llave"<sup>7</sup> o como "confinamiento involuntario de una persona en una habitación a solas para impedir físicamente la salida de ésta"<sup>8</sup>. Otros autores lo definen como la reclusión supervisada de un paciente colocado solo en un cuarto con llave por un periodo de tiempo del día o de la noche para la protección del paciente, personal de salud u otros de daños serios<sup>9</sup>.

El uso del aislamiento es un tema éticamente delicado "... debido a que el aislamiento es una forma de restricción que ha sobrevivido a la amplia liberación en la práctica psiquiátrica y, en este caso, el paciente aislado es doblemente vulnerable a causa de su condición de enfermo mental y de prisionero..."<sup>10</sup>. El aislamiento no es particularmente terapéutico por sí mismo, pero es usado como medio de contención mientras se espera la respuesta terapéutica de la medicación<sup>5</sup>.

### *Principios generales, indicaciones y precauciones para el uso adecuado del aislamiento*

Entre las indicaciones o razones para iniciar el aislamiento se encuentra como fundamental la prevención del daño a sí mismo o a otros; también se halla, aunque quizás con menor relevancia, la prevención del daño a la propiedad y las conductas extrañas o disociadas. El aislamiento conlleva un riesgo que es necesario tener en cuenta, se debe usar cuando, a juicio clínico del personal médico, intervenciones menos restrictivas han sido inadecuadas o no son apropiadas. En poblaciones especiales como niños, adolescentes, ancianos e inválidos se debe tener un cuidado especial y evaluar la necesidad clínica para el uso del aislamiento y la restricción<sup>11</sup>. Generalmente, el aislamiento es una medida de último recurso, usada cuando otras alternativas han fracasado<sup>12</sup>.

La APA define como principios generales en sus guías para el uso del aislamiento el proveer un tratamiento psiquiátrico adecuado en un ambiente seguro para el paciente y el personal que lo atiende. Sin embargo, en las mismas guías se advierte que al igual que la restricción, se trata de procedimientos que implican un grado de riesgo y deben ser usados cuando otras intervenciones menos restrictivas han sido inadecuadas o no son apropiadas<sup>13</sup>.

El aislamiento es una intervención que requiere indicación médica. Una vez realizada, el médico debe examinar y disponer de una apropiada monitorización y cuidado del paciente durante el evento; los pacientes deben ser observados a intervalos frecuentemente suficientes para garantizar su seguridad y proveer cuidados humanos; y el personal de salud debe estar entrenado y demostrar competencia en la aplicación de técnicas efectivas y seguras para la implementación del aislamiento. Esas técnicas, por supuesto, deben estar aprobadas por el personal médico. Cuando, a juicio clínico, el paciente no sea una amenaza para sí mismo, otros pacientes, el personal de salud o su entorno físico, puede ser retirado de su aislamiento. La decisión de continuar o no el aislamiento no debe ser vista como de rutina, sino a la luz de los principios generales para el uso del aislamiento. Sin duda alguna, para muchos pacientes, el pasar por la experiencia del aislamiento puede ser traumático. Por eso, el equipo tratante debe considerar la posibilidad de consejería postintervención cuando clínicamente esté indicado<sup>14</sup>.

A cada evento de aislamiento le debe seguir una reunión del personal de salud, donde se evalúen los factores que llevaron a su uso, los pasos para reducir la futura necesidad y el impacto clínico de la intervención en el paciente. Cuando un paciente ha requerido varias veces el uso del aislamiento, se hace importante realizar una revisión del plan de tratamiento. La facilidad de los tratamientos psiquiátricos y unidades de salud mental en hospitales generales hace necesario comprometer las instancias pertinentes a un proceso de mejoría de la calidad de atención que minimice el uso del

aislamiento de acuerdo a un estándar de práctica clínica de calidad y a las necesidades individuales del paciente.

Las políticas que regulan este tipo de tratamiento deben estar regidas por regulaciones hospitalarias y administrativas claras. Cada unidad de salud mental debe tener un sistema para revisar la frecuencia y uso del aislamiento con el fin de compartir las mejores prácticas. La muerte o daños serios resultantes de las intervenciones que involucran el aislamiento deben ser revisadas internamente. Además, se debe requerir una auditoría externa con apropiadas protecciones legales y de confidencialidad. Sin embargo, no está demás mencionar que aunque este tipo de tratamiento esté aceptado como buena práctica siempre y cuando se sigan las recomendaciones anotadas, eso no quiere decir que las lesiones físicas, mentales o inclusive la muerte que se puedan producir como consecuencia del aislamiento no deban ser sometidas a investigación por parte de las autoridades locales. En caso de llegar a producirse una lesión e incluso la muerte derivada y/o relacionada con el aislamiento, se debe iniciar una investigación judicial y médico-legal con necropsia y/o reconocimiento forense practicados por parte de peritos que ayuden a determinar la causa y la posible responsabilidad profesional en salud, ya sea en el caso de lesiones o de homicidio culposo.

Durante el uso del aislamiento se recomienda: la observación continua del paciente, la reevaluación simple y documentación del estado físico y mental del paciente cada 15 minutos; un examen neurovascular de sus extremidades; determinar si está restringido cada hora; ponderar la necesidad de nutrición; y revisar los signos vitales por lo menos cada 4 horas.

Los estándares de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) requiere que un médico especialista sea el que dé la orden para el procedimiento de restricción física o aislamiento y haga la evaluación de la misma. Esas actividades pueden ser realizadas por residentes de psiquiatría bajo supervisión<sup>15,16</sup>. Es necesario tener en cuenta que sólo un médico graduado debe dar la orden de aislamiento y esta debe estar escrita en la historia clínica del paciente a la hora siguiente de haber sido aplicado el procedimiento. Las órdenes médicas deben ser revisadas periódicamente y nunca se debe usar el aislamiento como una necesidad básica ni como único tratamiento<sup>17,18</sup>.

### *Problemas relacionados con el aislamiento*

La razón citada más a menudo para recurrir al aislamiento es la agitación más que la violencia, lo que motiva la pregunta sobre si ese procedimiento es necesario. La tendencia al aislamiento en la admisión sugiere fallas para seguir las estipulaciones legales de emplear menos intervenciones restrictivas inicialmente. Los pacientes en riesgo de aislamiento más alto son los jóvenes psicóticos, ingresados involuntariamente, quizás porque en ellos se presenta mayor agitación motora. No obstante, las actitudes del paciente y del personal de salud hacia el aislamiento difieren grandemente. Se ha observado que existe una ausencia de relación entre las razones para el aislamiento y su duración, lo cual indica la falta y arbitrariedad de los criterios; sin lugar a dudas, hace falta realizar estudios clínicos controlados aleatorizados de la efectividad del aislamiento comparado con otros tratamientos como la restricción física o química.

La literatura indica una amplia disparidad en el tiempo de duración del aislamiento, con una falta de correlación entre la duración, precipitantes y diagnóstico<sup>5</sup>. La diferencia en la duración del aislamiento difiere entre instituciones, indicando un uso excesivo e innecesario en algunas unidades psiquiátricas. Esas internaciones pueden ser explicadas por factores hospitalarios tales como infraestructura, actitudes del personal de salud y filosofía de tratamiento más que por características del paciente<sup>19</sup>.

Algunos autores proponen que las órdenes de restricción y aislamiento para tratamiento conductual sean limitadas en el tiempo hasta un máximo de 4 horas para mayores de 18 años y ancianos, 2 horas para niños de entre 9 y 17 años y 1 hora para niños menores de 8 años de edad<sup>8,20,21</sup>.

### *Características de los pacientes en aislamiento*

Se han intentado identificar características demográficas y clínicas que distingan pacientes que son aislados o puestos en restricción de otros sujetos. A pesar del amplio número de estudios, pocos hallazgos son consistentes. La edad, la raza, el género, la clase socioeconómica, la historia conductual y los diferentes aspectos del paciente psiquiátrico han arrojado algunos resultados con significancia estadística, pero otros sin ella<sup>4,22-25</sup>.

Se mencionan ciertos factores que incrementan el riesgo de ser aislado durante la hospitalización. Esos factores incluyen el género masculino, diagnóstico de trastorno de conducta disruptiva e historia previa de abuso físico. Factores relacionados con el personal de salud no muestran una relación con el uso del aislamiento<sup>21,26</sup>. Nakajima sugiere que aislamientos repetidos en mujeres hospitalizadas se asocian con niveles de prolactina relativamente bajos, aumento de la psicopatología y síntomas positivos<sup>27</sup>.

Legris et al. revelaron que los sujetos sometidos a aislamiento experimentaban una edad de inicio más precoz de enfermedad psiquiátrica, eran empleados o estudiantes de tiempo completo, exhibían pobres actitudes hacia el hospital, eran más abusadores de sustancias, recibían dosis de antipsicóticos más altas y tenían una estancia hospitalaria más larga que la cohorte no aislada<sup>5</sup>. Gudjonsson et al. informan que en unidades psiquiátricas londinenses, después de un incidente violento, fueron halladas algunas diferencias raciales. Así, por ejemplo, los negros eran probablemente más medicados de emergencia y sometidos a aislamiento después de un incidente violento, pero no eran físicamente restringidos. Sin embargo, las diferencias desaparecían cuando las proporciones desiguales eran ajustadas por otras variables, lo cual vuelve improbable que el estereotipo racial haya jugado un papel directo o mayor en determinar la respuesta del personal de enfermería<sup>28</sup>.

Factores no clínicos como prejuicios culturales, percepciones del personal de salud y actitudes de la administración hospitalaria tienen una influencia más grande en las tasas de restricción o aislamiento que factores clínicos o demográficos<sup>4</sup>.

#### *Consideraciones forenses sobre el aislamiento*

En un importante caso en los EUA (Rogers v. Okin (Rogers v. Macht) Civil action no. 785-1610T in the U.S. District Court for the District of Massachusetts), algunos psiquiatras fueron culpados por el uso del aislamiento en una situación de no emergencia. El juez del caso halló que el uso del aislamiento en circunstancias de no emergencia había sido una sanción administrativa y no un tratamiento. Esa decisión llevó a que los psiquiatras reconsideraran las indicaciones para el uso del aislamiento y la restricción física. Las unidades psiquiátricas de hospitales generales deben establecer procedimientos para el uso del aislamiento, restricción y estándares de práctica con auditoría de los mismos. Los principios bajo los cuales se pueden usar dichas intervenciones se deben definir claramente<sup>29</sup>.

En EUA las regulaciones federales exigen que el hospital proteja y promueva los derechos del paciente. Cada paciente tiene derecho a rehusar el tratamiento, derecho a la privacidad personal, a ser libre de todas las formas de abuso o acoso y de estar libre de aislamiento o restricción química o física excepto para garantizar la seguridad física del paciente en situaciones de emergencia y únicamente cuando intervenciones menos restrictivas han sido inefectivas<sup>30</sup>. Las unidades psiquiátricas deben establecer procedimientos para el uso del aislamiento teniendo en cuenta las regulaciones locales, estatales o federales y de estándares de práctica<sup>31</sup>. En algunos centros, se llevan reportes hospitalarios de muertes por restricción o aislamiento<sup>12,32</sup>.

En EUA, existen programas para la defensa de los pacientes psiquiátricos. Entre sus tareas están: revisar las políticas de restricción y aislamiento y desarrollar programas educacionales dirigidos al personal de los servicios. Esos programas proveen cobertura para la monitorización de pacientes 24 horas al día, 7 días por semana. Uno de ellos utiliza la figura de "defensor psiquiátrico", el cual, por lo general, es un estudiante de enfermería o un asistente que es entrenado en cuidados básicos para pacientes psiquiátricos. Esta persona es designada para estar continuamente disponible con el paciente durante el periodo de restricción o aislamiento, siendo capaz de disminuir la agitación y restaurar el control del paciente<sup>31,33</sup>.

El médico o psiquiatra, cuando evalúa un paciente con riesgo de hetero o autoagresividad, debe

considerar la normatividad vigente y plantearse la posibilidad de una demanda médico-legal en caso de que el paciente se suicide, lesione a otras personas, se haga daño a sí mismo o dañe su entorno físico. Si el médico considera necesario el aislamiento -luego de agotadas otras medidas menos restrictivas-, debe ser cuidadoso en el registro escrito en la historia clínica del paciente, realizando una clara descripción de la conducta que justificó el aislamiento y enunciando las intervenciones menos restrictivas que han sido usadas mostrándose inefectivas. El médico debe hacer una descripción del riesgo de daño físico para el paciente o el personal de salud, de las indicaciones terapéuticas y realizar una evaluación continua anotando la necesidad de seguir o no con ese procedimiento, recordando que la historia clínica es su principal instrumento de defensa a la hora de una demanda de tipo legal<sup>18</sup>.

Según la Constitución Política de Colombia vigente, en el Título I De Los Principios Fundamentales, artículo 28, se anota: "...Toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a prisión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley. La persona detenida preventivamente será puesta a disposición del juez competente dentro de las treinta y seis horas siguientes, para que éste adopte la decisión correspondiente en el término que establezca la ley. En ningún caso podrá haber detención, prisión ni arresto por deudas, ni penas y medidas de seguridad imprescriptibles..."<sup>34</sup>. Aunque en la práctica el aislamiento, la hospitalización involuntaria y la restricción física son procedimientos médicos que obedecen a una justificación clara, se debe ser cuidadoso en los pasos que es necesario seguir en los mismos, ya que su aplicación puede resultar en complicaciones legales para el médico o la institución (por ejemplo, instauración de demandas por delitos contra la libertad individual y otras garantías, como el secuestro simple, las lesiones personales o el homicidio culposo en caso de fallecimiento del paciente).

Las normas legales relacionadas con la hospitalización involuntaria hacen referencia a personas con trastornos mentales. En Colombia, no son muy claras y no hay una definición precisa de este último concepto. No existe tampoco normatividad sobre el procedimiento de aislamiento en nuestro medio. Sin embargo, vale advertir, que Colombia ha suscrito varios tratados internacionales que llenan los vacíos jurídicos existentes y, por eso, se deberían cumplir ante la ausencia de normatividad específica al respecto.

El Código Civil Colombiano, Título XXVIII, Artículo 554 Libertad Personal del Demente, anota: "...El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, encerrado, ni atado sino momentáneamente mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas...". Aquí la palabra "demente" implica incapacidad mental grave y permanente<sup>35</sup>. El término tachado fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-478-03 del 10 de junio de 2003, Magistrada Ponente Dra. Clara Inés Vargas Hernández<sup>36</sup>.

Teniendo presentes las anteriores normas se podría pensar que la decisión de someter a aislamiento a un paciente correspondería en primer lugar al médico tratante frente a situaciones de urgencia o emergencia médica donde esté en peligro la vida del paciente, debiéndose contar con el consentimiento informado del paciente, si es posible, a pesar de su "incapacidad"; y, en caso de no poderse obtenerlo de éste en función de su "incapacidad" por enfermedad mental, el consentimiento se debería obtener del representante legal o del curador. Vale advertir que sólo se puede prescindir del consentimiento del paciente en casos de urgencia según la Sentencia T-559-95 de la Corte Constitucional. Teniendo en cuenta lo anterior y para fines prácticos, se debe tener siempre una historia clínica completa, anotando el diagnóstico y las indicaciones del procedimiento.

Si el paciente se debe someter a aislamiento, es recomendable procurar conseguir una autorización firmada por un familiar o por el responsable legal del paciente. En ausencia de éstos, y como último recurso, se puede acudir al personero municipal (donde no haya oficina de la Defensoría del Pueblo) en caso de que el aislamiento se deba realizar en contra de la voluntad del paciente y sin su consentimiento. Aislar a un paciente acarrea serias consecuencias, como limitación en la autonomía y libertad del paciente, y riesgos importantes de lesión física y/o psicológica como resultado de aquellas. Por consiguiente, antes de aislar a un paciente, el médico debe sopesar cuidadosamente los beneficios del procedimiento contra los riesgos de éste, además de considerar otras alternativas disponibles. El aislamiento debe ser considerado como la última opción de tratamiento psiquiátrico

disponible y una vez que se hayan agotado otros tratamientos menos cuestionados desde el punto de vista ético y jurídico. Aunque la tendencia sobre este procedimiento es hacia el abandono, de todas maneras siguen existiendo casos en los cuales la única opción de ayuda a un paciente psiquiátrico es este tipo de tratamiento.

### *Percepción del paciente y del personal de salud acerca del aislamiento*

Las actitudes del paciente y del personal de salud hacia el aislamiento difieren ampliamente. En el enfermo son generalmente negativas, mientras que los miembros del personal creen que el aislamiento beneficia al paciente y preserva el buen funcionamiento de la unidad psiquiátrica. Se han sugerido cambios en los procedimientos para reducir la frecuencia del aislamiento y hacerlo más racional, efectivo y humano<sup>37</sup>. En Australia, una investigación cualitativa realizada por Lelliott, reveló que el personal de salud prefería generalmente el aislamiento a la medicación en el control de la conducta debido a que la última es percibida como una pérdida de control del paciente y un incremento en la frustración. En este contexto, el aislamiento es visto como una estrategia de tratamiento del paciente menos restrictiva, más segura y probablemente con menos deterioro de la relación personal de salud y paciente<sup>38</sup>.

Fisher evaluó la percepción del paciente y del personal de salud con respecto al aislamiento y sus hallazgos indican que los dos grupos difieren significativamente en lo que piensan. Las enfermeras creen que el aislamiento es necesario, no castigador, y una práctica terapéutica que ayuda al paciente a calmarse y sentirse mejor. Los pacientes, por su parte, creen que el aislamiento produce en ellos sentimientos de castigo y tiene poco valor terapéutico; otros, en cambio, piensan que la intervención es necesaria y que esta no afecta la actitud hacia el tratamiento<sup>4</sup>. Esto indica la necesidad de diálogo y educación entre estos grupos<sup>39</sup>. El aislamiento, en general, no afecta la subsiguiente relación con el psiquiatra tratante, a menos que el paciente durante el aislamiento haya sido tratado cruelmente o cuando el aislamiento continúa siendo una amenaza diaria<sup>40</sup>.

### *Evitar el aislamiento*

Para prevenir la necesidad de aislamiento se destaca el proveer un tratamiento psiquiátrico óptimo, el cual incluye un uso apropiado de intervenciones farmacoterapéuticas y psicosociales, como una importante estrategia para reducir el uso del aislamiento y de la restricción física. Asimismo, el personal de salud debe estar entrenado en el uso de intervenciones alternativas que podrían evitar el aislamiento.

En el sistema de hospitales estatales de Pensilvania (1990-2000), se evaluó la frecuencia y duración del aislamiento y la restricción mecánica, hallándose que la frecuencia de aislamiento durante dicho periodo había disminuido dramáticamente de 4,2 a 0,3 episodios por 1.000 pacientes/día y el promedio de la duración de aislamiento, de 10,8 a 1,3 horas. Entre los factores mencionados que contribuyeron a ese desenlace están: las mejores relaciones entre el personal de salud y el paciente, la adopción de nuevas políticas de cuidados en la institución, la respuesta del equipo terapéutico ante la situación y el uso de antipsicóticos de segunda generación<sup>41</sup>.

Es bien conocido que las conductas agresivas y de ira van en aumento. Esto le brinda al profesional de salud la oportunidad de realizar una valoración e intervenir para interrumpir esa conducta y, de esa manera, evitar una restricción física o un aislamiento. Estudios controlados han demostrado la efectividad de la terapia conductual y de programas de entrenamiento al personal de salud en reducir la violencia en pacientes psiquiátricos crónicos y en otras poblaciones<sup>23,33,40-43</sup>.

En la literatura médica se ha puesto énfasis en seis elementos importantes incluidos en los programas que han reducido el uso de la restricción y el aislamiento. En ellos se hallan: un nivel alto de aprobación administrativa, la participación del paciente, el cambio de cultura, el entrenamiento del personal de salud, el análisis de datos y la individualización del tratamiento. Mediante la aplicación de estos elementos el Creedmoor Psychiatric Center, un hospital psiquiátrico estatal neoyorquino, disminuyó el porcentaje de aislamiento y reclusión en un 67% en un periodo

de 2 años<sup>44</sup>. Antes de realizar el aislamiento, se reitera, se debe intentar aplicar técnicas menos restrictivas: diálogo con el paciente, medicación oral e intramuscular. Se recomienda mantener este nivel jerárquico en mente cuando se intente responder a conductas violentas<sup>1,8</sup>.

### *Respetando la integridad del paciente durante el aislamiento*

El aislamiento nunca debe violar los derechos humanos del paciente y siempre debe ser justificado<sup>45</sup>. Solamente será usado en situaciones de emergencia, si es necesario garantizar la seguridad física del paciente y cuando otras intervenciones restrictivas han demostrado ser inefectivas<sup>12,46</sup>. En realidad, la práctica del aislamiento está indicada como indispensable en un reducido número de casos. Algunas políticas en hospitales obligan al paciente a quitarse su ropa y colocarse las batas del hospital. Esto, en algunas ocasiones, agita al paciente; por lo tanto, sólo se debería obligar a desnudarse al paciente si hay sospechas de problemas de seguridad y con la discreción que merece el paciente por parte del médico o personal del servicio<sup>31</sup>.

En un estudio realizado por Rangecroft en pacientes con problemas de aprendizaje que requirieron medicación de emergencia, restricción y aislamiento, se observó que los pacientes colocados en aislamiento tenían mejores resultados 1 hora después del inicio del incidente cuando comparados con otros que habían recibido medicación. Se concluyó que, a pesar de los problemas generados por el uso del aislamiento, retirar al paciente del ambiente que contribuye a su alteración podría tener ventajas en esta población<sup>37</sup>.

### *Características del lugar asignado para la práctica del aislamiento*

El aislamiento se debe realizar en una habitación de la unidad de cuidados intensivos psiquiátricos destinada a tal fin. Los cuartos de aislamiento psiquiátrico deben estar equipados con cámaras audiovisuales en las paredes y monitores de televisión en las oficinas adyacentes; de esta manera, el paciente aislado es vigilado de forma permanente<sup>31,47</sup>. Las recomendaciones de seguridad para los cuartos de aislamiento incluyen el que sean pintados de color claro, con paredes blandas o acolchonadas, con suficiente luz, con ventilación y control de temperatura, con un diseño adecuado que facilite la observación del paciente. En vez de camillas en la habitación, se recomienda usar camas de plataforma de madera, fijadas al piso o únicamente un colchón, sin otros muebles en la habitación.

Los cuartos de aislamiento distan mucho de ser satisfactorios desde el punto de vista humanitario; sin embargo, al menos el paciente se puede mover en un pequeño espacio, evitando posibles efectos adversos, tales como trombosis debido al uso prolongado de la restricción física. No hay una solución perfecta para el caso de un paciente agitado peligroso y, a veces, la restricción física o el aislamiento durante unas pocas horas pueden ayudar a estabilizar al paciente sin exponerlo a algunos efectos adversos de los psicofármacos. En algunas unidades de psiquiatría en Europa los cuartos de aislamiento son presentados como primera línea para pacientes agitados y violentos, mientras que en EUA se usa más la restricción en algunos centros<sup>48</sup>. Algunas razones para preferir el aislamiento a la restricción física son que este procedimiento, permite al paciente tener mayor libertad de movimientos y control, disminuyendo también los estímulos externos<sup>16,49</sup>.

### *Preparación del personal de salud para el procedimiento de aislamiento*

La mayoría de hospitales en servicios de emergencia no tienen personal de salud suficiente para garantizar una observación constante y una valoración frecuente. En algunos hospitales, se recurre a los miembros de la familia para cuidar a sus parientes. Debido a incidentes con pacientes, los servicios en EUA están obligados a cumplir con los requisitos legales y crear una mejor infraestructura de apoyo al personal de salud<sup>31</sup>. Al igual que para la restricción física o mecánica, el personal de salud encargado del aislamiento debe estar adecuadamente entrenado y, de esa forma, minimizar el daño al paciente y al mismo personal. Estos programas deben incluir prevención y

tratamiento de la violencia, entre otros<sup>4</sup>. Algunos autores han notado disminución de los episodios de violencia en los pacientes hospitalizados cuando el personal de salud muestra mayor tolerancia y disposición, reduciéndose así la necesidad del aislamiento y los posibles aspectos negativos. Eso se podría deber al cambio en la actitud<sup>4,33</sup>.

### *Contraindicaciones y complicaciones en el uso del aislamiento*

De acuerdo con la literatura citada, se debe tener en cuenta el padecimiento de encefalopatía por parte del paciente, que se puede exacerbar por disminución de estímulos sensoriales o condiciones médicas inestables. Asimismo, está contraindicado el uso del aislamiento como sustituto del tratamiento, como un castigo, cuando se da como una respuesta a rehusar el tratamiento o las actividades o a una conducta violenta; por conveniencia del personal de salud o cuando el aislamiento es experimentado por el paciente como un reforzador positivo para violencia.

En 1998, un documento publicado en el Hartford Courant documentó 142 muertes de pacientes en restricción o aislamiento en EUA en un periodo de 10 años<sup>1,12</sup>. Hem reporta dos casos de trombosis asociados a restricción física<sup>48</sup>. De la literatura revisada se deduce que el riesgo de muerte asociado a restricción y aislamiento es muy bajo comparado con sus beneficios. El uso del aislamiento y la restricción dentro de un centro hospitalario debe ser monitorizado continuamente y cada incidente debe ser revisado como parte del plan de tratamiento individual<sup>16</sup>.

### *Aislamiento y la psiquiatría basada en evidencias*

Sólo se encuentra un metanálisis en la biblioteca médica Cochrane (los datos obtenidos de Cochrane fueron sacados de MEDLINE) donde se analizan estudios aleatorios controlados enfocados en el manejo del aislamiento y la restricción o en estrategias para la reducción de estos en pacientes con enfermedades mentales. Las conclusiones que arroja el estudio son las siguientes: no existen estudios controlados que evalúen el valor del aislamiento o de la restricción en pacientes con problemas mentales serios. No se pueden hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre los efectos del aislamiento o restricción. Hay reportes de efectos adversos serios de esas técnicas en revisiones cualitativas. Hacen falta estudios clínicos controlados aleatorizados que comparen el aislamiento con otras intervenciones (como una adecuada medicación, alternativas ambientales, intervenciones psicosociales y educación del personal de salud), así como más investigación de eventos adversos durante el aislamiento<sup>50</sup>.

### *Recomendaciones para el uso del aislamiento*

En Colombia faltan aún protocolos para el uso adecuado del aislamiento. Sin embargo, a partir de la literatura revisada se puede puntualizar que el tomar la decisión de aislar a un paciente se debe hacer de acuerdo con las características individuales del paciente y como parte de un adecuado plan terapéutico y no como método único de tratamiento<sup>51</sup>. La técnica de aislamiento no debe violar los derechos básicos del paciente y siempre debe ser asumida con respeto hacia el mismo. Periódicamente en las unidades psiquiátricas se deben revisar los procedimientos realizados para el aislamiento con el objetivo de obtener una retroalimentación del personal de salud y verificar el efectivo cumplimiento los estándares de práctica; asimismo, se debe efectuar un entrenamiento periódico de personal de salud sobre los métodos de aislamiento y restricción. El sitio escogido como lugar de aislamiento debe cumplir con las normas y especificaciones ya descritas que garanticen la seguridad física del paciente. Por último, se debe llevar un sistema de información en donde se recojan variables tales como género, edad y duración del aislamiento con el objeto de alimentar esta base de datos para futuras estadísticas nacionales, así como estudios que permitan un mejor entendimiento de la referida práctica, su uso e indicaciones.

## CONCLUSIONES

El adecuado abordaje del paciente agitado y/o agresivo en unidades de salud mental es vital para establecer un diagnóstico y un tratamiento apropiado. El aislamiento, al igual que la restricción mecánica, se considera procedimiento de último recurso debido a sus potenciales efectos deletéreos sobre la salud física y mental. Se deben conocer las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones del uso del aislamiento antes de dar la orden para su ejecución, así como las posibles implicaciones médico-legales. El uso adecuado de las herramientas farmacológicas disponibles facilita el tratamiento correcto de los pacientes en estado de agitación y previene el uso a veces innecesario de la inmovilización y del aislamiento. En Colombia no hay estadísticas disponibles sobre el número de personas que son aisladas o en restricción, el número de episodios o la frecuencia y las tasas de lesión física o muerte en unidades de salud mental debidas a esta causa. Falta investigación para obtener un mejor nivel de evidencia médica que sirva de base al tratamiento de ese tipo de pacientes.

## AGRADECIMIENTOS

A la médica forense y abogada Aída Elena Constantin Peña, Jefe de la División de Investigación Científica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá, por su valiosa revisión, aportes y comentarios a la realización de este artículo.

## REFERÊNCIAS

1. Currier GW, Allen MH. Physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 2000;51(6):717-9.
2. Pinninti N, Rissmiller D. Incidence of restraint-related deaths. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):975.
3. Ray N, Rappaport M. Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Psychiatr Serv.* 1995;46(10):1032-6.
4. Fisher WA. Restraint and seclusion: A review of the literature. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1584-91.
5. Legris J, Walters M. The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *J Adv Nurs.* 1999;30(2):448-59.
6. Brown JS, Tookeb SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med.* 1992;35(5):711-21.
7. American Psychiatric Association [website]. Resource guide on seclusion & restraint by the American Psychiatric Association May 1999. Disponible en: <http://www.psych.org>. Consultado Abr 2005.
8. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Doherty JP. Treatment of behavioral emergencies. The expert consensus guideline series. A special report. *Postgrad Med.* 2001;(Spec No):1-90.
9. Selim M, Graham M. A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36:399-403.
10. Taborda JG, Abdalla E, Garrafa V. Ethics in forensic psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20(5):507-10.
11. Donovan A, Siegel L, Zera G, Plant R, Martin A. Seclusion and restraint reform: An initiative by a child and adolescent psychiatric hospital. *Psychiatr Serv.* 2003;54(7):958-9.

12. Appelbaum PS. Seclusion and restraint: congress reacts to reports of abuse. *Psychiatr Serv.* 1999;50(7):881-5.
13. American Psychiatric Association [website]. Statement of the American Psychiatric Association to the senate finance committee hearing on seclusion and restraint of psychiatric patients October 1999. Disponible en: <http://www.psych.org>. Consultado abr 2005.
14. Martin B. Restraint use in acute and critical care settings: changing practice. *AACN Clinical Issues.* 2002;13(2):294-306.
15. Staten P. Better understand the Joint Commission's updated restraint and seclusion standards. *Nurs Manage.* 2003;34(11):12-4.
16. Terpstra TL, Pettee EJ. Nursing staffs attitudes toward seclusions & restraint. *J Psychos Nurs Ment Health Serv.* 2001;39(5):20-8.
17. Cornwell C, Tabone H. Interdisciplinary order for seclusion or restraint: A new tool to enhance compliance with Joint Commission Standards. *J Nurs Care Qual.* 1998;12(4):4-8.
18. Sánchez-Pedraza R, Jaramillo-González L, Escobar-Córdoba F. Guías para el manejo del paciente violento en el servicio de urgencias. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1993;22(1):31-48.
19. Fenton M, Bowers L. Containment strategies for those with serious mental illness (protocol for a Cochrane review). In: *Cochrane Library*, issue 2, 2004.
20. Lee G, Gurney D. The legal use of restraints. *J Emerg Nurs.* 2002;28:335-7.
21. Fryer M, Beech M. Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38:26-33.
22. Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatr Serv.* 2003;54(7):987-93.
23. Owen C, Tarantello C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998;49(11):1452-7.
24. Swartz B. Managing high security psychiatric care. *Psychiatr Serv.* 2000;51(3):396-7.
25. Flaherty JA, Meagher R. Measuring racial bias in inpatient treatment. *Am J Psychiatry.* 1980;137:679-82.
26. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidem Ment Health.* 2005;1:11.
27. Nakajima M, Terao T. Characteristics of repeatedly secluded elderly female inpatients. *Int Clin Psychopharmacol.* 2003;18(3):184.
28. Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry.* 2004;184:258-62.
29. Fitzgerald P. Long-acting antipsychotic medication, restraint and treatment in the management of acute psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33:660-6.
30. Blank FSJ, Keyes M, Maynard AM, Provost D, Santoro JP. A humane ED seclusion/restraint: legal requirements, a new policy, procedure, "psychiatric advocate" role. *J Emerg Nurs.* 2004;30(1):42-6.
31. Supreme Court supports community care under ADA but limits changes states must make for compliance. *Psychiatr Serv.* 1999;50(8):1098-9.
32. Florida Agency for Health Care Administration. [website] Report of death while in restraints and/or seclusion. Disponible en: <http://www.fdch.state.us>. Consultado jun 2004.

33. Visalli H, McNasser G. Reducing seclusion and restraint: Meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual.* 2000; 14(4): 35-44.
34. Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991. Edición actualizada. Bogotá: Momo Ediciones; 2000.
35. Republica de Colombia. Código Civil. Edición actualizada y concordada de acuerdo a las normas del derecho colombiano. Bogotá: Editorial Unión Ltda.; 2000.
36. Rivera, Pinilla y Gallo. Abogados. [website] Corte Constitucional Sentencia C-478-03 de 10 de junio de 2003, Magistrada Ponente Dra. Clara Inés Vargas Hernández. Disponible en: <http://derechofamilia.net/index.html>. Consultado febrero 2006.
37. Rangecroft M, Tyrer S. The use of seclusion and emergency medication in a hospital for people with learning disability. *Br J Psychiatry.* 1997; 170(3): 273-7.
38. Lelliott P, Quirk A. What is life like on acute psychiatric wards? *Curr Opin Psychiatry.* 2004; 17: 297-301.
39. Meehan T, Bergen H. Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *J Adv Nurs.* 2004; 47(1): 33-8.
40. Hoekstra T, Lendemeijer H. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3): 276-83.
41. Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behaviour. *Psychiatr Serv.* 1997; 48(9): 1168-75.
42. Donat D. Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services. Psychiatr Serv.* 2005; 56(9): 1105-8.
43. Khadivi AL, Raman CP. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(11): 1311-2.
44. Fisher WA. Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract.* 2003; 9(1): 7-15.
45. Dyer C. Unjustified seclusion of psychiatric patients is breach of human rights. *Br J Psychiatry.* 2003; 327(7408): 183.
46. Annas GJ. The last resort - The use of physical restraints in medical emergencies. *N Engl J Med.* 1999; 341: 1408-12.
47. Emde K, Merkle S. Reducing use of restraints in the emergency department: One level III community hospital's experience. *J Emerg Nurs.* 2002; 28: 320-2.
48. Hem E, Steen O. Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103: 73-6.
49. Escobar-Córdoba F. Los anexos psiquiátricos en las instituciones carcelarias colombianas. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 1993; 41(3)3: 182-4.
50. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD001163.
51. Guevara-Narváez C, Escobar-Córdoba F, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2004; 52(3): 199-211.

 **Correspondencia**

Franklin Escobar-Córdoba

Departamento de Psiquiatría, Oficina 202, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia.

Tel.: +57 (1) 316.5000, Ext. 15117, +57 (3) 10 892 4676.

Fax: +57 (1) 612.7325

E-mail: [feescobarc@bt.unal.edu.co](mailto:feescobarc@bt.unal.edu.co)

Recibido em 19/10/2007.

Aceito em 09/01/2008.

No fueron declarados conflictos de intereses asociados a la publicación de este artículo.