



Coerción en la hospitalización psiquiátrica: Un análisis fenomenológico interpretativo de los traumas, significados y sentimientos de deshumanización

Autores

Cueto Estrada Lorena Margarita

Meriño Ortiz Julio Cesar

Trabajo de grado como Prerrequisito para
optar al título de Psicólogo/a

Director

M.g Hansel Duque

Co-Asesora

M.g (c) Andrea Puerta Pérez

Facultad de Psicología

Programa de Psicología

Barranquilla

2025

Resumen

La experiencia de coerción dentro de la hospitalización psiquiátrica genera un impacto negativo multidimensional. En este estudio cualitativo se llevó a cabo un análisis fenomenológico interpretativo (AFI) con el objetivo de interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización por parte de pacientes que han sido sometidos a prácticas coercitivas durante su hospitalización psiquiátrica. La muestra estuvo conformada por cuatro participantes a quienes se les aplicó entrevistas semiestructuras, posteriormente analizadas bajo los parámetros de la AFI. Los resultados dieron lugar cinco categorías mayores: contextos previos a la hospitalización, tratamiento intrahospitalario: aspectos negativos y positivos, hospitalización psiquiátrica: experiencia, entorno y personal terapéutico, experiencia de coerción: complejidad multidimensional, y emociones y sentimientos emergentes durante la hospitalización. El análisis de los resultados permitió dimensionar el impacto de la coerción durante la hospitalización psiquiátrica, el cual se tradujo en la no adherencia al tratamiento, en traumas que se mantienen en la vida pos hospitalización, en apatía a futuras hospitalizaciones y al sistema de salud mental. Además, el sentimiento de deshumanización, producido por la experiencia de coerción, pero también por el trato de los profesionales de la salud mental. Se ameritan más investigaciones enfocadas en comprender e interpretar la experiencia de coerción desde la voz de quienes la han vivido y el estudio de alternativas frente a estas prácticas.

Palabras clave: Hospitalización psiquiátrica, coerción, traumas, significados, sentimiento de deshumanización.

Abstract

The experience of coercion within psychiatric hospitalization generates a multidimensional negative impact. In this qualitative study, an interpretive phenomenological analysis (IPA) was carried out with the objective of interpreting the meanings attributed to traumas and the feeling of dehumanization by patients who have undergone coercive practices during their psychiatric hospitalization. The sample was made up of four participants who were applied semi-structure interviews, subsequently analyzed under the IPA parameters. The results gave rise to five major categories: contexts prior to hospitalization, intra-hospital treatment: negative and positive aspects, psychiatric hospitalization: experience, environment and therapeutic staff, coercion experience: multidimensional complexity, and emerging emotions and feelings during hospitalization. The analysis of the results allowed to dimension the impact of coercion during psychiatric hospitalization, which resulted in non-adhesion to treatment, in traumas that remain in the life post hospitalization, in apathy to future hospitalizations and the mental health system. In addition, the feeling of dehumanization, produced by the experience of coercion, but also by the treatment of mental health professionals. More research is merited in understanding and interpreting the experience of coercion from the voice of those who have lived it and the study of alternatives against these practices.

Keywords: Psychiatric hospitalization, coercion, trauma, meanings, feeling of dehumanization.

Tabla de contenido

Introducción	8
1. Justificación	10
2. Marco conceptual de referencia	12
2.1 Orígenes históricos de la hospitalización psiquiátrica	12
2.2 Criterios para la hospitalización psiquiátrica	13
2.3 Modalidades de hospitalización psiquiátrica: Voluntaria e Involuntaria	13
2.4 Tratamientos aplicados en la hospitalización psiquiátrica	14
2.5 La coerción	15
2.6 Los métodos de coerción.....	16
2.6.1 La coerción formal.....	16
2.6.1.1 Los tratamientos coercitivos	16
2.6.1.2 Las medidas coercitivas formales.....	16
2.6.1.2.1 La coerción física.....	17
2.6.1.2.2 La coerción química o farmacológica	17
2.6.1.2.3 El aislamiento	17
2.7 Riesgos asociados a los métodos de coerción en el contexto de la hospitalización psiquiátrica	17
2.8 Aspectos legales	18
2.8.1 Legislación colombiana.....	19
2.8.2 Comparación con el marco normativo chileno.....	20
3. Planteamiento del problema.....	22
4. Objetivos.....	24
4.1 Objetivo general:	24
4.2 Objetivos específicos:	24
5. Preguntas orientadoras.....	25
6. Marco Metodológico.....	26
6.1 Tipo de investigación	26
6.2 Enfoque de investigación	26
6.3 Diseño.....	27
6.3.1 Técnica	27
6.3.1.1 Entrevista semiestructurada.....	27
6.3.1 Selección de los participantes: Técnica, criterios de inclusión y exclusión.....	29
6.4 Procedimiento.....	30
6.4.1 Técnica de análisis de la información.....	30

6.5 Calidad de la investigación	31
6.6 Consideraciones éticas	32
7. Resultados.....	33
7.1 Contextos previos a la hospitalización	34
7.1.1 Circunstancias previas a la hospitalización	35
7.1.2 Redes de apoyo.....	38
7.1.3 Significado de la espiritualidad en la hospitalización	40
7.2 Tratamiento intrahospitalario: Aspectos negativos y positivos.....	42
7.2.1 Efectos de la hospitalización	43
7.2.2 Eficacia del tratamiento intrahospitalario.....	44
7.2.3 Reflexiones acerca del diagnóstico.....	46
7.3 Hospitalización psiquiátrica: Experiencia, entorno y personal terapéutico	48
7.3.1 Percepciones del ambiente de la institución psiquiátrica	49
7.3.2 Dificultad de adaptación.....	50
7.3.3 Exclusión del paciente en el tratamiento	51
7.3.4 Percepciones y sentimientos derivados del trato del personal terapéutico.....	53
7.3.5 Violación de derechos	54
7.4 Experiencia de coerción: Complejidad multidimensional	56
7.4.1 Motivos de coerción	57
7.4.2 Coerción.....	58
7.4.3 Reacciones frente a la coerción	61
7.4.4 Reflexiones posteriores a la coerción	61
7.4.5 Efectos físicos de la coerción	63
7.4.6 Trauma derivado de la coerción	64
7.4.7 Efectos del trauma derivado de la coerción en la cotidianidad	67
7.4.8 Consecuencias de la coerción en las relaciones sociales	68
7.4.9 La coerción y sus efectos en el tratamiento.....	68
7.4.10 Significados atribuidos a la coerción.....	70
7.4.11 Coerción a terceros	71
7.4.12 Alternativas a la coerción	73
7.5 Emociones y sentimientos emergentes durante la hospitalización.....	74
7.5.1 Sentimientos que emergen durante la hospitalización.....	75
7.5.2 Sentimientos derivados de la coerción	76
7.5.3 Sentimiento de deshumanización	77

7.5.4 Temor.....	79
7.5.5 Apatía ante futuras hospitalizaciones	80
8. Discusión	81
8.1 Contextos previos a la hospitalización	82
8.2 Tratamiento intrahospitalario: Aspectos positivos y negativos.....	83
8.3 Hospitalización psiquiátrica: Experiencia, entorno y personal terapéutico	84
8.4 Experiencia de coerción: Complejidad multidimensional	86
8.5 Emociones y sentimientos emergente durante la hospitalización	88
8.6 Implicaciones teóricas y aplicadas	89
8.7 Líneas de investigación futuras	89
8.8 Limitaciones del estudio	91
9. Conclusión	93
10. Referencias.....	95
11. Anexos	105
11.1 Formato de consentimiento informado	105
11.2 Protocolo de entrevistas	106
11.3 Análisis de datos en ATLAS.ti.....	107

Lista de imágenes

Imagen 1: <i>Red semántica general</i>	33
Imagen 2: <i>Red semántica 1</i>	34
Imagen 3: <i>Red semántica 2</i>	42
Imagen 4: <i>Red semántica 3</i>	48
Imagen 5: <i>Red semántica 4</i>	56
Imagen 6: <i>Red semántica 5</i>	74

Introducción

La hospitalización psiquiátrica es la práctica terapéutica que requiere la internación del paciente en un entorno hospitalario, para recibir tratamiento intensivo y observación continua y puede ser voluntaria o involuntaria. Esta, se prescribe en situaciones en que el paciente representa un peligro para sí mismo y para terceros. Dentro de la misma, se aplican medidas coercitivas que ayudan a controlar a los pacientes en momentos de crisis, agitación psicomotriz, entre otros. En este sentido, la hospitalización como medida terapéutica cobra relevancia en el tratamiento de los trastornos mentales. No obstante, el sentido terapéutico de esta se empaña, toda vez que se hace uso de las prácticas coercitivas, ya que, tras su uso surgen percepciones negativas en los pacientes, lo que dificulta la rehabilitación y la mejoría del padecimiento.

Los métodos de coerción (contención física, medicación forzada, aislamiento, etc.) dentro de la hospitalización, se aplican bajo el sustento ético de proteger la integridad del paciente y de las personas que lo rodean, sin embargo, la implementación de estas medidas tiene un impacto profundo y multidimensional, por lo que este no solo se traduce en efectos emocionales durante la hospitalización, sino que trasciende a momentos posteriores al tratamiento intrahospitalario, es decir, en la vida cotidiana del paciente, afectando la esfera social, familiar, laboral, entre otras. A estos efectos se le suman los físicos, los cuales, desde la perspectiva de Castro (2020), pueden llegar a ser fatales y causar, desde lesiones musculares, trombo embolismos hasta el deceso del paciente.

Además, en la narración de la experiencia de pacientes que han vivido la coerción durante su hospitalización psiquiátrica, se evidencia la manifestación de traumas asociados a sentimientos de deshumanización, temor, angustia, ansiedad, soledad, impotencia y más.

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización por parte de pacientes que han sido sometidos a prácticas coercitivas durante su hospitalización psiquiátrica, por lo que hace uso del enfoque fenomenológico interpretativo (AFI), ya que, según Duque y Aristizábal (2019), este permite comprender los significados, simbólicos y emocionales que los participantes atribuyen a sus experiencias, en este caso, frente a los métodos de coerción.

La ausencia de investigaciones que exploren las subjetividades que se desprenden de la experiencia de coerción durante la hospitalización psiquiátrica, dan lugar a la presente investigación, la cual pretende no solo conocer la experiencia, sino adentrarse y entenderla desde la perspectiva de quien la vive. La literatura existente y los estudios que se han llevado a cabo en este campo se enfocan en otros aspectos de la hospitalización, tales como clínicos o jurídicos y muy pocos se han centrado en el paciente y su vivencia (Mayoral y Torres, 2020). Ahora bien, la exploración del anterior aspecto, pretende mitigar el sufrimiento a través de la visibilización de los efectos negativos que los métodos de coerción producen en los usuarios de salud mental e impulsar la creación de políticas dirigidas hacia la promoción de un enfoque más humanizado y centrado en los derechos de los pacientes.

1. Justificación

Los métodos de coerción en la hospitalización psiquiátrica (las restricciones físicas, el aislamiento y la medicación forzada, entre otros), han sido prácticas comunes desde la creación de las instituciones psiquiátricas y continúan vigentes en la actualidad. Estas intervenciones, justificadas en la necesidad de prevenir daños, generan efectos adversos que afectan profundamente la subjetividad de los pacientes, tales como traumas emocionales, sentimientos de deshumanización y vulneración de derechos fundamentales (Castro, 2023; Castro, 2020).

Investigaciones como la de Duque et al. (2021) y Duque et al. (2022) han evidenciado que estas experiencias están relacionadas con el estigma, el trato despersonalizado del personal de salud mental, el aislamiento social y los efectos secundarios de la medicación, que los pacientes perciben como una interrupción abrupta de sus proyectos de vida. En este sentido, la coerción no solo impacta la salud mental, sino que también constituye una amenaza a la dignidad humana.

Desde una perspectiva legal y ética, Vizcarra (2024) advierte que prácticas como el internamiento involuntario o la medicación impuesta, pueden representar violaciones a derechos fundamentales como la libertad, la autonomía y la integridad física y psíquica. Castro (2020), por su parte, señala que la deshumanización inherente a estas prácticas conlleva riesgos físicos y psicológicos, siendo el más grave la posibilidad de que ocurran accidentes fatales durante la contención mecánica.

Aunque existen estudios sobre la coerción en contextos psiquiátricos (Castro, 2023; Barbieri, 2023; Vizcarra, 2024), son escasas las investigaciones que aborden este fenómeno desde la voz del propio paciente. Tal como lo subraya Franco (2020), los autores del proyecto EUNOMIA ya advertían la falta de estudios empíricos sistemáticos que analizaran la aplicación de la coerción

y la ambigüedad del marco legal que la regula. Esta ausencia también se evidencia en el trabajo de Vizcarra (2024), quien señala la limitada producción investigativa y normativa en América Latina y España sobre este tema.

En Colombia, aunque existen leyes como la 1306 de 2009 y la 1616 de 2013 que regulan aspectos del internamiento psiquiátrico, su alcance es limitado. La modificación de esta última en 2022 reitera que la atención debe ser integral, humanizada, con información clara y con intervenciones lo menos restrictivas posibles. Sin embargo, investigaciones como la de Duque et al. (2021) indican que los usuarios, con frecuencia, desconocen sus derechos, y que dichas normativas no se aplican de manera efectiva.

Partiendo de lo anterior, esta investigación busca aportar un conocimiento más profundo sobre la experiencia subjetiva del paciente psiquiátrico, explorando los significados, traumas y sentimientos asociados a la coerción. Por ello, se centra en el discurso del usuario como vía para comprender e interpretar su vivencia.

En cuanto a los resultados, se espera que esta investigación aporte una comprensión más profunda y matizada de la experiencia subjetiva de los pacientes frente a las prácticas coercitivas en contextos de hospitalización psiquiátrica. Estos hallazgos podrían servir como insumo para el debate académico y profesional en torno a la necesidad de revisar las prácticas coercitivas en salud mental desde una perspectiva centrada en el usuario. Asimismo, podrían contribuir al diseño de futuras investigaciones e intervenciones que consideren la vivencia del paciente como un eje fundamental en la evaluación ética y clínica de dichas prácticas.

2. Marco conceptual de referencia

2.1 Orígenes históricos de la hospitalización psiquiátrica

La aparición de los hospitales psiquiátricos en el mundo occidental se remonta al año 1409 en Valencia, España, con la fundación del Hospital de los Inocentes, obra del religioso mercedario Fray Juan Gilberto Jofré. En aquella época, las personas con enfermedades mentales eran abandonadas o encarceladas como criminales, por lo que la creación de esta institución fue un acto revolucionario. El hospital, que más tarde sería conocido como Hospital General, representó un primer paso hacia el tratamiento digno y humanitario de los "locos", como se les denominaba en ese tiempo. Según la tradición, Fray Jofré, conmovido al presenciar cómo golpeaban brutalmente a un hombre con trastornos mentales en la calle, pidió apoyo en un sermón para fundar un lugar que protegiera y cuidara a estas personas (Murga, 2020; Gutiérrez, 2019).

Para Murga (2020), la obra de Fray Jofré marcó un antes y un después en la historia de la atención a los enfermos mentales, impulsando un cambio de paradigma en Europa: del castigo y el abandono hacia el cuidado y la compasión, desde entonces, los hospitales psiquiátricos han evolucionado continuamente, adaptándose a los avances científicos y a una creciente conciencia sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Aunque en sus inicios fueron conocidos como "manicomios", hoy en día estas instituciones buscan ofrecer tratamientos integrales y respetuosos, centrados en la recuperación y la dignidad de cada individuo.

En la actualidad, la hospitalización psiquiátrica, según Salvo y Gallardo (2021) puede ser definida como una medida terapéutica indispensable que consiste en la internación del paciente en un centro hospitalario especializado, donde se le proporciona un entorno estructurado y seguro para su evaluación, diagnóstico y tratamiento, además, exponen que el objetivo de esta es brindar al paciente un tratamiento integral que no puede ser efectuado mediante una atención ambulatoria.

2.2 Criterios para la hospitalización psiquiátrica

La hospitalización psiquiátrica prescribe principalmente cuando la condición mental de un paciente compromete su seguridad personal o la de terceros, o cuando sufre un deterioro grave que le impide satisfacer sus necesidades básicas (Sanmartín, 2025). Entre los criterios más comunes se encuentran el riesgo inminente de suicidio, las conductas violentas hacia otras personas, la descompensación aguda por trastornos psicóticos, el abandono extremo de sí mismo y el fracaso de tratamientos ambulatorios (Muñoz et al., 2023). De ahí que, estas situaciones requieren un entorno controlado y supervisado donde se pueda garantizar la atención inmediata y especializada (Salvo y Gallardo, 2021; Castro, 2023 y Sanmartín, 2025).

Además, los criterios incluyen la falta de conciencia de enfermedad, conocida como anosognosia, que impide al paciente buscar ayuda voluntariamente, y la necesidad de tratamientos intensivos que solo pueden proporcionarse en un medio hospitalario (Gaibor y Ramos, 2020). La hospitalización psiquiátrica, en estos casos, se plantea como una medida de protección y estabilización, buscando siempre el menor tiempo de internamiento necesario para garantizar la recuperación clínica y respetar los derechos del paciente (Castro, 2023).

2.3 Modalidades de hospitalización psiquiátrica: Voluntaria e Involuntaria

La hospitalización psiquiátrica, según Bustamante y Cavieres (2018), puede clasificarse en voluntaria o involuntaria, dependiendo del consentimiento del paciente y de su capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento. Según Muñoz et al., (2023), la hospitalización voluntaria ocurre cuando el paciente acepta libremente ser internado en una institución psiquiátrica para recibir tratamiento, basándose en el reconocimiento de su necesidad de atención especializada y en su capacidad de consentir de manera informada, por ende, es importante destacar que en este tipo de ingreso, el paciente conserva sus derechos fundamentales, incluyendo la posibilidad de

solicitar el alta en cualquier momento, aunque esta solicitud puede estar sujeta a evaluación médica. En definitiva, la hospitalización voluntaria promueve una mejor relación terapéutica, una mayor adherencia al tratamiento y refleja un enfoque respetuoso de la autonomía del paciente, estimulando su participación activa en el proceso de recuperación.

Por su parte, la hospitalización involuntaria, (la cual es, además, un tipo de coerción formal), es aquella que se realiza sin el consentimiento del paciente, generalmente cuando existe un riesgo grave e inminente de daño para sí mismo o para otros, o cuando el paciente, debido a su estado mental, carece del juicio necesario para reconocer su necesidad de tratamiento (Bustamante & Cavieres, 2018; Barbieri et al., 2023).

Este tipo de ingreso está regulado por normas legales y éticas que requieren una justificación clínica clara, una documentación rigurosa y, en muchos casos, la autorización de organismos judiciales o de salud pública. Aunque su principal objetivo es proteger la vida, la integridad física y la salud mental del paciente y de terceros, la hospitalización involuntaria puede ser vivida como una experiencia traumática que genera sentimientos de deshumanización y deteriora la percepción del paciente sobre el sistema de salud (Bustamante y Cavieres, 2018).

2.4 Tratamientos aplicados en la hospitalización psiquiátrica

Durante la hospitalización, se implementa un enfoque integral que combina intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y, en algunos casos, métodos coercitivos en situaciones de emergencia (Gallego et al., 2021). El tratamiento psicoterapéutico, abarca intervenciones individuales, grupales o familiares, cuyo objetivo principal es contener la crisis emocional que motivó el ingreso.

A través de la psicoterapia, se busca promover en el paciente la conciencia de su enfermedad, mejorar sus habilidades de afrontamiento y proporcionar un espacio seguro para la expresión emocional. Adicionalmente, estas intervenciones también preparan al paciente para continuar su proceso de recuperación en el ámbito ambulatorio, favoreciendo su estabilidad y adaptación (Díaz et al., 2021).

Por su parte, el tratamiento farmacológico, se centra en la estabilización de los síntomas agudos que ponen en riesgo la salud mental y física del paciente, para ello, se utilizan diferentes tipos de medicamentos, entre los que se encuentran los antipsicóticos, los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo y los ansiolíticos (Alvear y Sandoval, 2024). Es importante señalar, que cada uno de estos grupos farmacológicos cumple una función específica en el control de síntomas, como las alucinaciones, el estado depresivo, las alteraciones emocionales y la ansiedad intensa.

En el tratamiento farmacológico, la elección del fármaco adecuado depende de varios factores, como el diagnóstico clínico del paciente, la gravedad de los síntomas presentados y la respuesta previa a tratamientos farmacológicos, además, durante la hospitalización se realiza un seguimiento constante de los efectos terapéuticos y de los posibles efectos secundarios, con el fin de ajustar las dosis o cambiar el medicamento si es necesario para lograr una mejor evolución clínica (Alvear y Sandoval, 2024).

2.5 La coerción

La relación entre los servicios en Salud Mental y la coerción existe desde el nacimiento de la psiquiatría (Inchauspe, 2019; Argonés y Sánchez, 2024). Ahora bien, la coerción, según Blanco (2020), se define como una acción “*interaccional que implica que un agente fuerce a otro para hacer algo*” (p. 107). Otros autores como Castro (2023) y Castro (2020), coinciden con Blanco definiéndola como cualquier acción ejercida sobre una persona para forzar, limitar o controlar su

conducta, a menudo sin su consentimiento. Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, en el contexto psiquiátrico, la coerción, implica restricciones a la autonomía del paciente, fundamentadas en la garantía de su seguridad o la de otros. Por lo que, en el contexto psiquiátrico, la coerción responde a procedimientos alternativos aplicados para controlar comportamientos peligrosos cuando fallan otras estrategias menos invasivas.

2.6 Los métodos de coerción

Un método, según Hernández (2002), corresponde al procedimiento elegido para llevar a cabo una práctica, en este sentido, al hablar de métodos de coerción, se hace referencia a los diversos métodos a través de los cuales se coacciona a un individuo (en este caso a un paciente durante la hospitalización psiquiátrica), en relación con lo anterior, en la hospitalización psiquiátrica, la coerción, se presenta según García (2015), en la modalidad de coerción formal.

2.6.1 La coerción formal

En el contexto de la hospitalización psiquiátrica, se le denomina de esta manera a la coerción debido a que se encuentra legalizada, reglamentada y comúnmente aceptada dentro del campo de la salud mental y, en especial, en el de la internación. Esta modalidad a su vez, se puede dar de dos maneras: Los tratamientos coercitivos y las medidas coercitivas formales.

2.6.1.1 Los tratamientos coercitivos

Según García (2015), es en esta categoría dentro del cual se enmarca la internación involuntaria, misma que se ejerce bajo la premisa de la seguridad del paciente y de los demás.

2.6.1.2 Las medidas coercitivas formales

Estas medidas corresponden a aquellas que son implementadas con el objetivo de ejercer control sobre la agitación, conductas autolesivas y peligrosas que comprometan la seguridad del

paciente mismo y de terceros. Estas medidas se pueden presentar de manera física, farmacológica y el aislamiento (García, 2015).

2.6.1.2.1 La coerción física

La coerción física en el contexto psiquiátrico se refiere al uso de sujeciones mecánicas, como correas o dispositivos especiales, que restringen el movimiento del paciente (Navarro et al., 2021).

2.6.1.2.2 La coerción química o farmacológica

La coerción química o farmacológica implica la administración forzada de medicamentos psicotrópicos para controlar conductas de agitación severa o agresividad (Castro, 2025).

2.6.1.2.3 El aislamiento

El aislamiento o reclusión consiste en encerrar al paciente en una habitación cerrada y segura, limitando todo contacto social, con el fin de prevenir actos de violencia o autolesiones (Castro, 2023).

2.7 Riesgos asociados a los métodos de coerción en el contexto de la hospitalización psiquiátrica

Según Castro (2020) y Navarro et al., (2021), las medidas coercitivas, aun cuando se aplican con precaución, provocan daños físicos, psicológicos y morales en las personas, lo que quiere decir que prácticas como el aislamiento y la sujeción mecánica contribuyen a la deshumanización del paciente, exponiéndolo a riesgos para su integridad física que, en casos extremos, pueden llegar a causar su deceso. Teniendo en cuenta lo planteado el autor, es posible determinar que la aplicación de los diferentes métodos de coerción trae consigo diversos riesgos.

A continuación, se describen detalladamente algunos de ellos, teniendo en cuenta lo expresado por Vilchez y Vilchez (2017):

A nivel de daños físicos se puede hablar de posibles lesiones musculares, trombo embolismos, ataques cardíacos, hematomas, asfixia accidental o complicaciones médicas que ponen en riesgo la integridad física.

A nivel psíquico, el agravamiento de síntomas psiquiátricos como la ansiedad, la paranoia o las conductas agresivas, dificultando el proceso de recuperación y prolongando la necesidad de hospitalización. Dentro de esta categoría, también se encuentran los traumas psicológicos que persisten mucho tiempo después del alta y que afectan negativamente la salud mental del paciente.

Otro de los riesgos, se relaciona con la pérdida de confianza en el personal de salud, que se traduce en una erosión de la relación terapéutica, lo que termina impactando en la adherencia al tratamiento y en la percepción del cuidado recibido.

A nivel emocional los pacientes desarrollan sentimientos de humillación y pérdida de dignidad, ya que perciben las intervenciones como una negación de su autonomía y como un trato deshumanizante. También, pueden experimentar sentimientos de victimización y resentimiento hacia el sistema de salud mental, reduciendo la disposición del paciente a buscar ayuda en el futuro y perpetuando su sufrimiento.

2.8 Aspectos legales

Para abordar los aspectos legales que sustenta esta investigación, se tomaron como base dos conceptos fundamentales: los criterios para la hospitalización psiquiátrica y la aplicación de medidas coercitivas dentro de la misma. Esta distinción es crucial, ya que el análisis también se centra en la hospitalización involuntaria, entendida como una modalidad de ingreso sin

consentimiento del paciente que, en muchos casos, puede constituir un acto coercitivo que entra en tensión con los derechos humanos, especialmente cuando no se acompaña de garantías éticas, jurídicas y terapéuticas suficientes.

2.8.1 Legislación colombiana

En Colombia, la normativa vigente en materia de salud mental presenta avances significativos, aunque también importantes vacíos. La Ley 1306 de 2009, “Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y el régimen de representación legal de incapaces emancipados”, establece que las personas con discapacidad mental absoluta gozan de libertad, salvo cuando su internamiento sea imprescindible para su salud o la tranquilidad y seguridad ciudadana. En su artículo 21, se regula el internamiento psiquiátrico de urgencia, que solo podrá realizarse por indicación de un médico tratante o perito autorizado. Se exige, en el caso de menores de edad, la notificación al ICBF dentro de los cinco días hábiles posteriores al ingreso y se establece que dicho internamiento no podrá prolongarse por más de dos meses sin autorización judicial.

La Ley 1616 de 2013, por su parte, constituye el marco normativo en salud mental en el país. Sin embargo, su tratamiento de la hospitalización psiquiátrica y de las medidas coercitivas es limitado. Inicialmente, se centró en garantizar derechos generales y en regular la atención a personas privadas de la libertad. No fue sino hasta su modificación en 2022 que se incorporaron derechos específicos como:

- Derecho a recibir atención integral, integrada y humanizada por equipos especializados.
- Derecho a recibir información clara y completa sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

- Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas posibles de la libertad individual.

A esto se suma la Ley 1751 de 2015, conocida como la Ley Estatutaria de Salud, que en su artículo 10 establece que toda persona tiene derecho a no ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a soportar sufrimientos evitables, lo que es particularmente relevante frente al uso de medidas coercitivas en entornos psiquiátricos.

No obstante, a pesar de estos avances normativos, Colombia no cuenta con protocolos claros y específicos sobre la aplicación de sujeciones mecánicas, aislamiento, o medicación forzada en situaciones de crisis psiquiátrica. Esta ambigüedad legal deja un margen amplio de interpretación, lo que puede derivar en prácticas deshumanizantes o abusivas que no siempre están sometidas a control judicial o administrativo.

2.8.2 Comparación con el marco normativo chileno

En contraste, países como Chile han desarrollado un marco jurídico más robusto y explícito en esta materia. La Ley N.º 21.331 sobre Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, promulgada en 2021, define la hospitalización psiquiátrica como una medida terapéutica, excepcional y transitoria (art. 11). En su artículo 13 establece que la hospitalización involuntaria solo es procedente si no existe una alternativa ambulatoria eficaz y cuando hay riesgo cierto e inminente para la vida o integridad del paciente o de terceros. Asimismo, exige:

1. Prescripción de dos profesionales independientes (uno médico, preferiblemente psiquiatra).

2. Inexistencia de alternativas menos restrictivas.

3. Evidencia de tratamientos previos.
4. Finalidad exclusivamente terapéutica.
5. Establecimiento de un plazo definido y justificado.
6. Notificación a autoridades sanitarias y familiares o representantes.

Respecto a las medidas de coerción, el artículo 21 indica que su uso debe responder a una indicación médica, ser proporcional y emplearse únicamente cuando no haya otra alternativa viable. La ley también prohíbe expresamente cualquier trato cruel, inhumano o degradante, y establece que dichas acciones deben estar acompañadas de supervisión médica permanente y contención emocional y ambiental.

Esta comparación evidencia que, mientras Chile establece salvaguardias detalladas para proteger la dignidad y los derechos de los pacientes psiquiátricos en situaciones de internamiento involuntario, Colombia aún carece de un marco normativo robusto y operativo que regule la coerción en estos contextos. Esto representa un desafío tanto para el respeto de los derechos humanos como para la implementación de una atención en salud mental realmente centrada en el usuario.

3. Planteamiento del problema

La hospitalización psiquiátrica constituye, según Salvo y Gallardo (2021), un medio indispensable para atender trastornos mentales graves que no pueden manejarse fuera de un entorno hospitalario. Este tipo de hospitalización tiene el objetivo de estabilizar psicopatológicamente a personas con enfermedad psiquiátrica, que, como lo mencionan los mismos autores, no pueden manejarse fuera del entorno hospitalario, ya que *“presentan descompensación de su cuadro clínico, constituyendo riesgo para sí mismo o para terceros”* (Castro, 2023, p. 2).

Durante el proceso de hospitalización, y debido a la condición clínica de los pacientes, suele recurrirse a medidas coercitivas como la contención mecánica, la medicación forzada o el aislamiento involuntario. Estas prácticas, si bien son justificadas desde el discurso médico como acciones necesarias para proteger al paciente y a terceros, tienden a ejecutarse sin un enfoque claro de derechos. Esto se traduce en el uso desmedido de la fuerza, en intervenciones no consensuadas y en dinámicas que reproducen el castigo, vulnerando la autonomía del sujeto (Castro, 2023).

Lejos de representar un espacio de cuidado, la hospitalización psiquiátrica puede convertirse, en estos contextos, en una experiencia profundamente traumática. Testimonios recogidos en estudios como el de Castro (2023) revelan que los pacientes experimentan sentimientos de deshumanización, pérdida de libertad, miedo y humillación. Castro (2020) subraya que estas prácticas afectan la dignidad del paciente y pueden dejar secuelas físicas, psicológicas y morales, incluso cuando se aplican con precaución.

Esto genera una profunda contradicción: mientras el propósito de la hospitalización es terapéutico, la aplicación de medidas coercitivas representa una ruptura con dicho objetivo. Es posible, entonces, afirmar que estas prácticas no solo contravienen los principios del cuidado, sino que también perpetúan un modelo de atención basado en la subordinación del sujeto.

Por todo lo anterior, el uso de medidas coercitivas en entornos psiquiátricos ha sido objeto de revisión en distintos países de Europa y América Latina. Por ejemplo, en España, la Ley 14 de 1986, en su Capítulo III, plantea la necesidad de regular estas intervenciones desde una perspectiva de salud integral y con énfasis en la dignidad del paciente. En Chile, la Ley 21.331 establece que la hospitalización psiquiátrica debe ser una medida “terapéutica, excepcional y esencialmente transitoria” (p.5). En contraste, Colombia carece aún de una legislación específica que regule el uso de la coerción en este contexto, lo que evidencia una preocupante desprotección de los derechos de los pacientes.

Frente a esta situación, la presente investigación se propone comprender e interpretar los efectos derivados del uso de la coerción en el contexto de la hospitalización psiquiátrica, focalizando el análisis en los traumas, significados y sentimientos de deshumanización generados por estas prácticas. En otras palabras, busca comprender, desde la voz y la vivencia del sujeto, cómo estas medidas impactan subjetivamente a quienes han sido internados.

A partir de este panorama, se hace necesario escuchar la voz de quienes han vivido estas experiencias desde adentro, con el fin de comprender las implicaciones subjetivas que tiene el uso de la coerción en un contexto que, idealmente, debería estar guiado por el respeto, el cuidado y la dignidad humana. En este sentido, esta investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los principales traumas y cómo experimentan los usuarios el sentimiento de deshumanización derivados de la coerción durante la hospitalización psiquiátrica?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización por parte de pacientes que han sido sometidos a prácticas coercitivas durante su hospitalización psiquiátrica.

4.2 Objetivos específicos:

- 1.** Explorar la experiencia subjetiva de pacientes respecto a las prácticas coercitivas vividas durante su hospitalización psiquiátrica.
- 2.** Identificar los traumas emocionales, psicológicos y simbólicos derivados de las experiencias de coerción en la hospitalización.
- 3.** Interpretar los sentidos y significados que el paciente atribuye al sentimiento de deshumanización generado en el contexto hospitalario.

5. Preguntas orientadoras

1. ¿Qué tipo de experiencias tienen lugar en el paciente cuando hay uso de procedimientos coercitivos durante periodos de hospitalización psiquiátrica?

2. ¿Qué traumas emocionales y psicológicos surgen debido al uso de prácticas de coerción a lo largo de una estancia hospitalaria en un centro psiquiátrico?

3. ¿Qué significados atribuye el paciente a los sentimientos de deshumanización que surgen en el marco de una hospitalización psiquiátrica?

4. ¿Cómo se concibe el valor del sí mismo, de la identidad personal y la dignidad humana a partir de sus experiencias de coerción en el hospital psiquiátrico?

6. Marco Metodológico

6.1 Tipo de investigación

Este estudio, corresponde a una investigación de tipo cualitativa. Como lo expresan Taylor y Bogdan (1987), las características de este tipo de investigación atienden a las percepciones y significados de los participantes, ve al participante de manera holística y no fragmentado en variables, es decir, lo ve como un todo, un sujeto activo en la construcción de los significados, como parte de la experiencia misma. Además, otorga notable relevancia a la perspectiva del participante, desde la cual se intenta descubrir los significados, más que comprobar o verificar alguna teoría, por lo que es también inductivo (Espinoza, 2020).

Por lo anterior, la investigación de tipo cualitativa es la más apropiada para llevar a cabo el presente estudio, puesto que, corresponde a la naturaleza subjetiva del mismo, el cual pretende comprender cómo vivencian las personas el haber sido sometidas a prácticas coercitivas durante una hospitalización psiquiátrica, y las subjetividades que emergen de esta experiencia, en otras palabras, como lo expresa Duque et al., (2021), el significado personal y simbólico que el individuo otorga a su experiencia.

6.2 Enfoque de investigación

La presente investigación, se desarrolló bajo un enfoque fenomenológico interpretativo (AFI), por sus siglas en español. Duque y aristizabal (2019) y Tombolato y Santos (2020), plantean que, el análisis fenomenológico interpretativo permite acceder a la dimensión vivencial del fenómeno investigado, atendiendo a los elementos simbólicos, emocionales y psicológicos expresados por los participantes.

Por lo anterior, el (AFI) se ajusta al propósito del estudio, que es comprender a profundidad la experiencia subjetiva del paciente psiquiátrico, explorando los significados, traumas y sentimientos asociados a la coerción dentro de la hospitalización. Con este enfoque se busca explorar e interpretar los significados atribuidos por los propios sujetos a las vivencias de trauma y deshumanización en contextos de internamiento psiquiátrico, por ello, se centra en el discurso del usuario como vía para comprender e interpretar su vivencia.

6.3 Diseño

6.3.1 Técnica

El AFI, exige la utilización de una técnica de recolección de datos que permita, no solo abordar y conocer el fenómeno objeto de investigación, sino también profundizar en aspectos que, durante la exploración del fenómeno resulten significativamente relevantes (Duque y Aristizábal, 2019). Por lo anterior, la entrevista semiestructurada se convirtió en la técnica idónea para la recolección de la información. En ese mismo sentido y con el objetivo de captar en completitud y ser fiel a la experiencia del participante se implementó, además, la observación no participante, ya que esta permitiría dar mayor credibilidad a los datos obtenidos.

6.3.1.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada, se caracteriza por ofrecer al investigador la posibilidad profundizar ampliamente en el tema de investigación, ya que, como lo mencionan Duque y Aristizábal (2019) este tipo de entrevista, además de facilitar el diálogo entre el investigador y el participante, también impulsa la aparición de nuevos campos de investigación. Así mismo, permite obtener una idea de cómo los participantes percibieron y entendieron el fenómeno objeto de

investigación, lo cual, a la luz de los resultados, se refleja en una mayor fidelidad de su perspectiva (González et al., 2022).

Para llevar a cabo la recolección de datos en el presente estudio se hizo uso de la entrevista semiestructurada, además, previo a su aplicación se diseñó un protocolo de entrevista, mismo que contenía una serie de preguntas centrales que guiarían el desarrollo de estas. Adicionalmente y con el objetivo de lograr abarcar completamente la experiencia de coerción durante la hospitalización psiquiátrica, la recolección de datos se llevó a cabo a través de tres entrevistas semiestructuradas y cada una de ellas estuvo enfocada en un tema específico, permitiendo explorar las diversas dimensiones de la experiencia de los participantes en relación con la coerción en la hospitalización psiquiátrica. Las entrevistas fueron diseñadas con el fin de captar las percepciones de los participantes y los significados atribuidos a esta, de manera profunda, pero flexible. Las tres entrevistas fueron:

1. Circunstancias de la hospitalización psiquiátrica
2. Coerción durante la hospitalización psiquiátrica
3. Traumas y sentimiento de deshumanización

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento informado de los participantes, para garantizar que se capturara con precisión cada respuesta. Posteriormente, se transcribieron y se aplicaron las convenciones descritas por Silverman (2006) para asegurar una transcripción rigurosa y fiel a las expresiones verbales de los participantes.

6.3.1 Selección de los participantes: Técnica, criterios de inclusión y exclusión

La elección de los participantes que hicieron parte de este estudio se hizo a través de la técnica de selección intencional, ya que, desde la perspectiva Flick (2015), esta técnica le otorga grandes ventajas a la investigación de tipo cualitativa, debido a que ofrece una perspectiva más profunda y permite la elección de participantes que cumplan específicamente con las características que pueden dar respuesta a la pregunta de la investigación. En consonancia con Flick (2015); Duque y Aristizábal (2019), respaldan la idoneidad de esta técnica en el presente estudio, al decir que la muestra representativa debe tener como característica principal haber vivenciado o estar vivenciando la experiencia a analizar, para que las preguntas de investigación cobren sentido para el participante.

En este estudio, la muestra final estuvo conformada por cuatro personas que han vivido hospitalizaciones psiquiátricas en las que fueron sometidas a prácticas coercitivas, mismas que fueron seleccionadas teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

A. Criterios de inclusión:

Que sean personas que hayan vivido al menos una hospitalización psiquiátrica.

Que durante su hospitalización hayan experimentado algún tipo de práctica coercitiva (física, farmacológica, verbal o psicológica).

Que estuviesen en condiciones de narrar su experiencia de forma voluntaria.

Que otorgaran su consentimiento para participar en la investigación y para usar los resultados de esta con fines investigativos.

B. Criterios de exclusión:

Personas que no puedan brindar su consentimiento informado.

Personas que se encuentren en crisis al momento de llevar a cabo la investigación.

Participantes que presenten un deterioro cognitivo importante que les impida comprender el propósito de la investigación.

6.4 Procedimiento

6.4.1 Técnica de análisis de la información

El proceso de análisis se desarrolló teniendo en cuenta los pasos que, desde el enfoque de investigación, (AFI), se sugiere, debe hacerse dicho análisis. A continuación, se describe paso a paso:

- 1. Comentarios iniciales o identificación de unidades de sentido:** En primer lugar, se realizó una lectura detallada de las transcripciones para identificar unidades de sentido que representaran las experiencias y percepciones clave de los participantes. Estas unidades de sentido correspondían a fragmentos relevantes de los testimonios que aportaban información valiosa sobre los temas investigados.

- 2. Identificación de temas emergentes:** Cada unidad de sentido fue interpretada en función de su significado dentro del contexto de la hospitalización psiquiátrica y la coerción. Las interpretaciones se basaron en un enfoque fenomenológico, buscando comprender los significados subjetivos de las experiencias vividas por los participantes.

3. Agrupamiento de los temas: Las unidades de sentido fueron agrupadas y organizadas en temas relacionados. Este proceso permitió estructurar las experiencias de los participantes de manera coherente, destacando los aspectos más significativos de la coerción, los traumas y la deshumanización.

4. Agrupación en categorías mayores: Finalmente, los temas identificados fueron agrupados en categorías mayores que reflejaban los fenómenos globales relacionados con la coerción en la hospitalización psiquiátrica. Estas categorías proporcionaron una comprensión integral de las experiencias vividas por los participantes.

6.5 Calidad de la investigación

Para asegurar la calidad y la rigurosidad de los resultados de esta investigación, se hizo uso de la triangulación, la cual, según Denzin (1978; 1978, cit. en Taylor y Bogdan, 1987) y Patton (1980, cit. en Taylor y Bogdan, 1987), es “la combinación en un estudio único de distintos métodos o fuentes de datos” (p. 91-92) o en palabras de Gaete (2017), “la convergencia de distintas perspectivas y métodos en el estudio de un mismo objeto” (p. 120). La utilización de la triangulación en la investigación cualitativa, es comúnmente usada como una forma de protegerse de las tendencias del investigador, pero sobre todo un modo de someter y comprobar la información proporcionada por los participantes mediante la confrontación con otros informantes y otras técnicas (Taylor y Bogdan, 1987). Lo que asegura, según estos autores, una comprensión más profunda de la experiencia objeto de estudio, garantizando, a su vez, una mayor validación de los resultados.

6.6 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas tenidas en cuenta para llevar a cabo la investigación, se tradujeron en la implementación de un consentimiento informado, a través del cual el participante además de dejar expresa su voluntad en participar en el estudio, daban constancia de que comprendían la naturaleza de este junto con los posibles riesgos y beneficios que podrían suponerles. Adicionalmente, en dicho documento se exponía el derecho del participante a retirarse voluntariamente en caso de que así lo quisiera, como también el derecho a la confidencialidad de su identidad, mismo que fue garantizado asegurando que los participantes permanecieran en el anonimato.

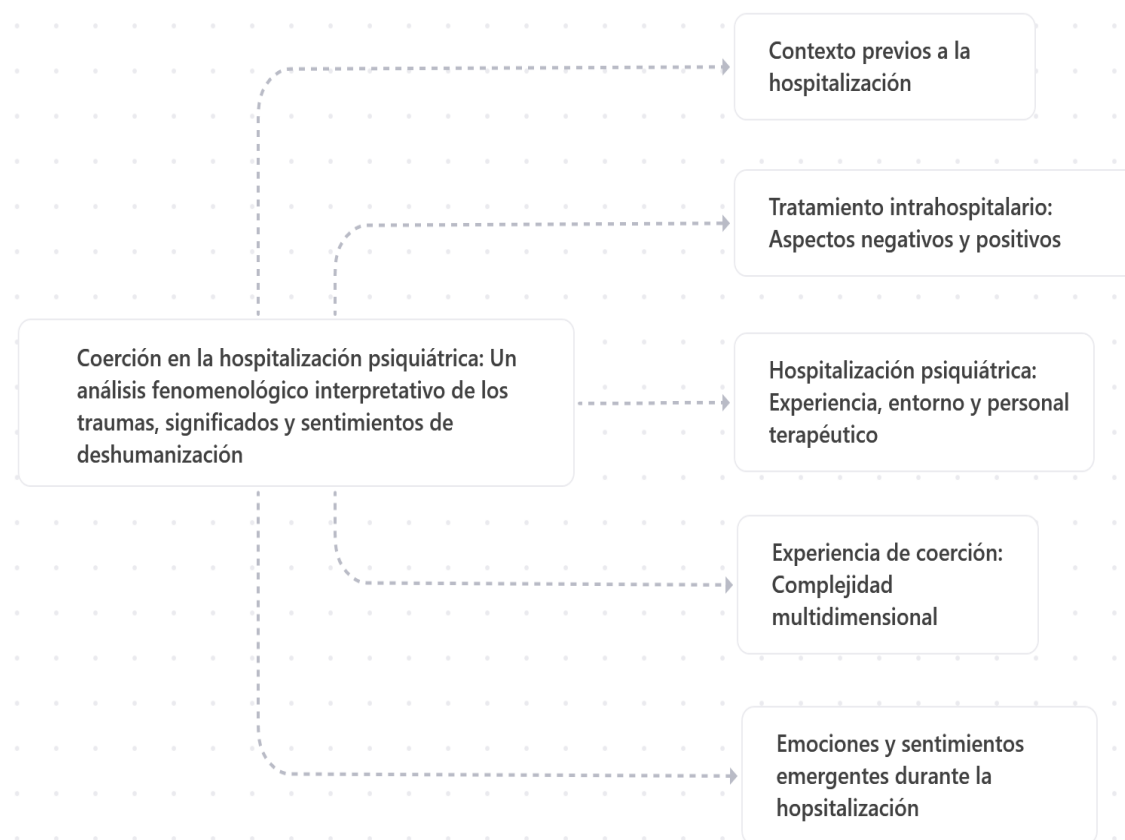
Por último, atendiendo a la complejidad de la experiencia sobre la que se indagaría en las entrevistas, se reconocieron las posibles reacciones emocionales en los participantes, por lo que se consideró la intervención en crisis y seguimiento a través de su EPS.

7. Resultados

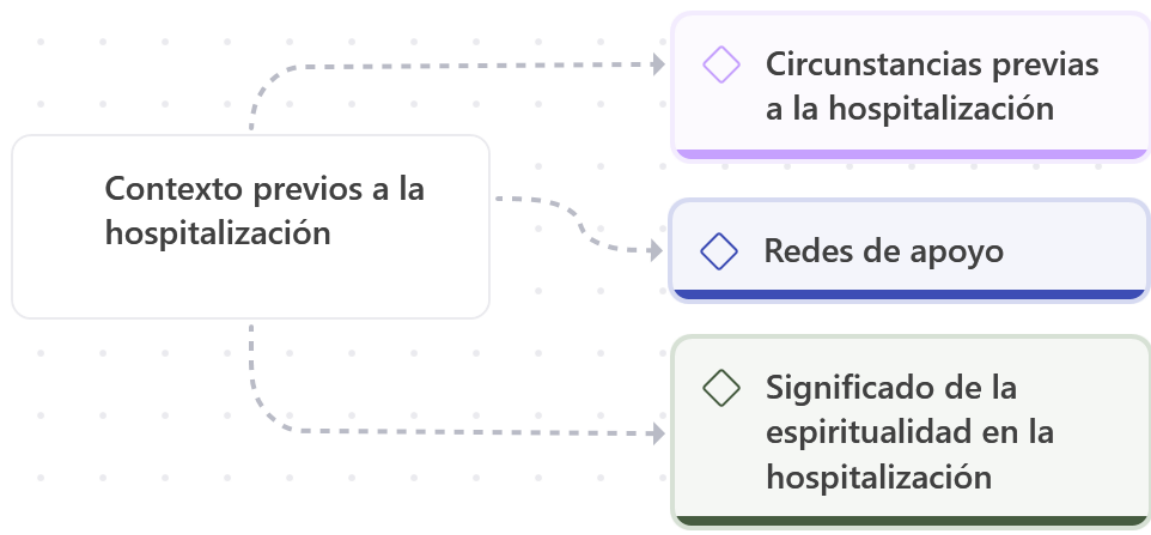
Una vez realizadas las diez entrevistas a los participantes y de analizar individualmente cada una de estas en el software ATLAS.ti, los resultados se sintetizaron en cinco redes semánticas que se encuentran conformadas por cinco temas principales o categorías mayores y veintiocho subtemas o categorías menores, las cuales recogen, en su totalidad, la experiencia de coerción dentro de la hospitalización psiquiátrica juntos a los traumas, significados y sentimientos de deshumanización asociados a esta, narrada por los participantes. Con base en lo anterior, la presentación de los resultados obtenidos se hará teniendo en cuenta las redes semánticas realizadas en el análisis de los resultados.

Imagen 1:

Red semántica general



A continuación, se describen cada una de las categorías mayores presentadas en la imagen 1 y se profundiza en las subcategorías que las integran. Además, en la profundización se adjuntarán citas literales extraídas de las entrevistas, que fundamentarán el análisis realizado:

Imagen 2:*Red semántica 1***7.1 Contextos previos a la hospitalización**

La hospitalización psiquiátrica está rodeada de vivencias, emociones, sentimientos y situaciones que de una u otra manera condicionan la vivencia de la experiencia intrahospitalaria, esto no implica que dicha experiencia dependa exclusivamente de estos factores, pero sí que pueden actuar como elementos determinantes en su desarrollo y percepción. En concordancia con lo anterior, hablar acerca de los motivos de internación condujo gran parte de la entrevista inicial de cada participante, esto permitió, no solo explorar los motivos por los que habían sido internados, conocer las expectativas que tenían frente a la experiencia de hospitalización psiquiátrica, las cuales, en su mayoría eran inicialmente positivas, sino que también permitió conocer aspectos significativos como las redes de apoyo o la espiritualidad, que para muchos tuvo un papel fundamental en su vivencia. Estos y muchos otros aspectos se abordarán a continuación.

7.1.1 Circunstancias previas a la hospitalización

La voluntariedad del paciente al momento de ser internado constituyó unos de los iniciales interrogantes en de la primera entrevista, puesto que la coerción, a través de la contención física y farmacológica se hace presente en los casos en que el paciente no ingresa de manera voluntaria, tal como lo fue en el caso del participante J.R, el cual expresó que frente a su negativa ante el ingreso al centro de rehabilitación psiquiátrica:

...me metieron una inyección y—y me acostaron en una cama amarrado (L.C, 1. 9)

Caso contrario a los demás participantes, quienes ingresaron voluntariamente al centro de hospitalización.

No obstante, aunque ingresar de manera voluntaria los eximía de ser coaccionados e ingresados en contra de su voluntad, ello les hacía creer que dicha voluntariedad se traduciría en un trato diferenciado o en un beneficio terapéutico, así lo expresó C.A:

... No se puede tratar igual al que entra voluntariamente y al que traen amarrado (C.A, 3. 20). Yo entré voluntariamente (C.A, 2. 5)... pensé que me iba a traer de una u otra forma un beneficio terapéutico, o sea, pero no terapéutico per se, sino un beneficio terapéutico in situ, o sea, por el hecho de yo estar ahí, voluntario y que el equipo terapéutico se percatara de esa situación (C.A, 2. 30). Y continuó diciendo:

...el preso que se quiere regenerar va a recibir un beneficio, o sea, ¿cuál es el beneficio del preso que se quiere regenerar? que le rebajan tiempo. Acá yo pensaba que el beneficio que iba a recibir yo era de que de pronto... iba a tener muchas más vistas con el psicólogo, iba a tener mayor interacción con el psiquiatra, pero cuál fue el desengaño mío que yo veía a la psiquiatra cada semana (C.A, 2. 44).

Ahora bien, las expectativas generadas a partir de la voluntariedad de ingreso no eran las únicas que acompañaban a los participantes, varios de estos expresaron:

...yo hago lo que ustedes quieran, si es por la salud mía, yo estoy de acuerdo porque yo me quiero sanar, yo quiero saber qué es lo que yo tengo (A.O, 1. 44).

...y me dijo que, si yo me iba a quedar, que yo estaba de acuerdo de que yo me quedara internada, yo le dije que sí, porque yo me quería curar y porque ajá, a mí me daba cosa que mi mamá (A.O, 1. 47).

... El primer día, el primer día pues, (0.3) cuando uno llega a un sitio, el primer día uno, uno aspira a muchas cosas ya, porque ya uno tiene como que un plan o algo así por el estilo (C.A, 1. 46).

Yo pensaba que era un sitio donde yo en realidad iba a pasar mis días tranquilos (C.A, 1. 57).

... yo iba en búsqueda de una, de una, no de una cura, porque tú sabes que lo mío no se cura, sino que iba en búsqueda de un reposo a esa situación (J.R, 2. 11).

Lo que denota que también existían expectativas respecto de la hospitalización psiquiátrica, su tratamiento y, por supuesto sobre su pronóstico.

El fin de sus expectativas o si se le puede llamar también, la caída de las expectativas, llegó más pronto de lo que la mayoría pensó, así lo expresó el participante C.A:

(0.5) Cuando de repente, yo sentí que me estaban::: ¡dando disciplina!, como cuando estuve en el ejército. Pero entonces, en el ejercicio yo estaba adquiriendo algo que era conocimiento y todo eso, pero acá yo lo que estaba recibiendo era::: un maltrato (C.A, 1. 57).

Y no sólo C.A se expresó al respecto, J.R, también mencionó:

...y me encontré con el hecho de que había, más bien, una violencia en contra mía (J.R, 2.

11)

...es algo algo que yo::: vi que no::: esperaba esas cosas ya (J.R, 1. 17).

A este punto, la situación estaba tomando un rumbo diferente al que tenían en sus mentes, parecía ser que no era como se lo habían imaginado.

Por último, dentro de las circunstancias de hospitalización, se enmarcan las vivencias, emociones, sentimientos y situaciones que precedieron la hospitalización psiquiátrica y que, de una manera u otra, ejercen influencia en la experiencia vivida por los participantes. En el caso del participante C.A, expresó que si internamiento había sido producto de:

El consumo de estupefacientes que se me había salido de las manos ...estaba estresándonos a todos, desde mi parte y a la parte de ellos (C.A, 1. 3).

Lo que permite denotar que además de hospitalizarse por su bienestar, al reconocer que había perdido el control sobre el consumo de estupefacientes, también lo hizo por los efectos psicológicos que dicha situación estaba generando en su familia.

La participante A.O, por su parte, expresa:

...a mí se me metían unas crisis que::: ... yo estaba en la casa y yo no sabía que tenía, porque me pedía que saliera a caminar, a caminar y yo a veces me ponía agresiva y le quería pegar a mi mamá (A.O, 1. 7).

Y continuó diciendo, que frente a la internación psiquiátrica, sugerida inicialmente por un médico particular, consensuada por su madre y apoyada por sus hermanas:

...yo hago lo que ustedes quieran, si es por la salud mía, yo estoy de acuerdo porque yo me quiero sanar, yo quiero saber qué es lo que yo tengo (A.O, 1. 44).

Este último fragmento denota no solo el desespero de la participante por recibir un tratamiento y ser curada, sino también su disposición para asumir las condiciones en que dicho tratamiento requiriera ser brindado, en este caso, hospitalizada psiquiátricamente.

En este orden de ideas, J.R, quien al igual que C.A, había recaído ante el consumo de sustancias psicoactivas y junto a dicha recaída, la agudización de los síntomas de su trastorno maniaco depresivo:

... el consumo de sustancias psicoactivas se me había disparado porque el trastorno maniaco depresivo del cual yo sufro y el trastorno obsesivo compulsivo del cual yo sufro también (J.R, 1. 5).

Para concluir, el participante L.C, quien fue ingresado de manera involuntaria a su hospitalización psiquiátrica:

Tuve::: una una recaída recaída (L.C, 1. 5) ...me metieron una inyección y–y me acostaron en una cama amarrado (L.C, 1. 9)

7.1.2 Redes de apoyo

Teniendo en cuenta la complejidad de la experiencia de hospitalización psiquiátrica que involucra temor e incertidumbre, producto del aislamiento y la soledad, es necesario, resaltar la importancia de las redes de apoyo. El acompañamiento de familiares y personas cercanas, se convierte en un pilar fundamental para la recuperación del paciente, ya que no solo brinda compañía, sino que suple una necesidad afectiva y material que permite una mejor adherencia al tratamiento tal como lo expresa C.A,

...uno necesita la presencia de un familiar. (C.A, 1. 48).

...lo único que era muy importante para uno era la visita (C.A, 1. 46).

Una visita se convierte en la motivación para permanecer en el tratamiento, como lo expresa el participante C.A,

...el día sábado era un día en el que uno se levantaba súper temprano, se afeitamos, uno se pone presentable. Uno lo que quiere el sábado es ver a la familia. (C.A, 1. 65).

Por otro lado, el participante C.A, deja ver que contar con una red de apoyo que acompañe el proceso, es como un escape a el entorno hostil que representa la experiencia de hospitalización.

Y entonces ya en ese momento ya lo único que quería era ver mi familia, quería que llegara, los días de la visita en un sábado. (C.A, 1. 65).

Las redes de apoyo además pueden estar constituidas por pares, personas que, dentro de la misma hospitalización en el rol de paciente, pueden brindar esa contención emocional y ese acompañamiento que ayuda a suavizar la experiencia de internamiento como lo expresa la participante A.O.

Yo me encontré una señora, me hice amiga de una señora que ella también tenía problemas, pero la señora estaba así como yo, con esa señora era la única que yo hablaba, ella me decía: cuando te sientas sola vienes, hablas conmigo, sales, porque yo le tenía miedo a los demás y a donde esa señora era a la única parte que yo entraba y hablaba. Yo le comentaba: ya yo quiero salir de aquí, y ella me decía: ¿Por qué?, ¿no te sientes bien? Yo no me siento bien, le respondía yo, yo quiero salir porque yo digo que esto no es para mí, esto no es para mí. Y ella me decía: Ay, yo también, ya yo me quiero ir de aquí, porque ya yo siento que ya, pero todavía mis hijos me

dicen a mí que todavía me falta y que no puedo salir porque yo tengo problemas, que no sé qué. (A.O, 1. 77).

La ausencia de dichas redes de apoyo puede ser percibida por el paciente como un motivo para no recuperarse, el participante L.C menciona al respecto,

...bueno, ojalá yo tuviera el apoyo ya yo hubiera salido a rato de eso. (L.C, 2. 23).

La red de apoyo familiar en los procesos de hospitalización psiquiátrica resulta ser de vital importancia para la adherencia al tratamiento por parte del paciente, para su motivación en el tratamiento, así lo deja ver el participante L.C cuando expresa:

Bueno:: (0.2) sííí ellos han estado pendientes. (0.4) Para que yo (0.3) vaya a hospital día. (0.4) Para que yo:: (0.3) esté ahí, (0.2) me están pidiendo los medicamentos, (0.2) y yo (0.2) me tomo los medicamentos. (L.C, 2. 25).

También, cumple la función de ser el canal de comunicación entre el paciente y el personal tratante, y el paciente y el exterior.

Y siempre que mis hermanas iban, yo les formaba un berrinche diciéndoles: ay, yo quiero que ustedes me saquen, (A.O, 1. 78).

En resumen, las redes de apoyo son fundamentales para la recuperación, el bienestar psíquico del paciente y el éxito del tratamiento dentro de la hospitalización.

7.1.3 Significado de la espiritualidad en la hospitalización

La manifestación de las creencias a través de la fe y la oración, para algunos de los participantes, además de mantener el vínculo con Dios, también se constituía en una fuente de bienestar y esperanza en que su situación mejoraría pronto. Pero no solo eso, tal como lo expresa

la participante A.O, el hecho de poder entablar una conversación con Dios, le permitía expresar lo que en innumerables ocasiones intentaba comunicarle al personal terapéutico y a los profesionales y en respuesta era ignorada:

Así como yo hablaba con Dios, yo también intentaba... (A.O, 3. 33) ... En el momento que yo los llamaba, hay veces que no me paraban bolas, estaban por ahí o estaban ocupados, y a veces no le paraban atención a uno. Como me veían así y decían: “no va a decir nada con juicio...” (A.O, 3. 37)

En este contexto, el diálogo con Dios emerge como una forma de expresión emocional y como una respuesta resiliente ante la sensación de invisibilidad generada a partir de la experiencia de ser ignorada o no tomada en serio por el personal clínico. La oración, entonces, no solo sostiene la fe, sino que también ocupa el lugar de una escucha que, en múltiples ocasiones, fue negada por los profesionales.

No obstante, no todos los participantes pudieron recurrir libremente a su fe durante la hospitalización. Para algunos, la expresión religiosa, incluso actos tan personales como la oración, fue prohibida por el personal terapéutico, lo que generó sentimientos de frustración, incompreensión y vulnerabilidad:

...entonces yo continué con mis oraciones y todo eso se me, se me cortó la, la posibilidad de __de__ de las oraciones y todo eso porque no sé, me parece que eso influía en el ambiente (C.A, 1. 3) ... o sea, básicamente no me puedo expresar ni siquiera de manera religiosa (C.A, 1. 53).

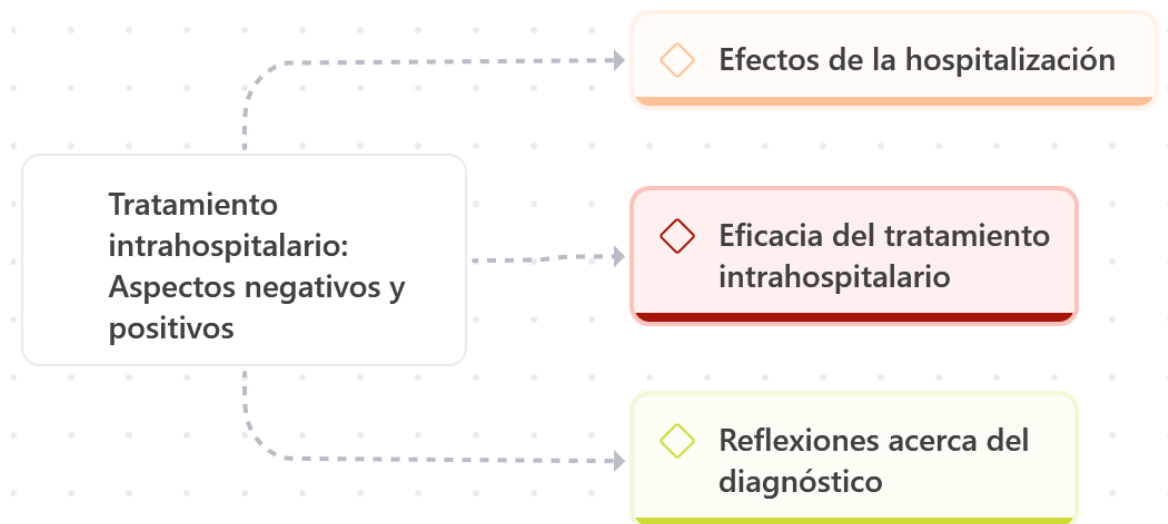
Ante esta prohibición, el participante opta por silenciar su práctica religiosa con el fin de evitar consecuencias que pudieran afectar aún más su estancia en el centro.

... para no generar estrés ni nada de eso yo decidí cortar mis oraciones (C.A, I. 3).

Esta decisión, aunque marcada por la resignación, refleja un intento de adaptación frente a un entorno que no solo limitaba la expresión emocional, sino también la espiritual. La fe, en este caso, debió ser contenida para no convertirse en un factor de riesgo dentro de un espacio institucional que interpretaba estas manifestaciones como disruptivas.

Imagen 3:

Red semántica 2



7.2 Tratamiento intrahospitalario: Aspectos negativos y positivos

La hospitalización en psiquiatría por lo general aborda el tratamiento de personas cuando su salud mental no permite tratamiento ambulatorio, personas con trastornos mentales en situaciones de crisis agudas y cuando representa un riesgo para sí mismo o para los demás. Dentro de la misma, se combinan diferentes disciplinas para intervenir de manera holística el padecimiento de cada paciente, con el fin de estabilizar y rehabilitar. No obstante, la institucionalización de los pacientes no siempre representa un beneficio o una mejoría que se mantenga en el tiempo. Aspectos como el trato digno por parte del personal tratante, el respeto a

sus derechos y el rol activo en su proceso, son determinantes en los efectos que esta experiencia desencadena en el sujeto.

A continuación, se profundizará en algunos aspectos relevantes de dicha experiencia.

7.2.1 Efectos de la hospitalización

La hospitalización psiquiátrica al ser una experiencia compleja puede generar diversos efectos, mismos que pueden estar mediados por aspectos como la voluntariedad al momento del ingreso, el trato del personal terapéutico, el ambiente de la institución, la medicación, la aplicación de medidas coercitivas, entre otros. Estos efectos pueden ser tanto positivos como negativos y depende de la subjetividad del paciente.

Pese a que algunos pacientes ingresan de manera voluntaria a la institución psiquiátrica como un escape al padecimiento, como es el caso del participante C.A, aspectos como el trato del personal terapéutico y las medidas de coerción cambian esta perspectiva y generan efectos que no son los esperados. Entonces, la hospitalización deja de percibirse como un escape de su realidad y se convierte en un agente estresor, en una situación que produce desesperanza y que lo sumerge en un entorno de control que, en lugar de contribuir en su mejoría, agudiza su padecimiento.

...pero tú estás bajo un condicionamiento tremendo y bajo una presión que no, que no genera esa esperanza de que tú vas a mejorar, al contrario, yo voy sintiendo una vez que me estoy enterrando más... (C.A, 2. 15).

Uno de los efectos negativos más comunes es la evasión de la realidad producto del trauma generado durante la hospitalización, el participante C.A menciona al respecto

...descubrí cómo me tratan en terapia y asumí de que también a mí en el mundo acá también lo van a tratar así, me coloqué mi armadura y de una u otra forma me estoy haciendo el de la vista gorda. (C.A, 2. 58).

Otro de los efectos negativos de la hospitalización es la vulnerabilidad que resulta tras la coerción que algunos vivencian. El participante C.A afirma que lejos de ser una mejoría, la hospitalización lo empeoró y comenta referente a esto,

Sí, y entonces, además de eso, me dejó bastante vulnerable... (C.A, 2. 13).

Emocionalmente los efectos también fueron negativos, emergen sentimientos de tristeza.

posterior a la salida del centro de rehabilitación, (0.3) yo no recuerdo haberme sentido tan mal en mi vida conmigo mismo (C.A, 1.59).

Sin embargo, no todo es negativo los participantes reconocen que también hubo aspectos que mejoraron

...puedo decir que he mejorado en ciertas cosas, pero:: ahí:: en ese punto social muy específico, la verdad es que yo no __no__ no he mejorado nada (C.A, 1. 42).

7.2.2 Eficacia del tratamiento intrahospitalario

El tratamiento intrahospitalario, luego del paciente, es el aspecto más importante en el contexto de la hospitalización psiquiátrica, ya que en este se basa la internación: brindar una atención terapéutica intensiva. En otras palabras, como se mencionó en el apartado anterior, la hospitalización responde a la necesidad de ofrecer un tratamiento adecuado a las condiciones del paciente. Ahora bien, la eficacia de dicho tratamiento, no puede ser medida de mejor manera si no

es partiendo de las experiencias y las percepciones de personas que hayan experimentado un tratamiento psiquiátrico intrahospitalario.

A la luz de los hallazgos de la presente investigación, es posible determinar que la eficacia de los tratamientos psiquiátricos intrahospitalarios deja mucho que desear en los pacientes. En palabras del participante C.A, lo anterior se expresaría así:

Nunca pensé que en un sitio que en donde yo quería encontrar mejoría, fuese a encontrar un mecanismo tan violento... (C.A, 2. 74) ... Yo salí peor de allá, yo salí peor de allá (C.A, 1. 42).

Así mismo, J.R, lo expuso de la siguiente manera:

...entonces no vamos a salir curados, sino que vamos a salir de pronto como que más enojados (J.R, 1. 25).

Dichas percepciones, además de estar fundamentadas en lo que para ellos resultó efectivo del tratamiento, tienen su génesis en las diversas vivencias que hicieron parte de la experiencia de hospitalización, de las cuales se profundizarán más adelante.

Analizar la percepción de la eficacia del tratamiento desde la perspectiva de personas que han atravesado por dicha experiencia, implica tener en cuenta, además de lo pertinente del tratamiento, las situaciones que rodearon su estancia en el centro de hospitalización, llámense voluntariedad frente a la hospitalización, experiencias coercitivas, traumas, sentimientos, emociones... a ejemplo de ello, la experiencia del paciente C.A frente al tratamiento psiquiátrico recibido durante su hospitalización, que podría, en sus palabras, resumirse de la siguiente manera:

... Nunca pensé que en un sitio que en donde yo quería encontrar mejoría, fuese a encontrar un mecanismo tan violento... (C.A, 2. 74) ya dejó de interesarme si me mejoraba o me

empeoraba o si el psiquiatra me valoraba bien o si el psicólogo me valoraba bien. O sea, ya dejó de importarme todo eso. Yo simplemente me levantaba a comer, a bañarme y el resto del día me la pasaba en la cama. O sea, aprendí, (0.3) aprendí a estar preso (C.A, 1. 48) ya la sensación de querer hacer algo positivo cambió a las ganas de salir (C.A, 2. 7).

7.2.3 Reflexiones acerca del diagnóstico

Dentro de la hospitalización psiquiátrica, otro de los aspectos en los que la percepción del paciente tiene un rol decisivo frente al desarrollo y alivio de la enfermedad, es el diagnóstico. Sobre todo, cuando este ha sido sometido a medidas coercitivas durante su estancia en la institución, ya que considera que el trauma agudiza el sufrimiento, perpetúa el dolor y añade una nueva carga emocional que empeora la enfermedad inicial.

Lo que queda es un trauma y ya uno viene traumatado y le van a clavar otro trauma encima. (C.A, 2. 102)

El participante J.R comenta también que a su diagnóstico inicial se le sumó la vulnerabilidad producto de todo lo vivido dentro de la hospitalización, lo cual empeoró el padecimiento.

...uno viene de rehabilitación, y el fin de uno de venir de rehabilitación es siempre recomponer la vida de uno, yo pensaba que las cosas iban a volver a ser normales y todo eso, pero entonces vamos a ver que yo, yo llegué en un estado de vulnerabilidad. (J.R, 2. 13).

Acerca de las actividades terapéuticas que se realizaban dentro de la hospitalización el paciente C.A deja ver que la homogeneidad con la que se abordan todos los diagnósticos no permitía la evolución esperada, él resalta la ausencia de actividades enfocadas a trabajar específicamente en su afección.

*...yo no encontré como que una actividad paliativa en realidad en base a mi trastorno.
(C.A, 2. 46).*

Por último, respecto al diagnóstico en sí, el participante C.A presume que es una jugada del sistema que entres por una afección (drogadicción) y te diagnostiquen dos más.

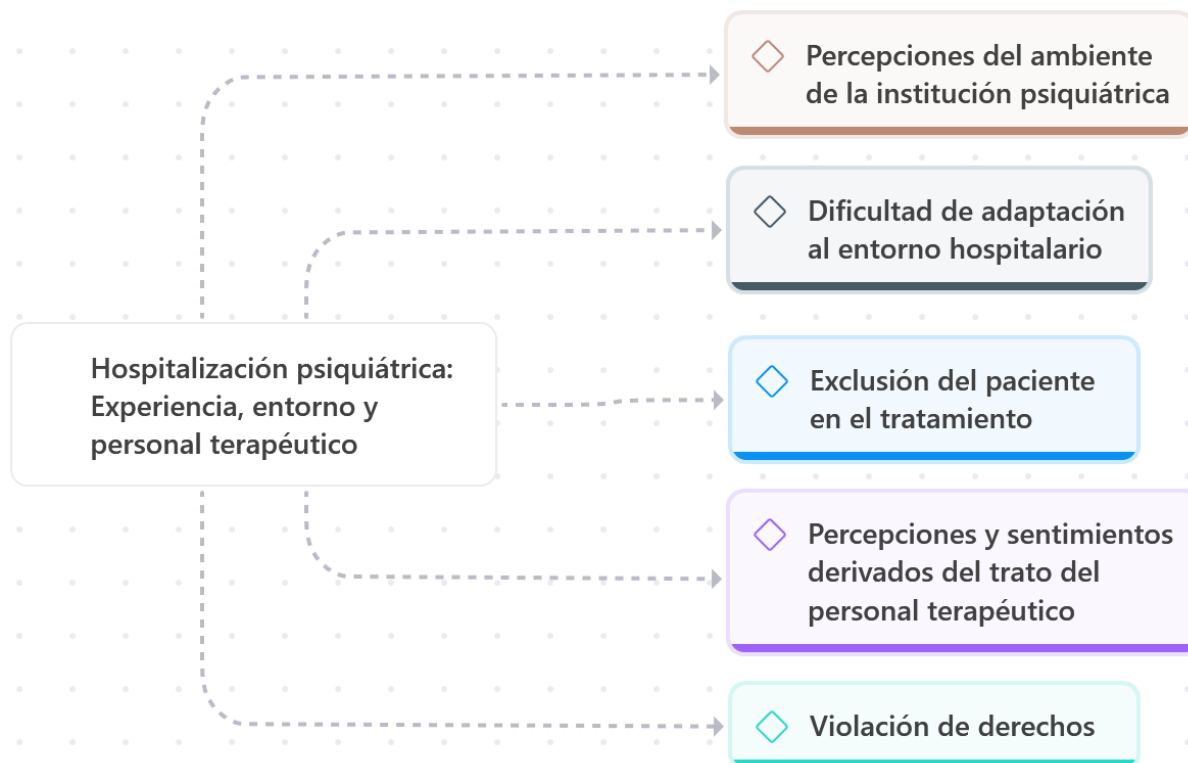
... tratar de buscar una manera de que ese proceso de drogadicción, al cual tú te quieres anular, es como al contrario de querer mejorarlo, es como una especie de, ¡hombre!, si este tipo ya está aquí, vamos a aprovechar que está aquí, vamos a acudir y vamos a terminar de sepultarlo...

...se ahonda más en el daño que ya tú te has ocasionado que es la ansiedad y la depresión que son congénitas de la drogadicción, que en el mismo proceso de parar la drogadicción...

*...hasta donde yo tengo entendido todos los drogadicctos son depresivos y son ansiosos
(C.A, 2. 42).*

Estos fragmentos permiten concluir que el participante considera que el enfoque del tratamiento psiquiátrico no apunta a la génesis del padecimiento, sino a los daños que este ha generado.

Imagen 4:
Red semántica 3



7.3 Hospitalización psiquiátrica: Experiencia, entorno y personal terapéutico

La experiencia de hospitalización psiquiátrica está teñida de percepciones, dificultades, sentimientos... entre otros aspectos más, lo interesante de todos estos elementos es que cada uno de ellos tiene presencia, no solo en la eficacia del tratamiento o en la adherencia del paciente hacia el tratamiento, sino también en la forma en que este asume el hecho de estar internado psiquiátricamente y, más profundo aún, sobre el significado que el paciente le asigna a la experiencia de hospitalización psiquiátrica. Las percepciones acerca del ambiente de la institución psiquiátrica, por ejemplo, ejercen influencia en la manera en que el paciente se proyecta en dicho entorno, pero también condiciona la capacidad de adaptación de este, lo que podría traducirse bajo la lógica de la razón en que, si el paciente tiene una percepción negativa del ambiente de la

institución, muy probablemente se verá afectada su adherencia al tratamiento y otros aspectos más. Factores como este y otros más serán abordados a profundidad a continuación.

7.3.1 Percepciones del ambiente de la institución psiquiátrica

La percepción que el paciente se crea o tiene acerca del ambiente de la institución psiquiátrica ejerce gran influencia en aspectos relacionados con la voluntariedad, la adaptación y por supuesto, la adherencia al tratamiento intrahospitalario, ello fue posible evidenciarlo en las narraciones de los participantes, quienes expresaron:

...yo me sentí en una cárcel (C.A, 1. 27).

...Una sensación de vigilancia, pero que no es una vigilancia sana, es una vigilancia que es (0.8) una vigilancia extrema, y a partir de que yo me doy cuenta de esa vigilancia extrema, mi sensación de tranquilidad desaparece (C.A, 2. 13).

... Tratamos de ignorar el hecho de que estamos en un sitio horrible, porque tú sabes que un centro psiquiátrico es un sitio horrible (J.R, 2. 11).

... allá caminas derecho o caminas derecho (L.C, 1. 35).

Es importante recalcar que la percepción del ambiente previa al ingreso del paciente está relacionada con las expectativas que este creó, lo que al ingresar y apreciar la realidad les produce una especie de choque que termina por llevarlos a una confrontación consigo mismos respecto de la decisión de internarse, tal como lo fue en el caso de C.A, quien a sólo dos días de su internación y de haber experimentado la realidad del ambiente de la institución psiquiátrica, se preguntaba a sí mismo:

¿yo qué hago aquí?, ¿yo por qué estoy?, ¿por qué razón se me ocurrió esta locura? (C.A, 1. 63).

O como en el caso del participante J.R, quien luego de confrontarse así mismo frente a la decisión de internarse, llegó a una interesante conclusión:

...entonces yo pienso que lo que va a ser uno allá no es, es una cosa totalmente diferente (J.R, 2. 19).

En definitiva, aunque la percepción que el participante tiene respecto del ambiente intrahospitalario parezca ser ajena a lo que será su experiencia de hospitalización psiquiátrica, ampliamente dicha, realmente es quien define, de una manera u otra su vivencia.

7.3.2 Dificultad de adaptación

La adaptación al entorno hospitalario tiende a ser un proceso complejo. Salir de la cotidianidad y perder contacto con el mundo exterior, someterse a normas y rutinas que limitan cualquier tipo de libertad, en la mayoría de los casos, causa resistencia y, por ende, dificultad de adaptarse al ambiente, el personal terapéutico y los pares. Un ejemplo de esto, se puede evidenciar cuando el participante C.A, respecto a su comportamiento dentro de las sesiones de terapia grupal, adoptaba una actitud retadora ante el profesional a cargo de la actividad. Este al no lograr adaptarse correctamente a las rutinas, optó por comportarse de manera disruptiva expresándose de forma sarcástica como una queja, pero a la vez reflexiona y asume que su actuar solo le perjudicaba en el tratamiento.

...esa era la manera en que yo me estaba quejando del sistema de salud (0.3). Pero también me di cuenta de algo, que de esa forma yo me estaba quejando del sistema de salud, pero no podía

hacer más nada. Y que, esa forma de quejarme del sistema de salud, lo único que hacía era perjudicarme, más no iban a tomar nota de lo que yo estaba... (C.A, 2. 25).

Al no llevarse a cabo una correcta adaptación del paciente en la hospitalización, los comportamientos que violan la normativa institucional, como el que manifiesta el participante C.A *Entonces ya yo estaba ya también manifestando lo mío, mi egoísmo y mi egocentrismo y mis ganas de hacer las cosas como yo quiero.(C.A, 1. 3)*, trae como consecuencia, en la mayoría de los casos, que al paciente se le someta a algún tipo de coerción, lo que a su vez afecta la adherencia al tratamiento y se convierte en un ciclo que termina cuando por fin el paciente entiende que debe someterse y doblegar su voluntad.

La dificultad para adaptarse, y las consecuencias a las que esta conlleva, pueden incluso afectar la adherencia al tratamiento en futuras hospitalizaciones, como en el caso del participante C.A, quien, pese a que las condiciones fueron diferentes en su segunda hospitalización, las marcas de la primera experiencia lo hacían permanecer en un constante estado de alerta y aislamiento voluntario.

...pero::: no me había percatado que era que yo estaba siempre con el temor, cabe anotar que me la pasaba todo el tiempo encerrado en mi cuarto (C.A, 1. 85).

7.3.3 Exclusión del paciente en el tratamiento

El paciente, razón por la que se crea el tratamiento, debe ser quién mayor participación tenga dentro del mismo. Ahora bien, la participación de este no se debe reducir al mero hecho de ser quien recibe el tratamiento.

Sentí que no importaba lo que dijera o hiciera, igual iba a ser tratado como un problema, no como una persona (C.A, 3. 16)

Al hablar de participación, se hace referencia, incluso, al hecho de que este participe en la construcción, exprese su opinión al respecto y conozca el objetivo del mismo. Así, el paciente logrará una mejor adherencia y, por ende, el pronóstico será mucho mejor.

¡CLARO! que me hubiese preguntado a mí, pero como él a mí no me, no me dejaron hablar, porque mi hermana la mayor y la negrita, mi hermana decían todo y yo sentada en una silla, el médico se dirigía a ellas y les preguntaba era a ellas, a mí no me preguntó nada (A.O, 1. 71).

El análisis de los resultados de esta categoría permitió concluir que la participación del paciente dentro de su tratamiento es reducida únicamente a ser quien lo recibe. No se le involucra y, mucho menos se le brinda información al respecto de este. Tal como lo expresa la paciente A.O, a quien ni siquiera el médico psiquiatra se dirigió al momento de esta ser ingresada al centro de hospitalización o como lo expresa el participante J.R:

...simplemente fueron cosas de trámites, o sea, llegan, me reciben, firman, toma esta es tu cama, tómate la patilla de una vez enseguida (J.R, 2. 9).

Pero la exclusión del paciente dentro del tratamiento va aún más allá, se extiende al punto de no informarle respecto de las mejorías que este va teniendo, aun cuando el paciente mismo es quien pide dicha información. Así lo expresó A.O:

...el médico conmigo no hablaba, sino que todo se lo pasaba era a mis hermanas (A.O, 1. 82).

Ello, no solo permite confirmar que el paciente es reducido a ser únicamente quien recibe un tratamiento psiquiátrico, al que es ajeno, en el amplio sentido de la palabra, sino que también denota una posible violación de sus derechos.

7.3.4 Percepciones y sentimientos derivados del trato del personal terapéutico

Dentro de la hospitalización psiquiátrica, uno de los pilares fundamentales, es el rol de los profesionales que hacen parte del personal terapéutico, de los cuales los pacientes tienen sus propias percepciones y sentimientos derivados de la interacción con estos.

Los enfermeros, especialmente, generaron en los participantes de esta investigación, sentimientos de temor, como expresa A.O,

Desde ahí les cogí como un recelo. Cuando ellos se me acercaban, yo decía que ellos me iban a volver a poner la bata. Les cogí miedo, del mismo problema que yo tenía... (0.7) Y el médico me decía, cuando me iba a atender: “no te voy a hacer daño”, porque yo decía que me iba a poner la bata. Yo creía que cuando venían a atenderme era que me la iban a volver a poner. (A.O, 3. 23).

La percepción de maltrato hacia ellos también aparece en su subjetividad, como lo menciona L.C,

sí, hay maltrato (L.C, 1. 11) ...Tratan un trato muy mal, (0.4) verbalmente (L.C, 1. 13).

Por otra parte, el participante C.A refiere,

...acá yo lo que estaba recibiendo era:: un maltrato (C.A, 1. 57).

Y por último, percibían a los enfermeros como personas con personalidad con tendencia agresiva,

...porque ellos están, se nota mucho de que ellos están constantemente ávidos de agredir a los demás (J.R, 1. 27), Usted le dice, no, agárralo, pero entonces, ya no lo agarra, sino que lo aprieta. Este ¿cómo es que es? Acuéstalo en la cama, ya no lo acuesta en la cama, sino que me lo

hacen como me hicieron a mí, que me cogieron unas medias veladas y me amarraron las manos con las medias veladas y me amarraron las piernas con unas medias veladas de una manera tan violenta (J.R, 1. 21).

...porque es que no solamente hay que decir agresivo, sino que, especializados en eso, en cómo es que es, en amedrentar a los demás. (J.R, 1. 23). ...yo creo que esos enfermeros son buscados por el perfil agresivo ese, con tal de que los psiquiatras y los psicólogos sientan que la coerción que ellos están colocando a través de los enfermeros, está funcionando. (J.R, 1. 21).

7.3.5 Violación de derechos

La contención ejercida a través de las medias de coerción, el trato del personal terapéutico, la minimización del paciente a un diagnóstico o a ser quien recibe un tratamiento psiquiátrico y hasta la hospitalización psiquiátrica misma, generan sentimientos de vulnerabilidad.

... “yo estoy amarrada como a un animal, Dios mío no quiero esto para mí”. Como a un animal que está muy furioso y uno lo amarra, bueno, así me tenían ahí, en esa cama (A.O, 3. 29).

Sentimientos que, desde la perspectiva del paciente, se traducen en una violación de sus derechos como persona, tal como lo expresa el participante J.R:

No solamente mis derechos fueron violados, yo creo que, inclusive, más allá de los derechos míos y todo eso, pues, yo sentí que la cuestión fue más, fue, fue, fue tan lejos, que yo inclusive, llegó un momento en que me asusté (J.R, 1. 7).

Así mismo el participante C.A, expone lo siguiente:

La actitud del personal está organizada de manera de que uno se sienta que está bajo la tutela de alguien (C.A, 2. 11).

Dejando ver que incluso, afloran sentimientos de no pertenencia a sí mismos derivados del trato del trato del personal terapéutico.

En muchas experiencias narradas por los participantes, estos denuncian la violación de sus derechos como personas, a continuación, algunas de ellas:

...esas personas que nos daban la clozapina, querían que barriéramos ¿cómo es posible que tú le pidas a una persona que esta con unos 100mg de clozapina, llámese cualquier clozapina encima que se ponga barrer si sabes que está bajo los efectos de ese fármaco? (J.R, 1. 17).

...fue tanto el dolor que yo sentí cuando me levanté y me encontré amarrado, que yo asumí que me habían violado, pero yo digo que me habían violado, pero no porque físicamente yo sentía que me hubiesen penetrado o alguna cosa, no, sino que a mí mi humanidad había sido violada (C.A, 2. 72).

Y ellos me metían a la fuerza debajo de ese chorro para que yo... Y me echaban con la manguera: “báñese, báñese, báñese”, con ropa y todo. Me mojaban a la fuerza. A veces yo no me quería bañar, no era el momento, y yo ya me había bañado (A.O, 3. 63).

Imagen 5:
Red semántica 4



7.4 Experiencia de coerción: Complejidad multidimensional

Dentro de la hospitalización psiquiátrica, la coerción emerge como un procedimiento o conjunto de procedimientos que se fundamentan en la garantía de la seguridad del paciente o la de otros. Según Castro (2023) y Castro (2020), estos procedimientos implican la restricción de la

autonomía del paciente y se usan alternativamente para controlar comportamientos peligrosos cuando fallan otras estrategias menos invasivas.

La experiencia de coerción tiene un impacto profundo y multidimensional en los pacientes. No obstante, al justificarse estos procedimientos bajo la premisa de proteger la integridad del propio paciente y de quienes lo rodean, se minimizan o incluso ignoran por completo las consecuencias que dicha intervención conlleva.

A continuación, se explorará la multidimensionalidad del impacto que genera la coerción en la hospitalización psiquiátrica, por lo que se abordarán desde los motivos de coerción, la experiencia de coerción, los traumas, significados, sentimientos derivados de la misma y muchos otros aspectos, a la luz de la experiencia de los participantes.

7.4.1 Motivos de coerción

El uso de la coerción en la hospitalización psiquiátrica se justifica bajo la premisa del bienestar propio del paciente y de terceros. En efecto, el uso de la coerción en la experiencia de hospitalización de la participante A.O se hizo necesaria durante una crisis psicótica con brotes de agresividad:

...el médico dijo que buscaran una bata de fuerza para que me la pusieran, para que yo me pudiera quedar quieta (A.O, 2. 8) ... me agarraron y eran varios porque no podían conmigo, porque yo no me dejaba poner la bata, ellos me agarraron fuerte y me tenían durísimo las manos para poder que yo me, me la dejara poner porque estaba bastante agresiva, bastante agresiva. Yo no me iba dejar, pero vinieron a darme varios y me doblaron las manos hacia atrás así ((Muestra la manera en que lo hicieron)) hasta que me pudieron ponerme la bata, porque yo no me la dejaba poner, porque yo estaba en plena crisis (A.O, 2. 29).

No obstante, dicha premisa resulta contradictoria a la luz de experiencias vividas por los demás participantes e incluso, por la participante A.O. Situaciones en las que expresaron ser coaccionados por motivos diferentes a salvaguardar su integridad y la de otras personas. A continuación, se detallan algunas de dichas situaciones:

Y ellos me metían a la fuerza debajo de ese chorro para que yo... Y me echaban con la manguera: “báñese, báñese, báñese”, con ropa y todo. Me mojaban a la fuerza. A veces yo no me quería bañar, no era el momento, y yo ya me había bañado (A.O, 3. 63).

... yo estaba en la fila del almuerzo y a mí se me cayó el cuchillito plástico que se utiliza para comer y de inmediato un señor... él se me acercó y me agarró por la mano y me quitó la bandeja de la mano y me llevó enseguida para la cama...me estaba acomodando porque me va a amarrar las manos mías en las partes superiores de la cama y yo pensé que nada más me iba a amarrar las manos, cuando de repente yo tenía las manos apreta' :::, como negra, y de repente yo me di cuenta que empezó a amarrar también los pies (J.R, 1. 5).

Todo lo anterior, demuestra que la coerción, además de emplearse para salvaguardar la integridad del paciente y de terceros en situaciones críticas, es utilizada de forma deliberada. Es decir, su aplicación queda sujeta al criterio del personal terapéutico y, en casos muy excepcionales, obedece a una orden directa del psiquiatra.

7.4.2 Coerción

Tal como se definió en apartados anteriores, la coerción es la acción que se ejerce para forzar, limitar o controlar, en este caso, la conducta de un paciente. En el contexto psiquiátrico, la coerción, implica restricciones a la autonomía del paciente, bajo el argumento de garantizar su seguridad y la de otros. Esta puede ser física, farmacológica y también psicológica. En esta

categoría, los fragmentos que se presentan a continuación, muestran los diversos métodos a los que fueron sometidos los participantes de este estudio.

Una de las medidas más utilizada según los participantes, es la sujeción mecánica, que puede ser ejercida con medias que sujetan las extremidades, con camisas de fuerza o aplicando llaves y haciendo presión en la tráquea para someter el paciente a través de la pérdida de conciencia, tal como lo narra cada uno de los participantes.

L.C expresa,

Allá me cogieron y-y me amarraron... (L.C, 1. 5).

Me cogieron a la fuerza, (0.4) me cogieron, (0.4) me llevaron a la cama, (0.4) me amarraron (L.C, 1. 33).

El participante J.R comenta,

...cogieron unas medias veladas y me amarraron las manos con las medias veladas y me amarraron las piernas con unas medias veladas de una manera tan violenta (J.R, 1. 21).

Y corrobora con más detalle la experiencia que para él tuvo mayor trascendencia,

Sin duda alguna, la que ya le había comentado al comienzo de la entrevista, que era la que se había realizado con unas medias veladas de esas mujeres, me colocaron una media velada en cada una de las extremidades, o sea, en las superiores y en las inferiores. Me amarraron a los pierneros y a los braceros de la cama, que eran de acero (J.R, 2. 23).

Al igual que los otros participantes, C.A refiere,

...me desperté amarrado con unas medias veladas, tanto en los dos brazos, como en las dos piernas (C.A, 2. 62).

Mientras que a la participante A.O, se le contuvo con camisa de fuerza, como detalla a continuación,

Ellos me agarraron y eran varios porque no podían conmigo, porque yo no me dejaba poner la bata, ellos me agarraron fuerte y me tenían durísimo las manos para poder que yo me, me la dejara poner... Yo no me iba dejar, pero vinieron a darme varios y me doblaron las manos hacia atrás así ((Muestra la manera en que lo hicieron)) hasta que me pudieron ponerme la bata, porque yo no me la dejaba poner... (A.O, 2. 29).

Otra de las medidas usadas con los participantes, fue lo que ellos denominaban “encuellar”, el participante L.C mostró rechazo ante esto, al punto de repetir lo mismo de diferentes maneras a lo largo de las entrevistas, y esto se evidencia en los siguientes fragmentos,

... lo van encuellando enseguida, lo lleva para allá para la cama y lo amarran (L.C, 2. 23).

...nooo me gustó tampoco que me hubiera agarrado por el cuello y darme la frase que me hubiera matado (L.C, 2. 29).

...Y se acercó a la estaba yo::: y-y me cogió aquí así, (0.4) por la manzana, (0.4) y-y me la apretó y-y me dijo que a la próxima te mato (L.C, 1. 13).

...me cogió aquí me apretó la manzana aquí duro y-y me metió la uña y-y me enterró duro la uña aquí en el cuello y-y me dijo a la próxima te cojo y-y te mato.

En dichos fragmentos también se evidencia el maltrato o coerción psicológica en contra del participante por parte de los enfermeros.

Por otro lado, el participante C.A, expresa,

...de repente sentí que me agarraban del cuello. Perdí el conocimiento. (C.A, 3. 4).

Es importante resaltar, que en cada una de las entrevistas con los participantes, al momento de hablar acerca de la coerción, el común denominador era una actitud de estrés que se podía percibir en su expresión corporal.

7.4.3 Reacciones frente a la coerción

Las reacciones que el paciente tiene frente a la coerción resultan de una mezcla de sentimientos y emociones que en ese momento los invade. El miedo, la rabia, la angustia y hasta la impotencia de no poder hacer nada al respecto. Como se evidencia en la respuesta del participante C.A ante la pregunta “¿Qué sentías mientras estabas siendo amarrado?” *...impotencia (C.A, 2. 62)*. O en la experiencia del participante L.C, quien mientras estaba siendo coaccionado:

...y lo que hacía era ahí gritar y-y gritar y-y gritar (L.C, 1. 33).

Así mismo, C.A y J.R también hablaron acerca de su reacción frente a ese momento:

...lloré, lloré, lloré (C.A, 2. 62).

...una rabia que yo no puedo desfogar (J.R, 2. 21).

En tal sentido, la multiplicidad de reacciones que los pacientes tienen frente a el hecho de estar siendo coaccionados, revela, no solo el impacto subjetivo de esta práctica, sino también de la vulnerabilidad que ello les genera.

7.4.4 Reflexiones posteriores a la coerción

La coerción en su multidimensionalidad, posee un factor subjetivo que emerge a manera de reflexiones posteriores a la vivencia, que dejan ver la forma en que los pacientes perciben el

hecho de haber sido coercionados y como esto permea en: su personalidad, forma de pensar, entre otras esferas que se exploraran a continuación.

Uno de las primeras reflexiones que emergen tienen que ver con el hecho de estar hospitalizados y si esto les beneficiará en su proceso como lo expresa J.R., dejando ver la coerción como causa de agudización del padecimiento en lugar de terapéutico:

...entonces no vamos a salir curados, sino que vamos a salir de pronto como que más enojados (J.R, 1. 25).

El participante C.A, acerca de la decisión de hospitalización voluntaria, piensa que fue errática y se cuestiona al punto de arrepentirse y menciona al respecto:

...entonces yo para qué me vine para acá... (C.A, 1. 51).

...había cometido una equivocación...(C.A, 1. 59).

¿yo qué hago aquí?, ¿yo por qué estoy?, ¿por qué razón se me ocurrió esta locura?(C.A, 1. 63).

¡yo estoy en el infierno! (C.A, 1. 63).

Lo expresado anteriormente, da lugar a una nueva reflexión, las ganas de abandonar el tratamiento.

... porque de ahí fue que yo dije: “no, sáquenme de aquí, no me gustó” (A.O, 3. 21).

Este fragmento confirma que debido a la coerción a la que fue sometida ya no quería dar continuidad al tratamiento, sino que por el contrario quería abandonar la hospitalización.

C.A, por su parte expresa la motivación por adherirse al tratamiento se esfumó y emerge un desespero por salir del hospital: *...ya la sensación de querer hacer algo positivo cambió a las ganas de salir (C.A, 2. 7).*

7.4.5 Efectos físicos de la coerción

Dentro de la hospitalización psiquiátrica, la coerción se puede presentar en varias modalidades: física, farmacológica, verbal o simbólica. La coerción física implica el uso de sujeciones mecánicas, como correas o dispositivos especiales, que restringen el movimiento del paciente. Así lo narraron los participantes:

...me agarraban fuerte, yo sentía las manos (A.O, 2. 12).

...Yo no me iba dejar, pero vinieron a darme varios y me doblaron las manos hacia atrás así ((Muestra la manera en que lo hicieron)) (A.O, 2. 29).

...cuando de repente yo tenía las manos apretadas:::, como negra (J.R, 1. 5).

...cuando te cogen y te aprietan aquí en el cuello la mano gruesa, te quitan los signos para el cerebro tú te desmayas, tu caes al piso, o sea, tú quedas como un pedazo de papel, como una caja de cartón (J.R, 1. 27).

En consecuencia, su práctica puede generar lesiones físicas, como hematomas, escoriaciones cutáneas, dolor muscular, contracturas e incluso riesgos mayores como problemas circulatorios o dificultad respiratoria, especialmente cuando la sujeción se aplica de forma prolongada o inadecuada. En contraste con lo anterior, algunos de los efectos físicos generados en los participantes a partir del uso de la coerción fueron:

...me la quitaron y yo no podía con el dolor en los brazos cuando me cogieron a la fuerza así para ponerme esa vaina (A.O, 2. 35).

...y yo me sentía mal con esa bata yo no respiraba bien con esa bata (A.O, 2. 8).

...primero que todo, no me podía mover y segundo, se empezaron a poner negras las extremidades ya:: (0.7) podía haber peligro de necrosis ahí. Se te mueren las manos, se te mueren los pies, así de sencillo (J.R, 1. 21).

...la presión era tan grande de que yo estaba perdiendo la capacidad de respirar (C.A, 2. 62).

...Me quedaban las manos cansadas, (0.4) me quedaban como::: un rato, (0.4) como::: media hora, (0.4) cansado y-y todo eso (L.C, 1. 31).

Estas consecuencias físicas pueden requerir atención médica adicional y, en algunos casos, dejar secuelas duraderas.

7.4.6 Trauma derivado de la coerción

Los relatos de los participantes evidencian que las experiencias coercitivas vividas durante la hospitalización psiquiátrica no solo dejaron huellas emocionales inmediatas, sino que también derivaron en secuelas traumáticas persistentes. Dichas experiencias, lejos de ser episódicas o circunstanciales, se grabaron en la memoria de quienes las vivieron como momentos determinantes y profundamente dolorosos.

El testimonio de un participante que recuerda haber sido "noqueado" por los guardias da cuenta del impacto físico y simbólico de la coerción. Asociar a los guardias con ese evento sugiere

la instauración de un vínculo traumático con la figura del cuidador o autoridad, marcada por el miedo y la violencia:

...yo pienso en guardias porque me recuerdan lo de la noqueada (C.A, 2. 40).

Esta vivencia no fue un hecho aislado ni fácilmente superado, sino un punto de inflexión existencial:

...yo en realidad sí sentí algo totalmente diferente después de que me noquearon. Mi vida no volvió a ser la misma (C.A, 2. 74).

Otros eventos también se convirtieron en detonantes de un estado emocional alterado. Por ejemplo, el acto de colocarle una bata institucional a un paciente fue interpretado como el inicio de una despersonalización dolorosa:

...me cayó un desespero, que ya yo quería salir de ahí desde que me pusieron esa bata (A.O, 3. 19).

La bata, en tanto símbolo, operó como recordatorio de la pérdida de identidad y agencia.

El trauma adquiere una dimensión especialmente intensa cuando los participantes evocan estas vivencias con palabras cargadas de connotaciones graves. En un caso, el participante compara su experiencia con una agresión sexual:

...me sentí como si me hubieran violado. Físicamente no existió tal violación, pero fue mucho peor (C.A, 2. 90).

Aquí, la alusión no es literal, sino emocional: se trata de una violación psíquica, de una invasión del yo que permanece grabada en su memoria. Este tipo de desestructuración interna también se expresa en frases como:

...anulado, en cero. O sea, yo un cero de izquierda [...] está presente en mi mente, eso está::: constantemente ahí (C.A, 1. 49), en donde se evidencia una profunda pérdida de valor subjetivo y de sentido personal.

El trauma, además, generó efectos que se manifestaron incluso después del alta médica, como miedo persistente, hipervigilancia y rechazo a futuras hospitalizaciones:

...yo andaba como con un miedito, como una vaina, como que ¡ten cuidado con lo que hace!’’ (J.R, 1. 21), o yo no volvería a estar en un centro de rehabilitación: de carácter psiquiátrico porque::: no me va a traer nada positivo (C.A, 1. 95).

Estos testimonios dan cuenta de cómo las experiencias coercitivas no se limitan al espacio intrahospitalario, sino que continúan afectando la vida y las decisiones futuras de los pacientes.

En conjunto, los relatos revelan cómo ciertos actos institucionales (amarrar, noquear, uniformar) pueden ser percibidos como eventos traumáticos que sobrepasan los límites del cuerpo y alcanzan una dimensión simbólica devastadora. Como lo expresa con contundencia uno de los participantes:

...hay una en especial que me marcó. Fue el día que me noquearon (C.A, 3. 4), o ese día yo perdí toda esperanza (C.A, 3. 16).

La carga emocional asociada a estas vivencias no ha sido olvidada:

...es algo que nooo lo olvido (L.C, 2. 29), lo cual refuerza la necesidad de repensar las prácticas coercitivas desde una perspectiva ética, terapéutica y profundamente humana.

7.4.7 Efectos del trauma derivado de la coerción en la cotidianidad

El trauma derivado de la coerción experimentada en la hospitalización psiquiátrica, no sólo agudiza los síntomas del diagnóstico motivo de internación o se convierte en un obstáculo frente a la adherencia al tratamiento y estancia del paciente en el centro de internación, sino que también se extiende a su vida cotidiana posterior a la experiencia de hospitalización. Así lo describió el participante C.A:

...pero yo en realidad sí sentí algo totalmente diferente después de que, después de que me noquearon. Mi vida no volvió a ser la misma (C.A, 2. 74). No hago empatía con nadie, porque yo veo al enfermero noqueador por todas partes. Puede que de pronto le resulté bastante llamativo esa premisa mía, pero es una manera de yo expresar qué tan profundo llegó a ser esa sensación de dolor y de violación que fue lo que yo sentí (C.A, 2. 76). ...ya han pasado seis años de eso y yo todavía siento eso como si fuera ayer (C.A 2. 96).

Por su parte, la participante A.O, frente al interrogante: ¿Quiere decir que, tras haber sido dada de alta, o sea, que la hubiesen sacado de ahí, de donde usted estaba hospitalizada, aún después de haber transcurrido el tiempo, ese evento sigue teniendo cierta incidencia, sigue teniendo cierta afectación en su vida cotidiana?, respondió contundentemente:

Claro, sí (A.O, 3. 17).

Confirmando que, aunque ha pasado el tiempo, esa experiencia de hospitalización y, en especial el trauma derivado de la coacción sigue teniendo resonancia en su vida actual.

Estas confesiones, no solo permiten ver la profundidad del trauma generado a través de dichas prácticas, sino también la manera en que sus efectos se prolongan en el tiempo, afectando la percepción del paciente sobre sí mismo y su entorno, generando en algunos casos miedo a una nueva hospitalización, desconfianza hacia el personal clínico o rechazo a continuar con procesos terapéuticos posteriores.

7.4.8 Consecuencias de la coerción en las relaciones sociales

Los efectos de la coerción pos hospitalización, así como se hacen presentes en la cotidianidad de paciente, también se extienden a las relaciones sociales. El paciente C.A, narra la manera en que su capacidad para socializar se vio afectada producto del trauma derivado de la coerción que vivenció durante su hospitalización psiquiátrica:

Antes, aunque tenía mis problemas, era más sociable. Ahora no. Me cuesta establecer vínculos (C.A, 3. 10)... porque después de la hospitalización se agravó la vaina (C.A, 1. 75).

Estas palabras reflejan cómo la experiencia coercitiva no solo dejó una huella emocional profunda, sino que también erosionó aspectos fundamentales de su identidad y su interacción con el entorno, generando un aislamiento que persiste más allá del alta médica.

7.4.9 La coerción y sus efectos en el tratamiento

En el contexto de la internación psiquiátrica, los traumas derivados de la coerción también repercuten en la adherencia y efectos del tratamiento. A partir de lo narrado por los participantes, dicha premisa se hace veras, ya que varios relataron la manera en que la experiencia de coerción afectó negativamente su disposición a colaborar con el personal terapéutico, sus ganas de querer continuar con el tratamiento e incluso de continuar en el centro psiquiátrico:

Cuando me pusieron esa bata, ya yo me quedé mal. Me cayó un desespero, que ya yo quería salir de ahí desde que me pusieron esa bata (A.O, 3. 19)... Que si no me la habían puesto, yo había seguido, porque no había habido violencia. Como me cogieron, yo cogí como un miedo (A.O, 3. 27).

Según lo relatado, la experiencia coerción a la que fue sometida la desestabilizó al punto de concluir que desde ese momento quedó mal y que su desespero por salir del centro de hospitalización se incrementó de manera significativa.

El participante, J.R, por su parte, frente a la pregunta *¿Qué efectos generó el hecho de haber sido coaccionado en tu tratamiento?*, respondió:

...ocasionó un efecto rebote (J.R, 2. 19).

Dejando ver que las medidas coercitivas actúan como una barrera que dificulta la adherencia al tratamiento. Así mismo el participante C.A, luego de enfrentarse a la experiencia de coerción, se cuestionaba de la siguiente manera:

¿yo qué hago aquí?, ¿yo por qué estoy?, ¿por qué razón se me ocurrió esta locura? (C.A, 1. 63). Y expresó también:

ya dejó de interesarme si me mejoraba o me empeoraba o si el psiquiatra me valoraba bien o si el psicólogo me valoraba bien. O sea, ya dejó de importarme todo eso. Yo simplemente me levantaba a comer, a bañarme y el resto del día me la pasaba en la cama. O sea, aprendí, (0.3) aprendí a estar preso (C.A, 1. 48) ya la sensación de querer hacer algo positivo cambió a las ganas de salir (C.A, 2. 7)... Ya tú te dañas tu tratamiento inmediatamente, ya tú te vuelves enemigo de una vez enseguida de las personas que te quieren ver, entre comillas, bien, que son el psiquiatra, la psicóloga y los terapeutas de grupo (C.A, 2. 21).

Este testimonio evidencia cómo la experiencia de coerción no solo generó un profundo malestar emocional, sino que también produjo un quiebre en la motivación del paciente frente a su proceso terapéutico, transformando el sentido de la hospitalización en una vivencia punitiva más que rehabilitadora. La pérdida de interés por el tratamiento y la reducción de sus acciones al mero cumplimiento de rutinas básicas reflejan el impacto que este tipo de intervenciones puede tener sobre el compromiso, la autonomía y el bienestar psíquico de los pacientes.

7.4.10 Significados atribuidos a la coerción

Los participantes atribuyeron a las experiencias coercitivas significados intensamente negativos, asociados con el dolor emocional, la pérdida de dignidad y un quiebre en su integridad personal. La coerción fue vivida no solo como una técnica terapéutica impuesta, sino como un acto profundamente violento, invasivo y destructivo desde el punto de vista subjetivo.

Uno de los participantes calificó directamente la medida como “cruel”, señalando así, no solo el impacto que tuvo en su experiencia emocional, sino también el juicio ético que le atribuía a la forma en que fue tratado:

...creo que ese método me parece, para ser honesto, la palabra que se me ocurre es, cruel (J.R, 2. 23).

Esta percepción se ve reforzada por otros testimonios que describen la coerción como una vivencia traumática y deshumanizante, que dejó huellas psíquicas profundas. En palabras de otro participante:

Fue una experiencia traumática y profundamente deshumanizante (C.A, 3. 24).

Más allá del impacto momentáneo, algunos entrevistados expresaron que la coerción representó una forma de violencia que los fracturó emocionalmente, generando una transformación negativa en su percepción de sí mismos y de su historia vital:

Fue una violencia que me dejó roto (C.A, 3. 16); yo en realidad sí sentí algo totalmente diferente después de que me noquearon. Mi vida no volvió a ser la misma (C.A, 2. 74).

Estos fragmentos dan cuenta de que la coerción no fue experimentada como un evento aislado, sino como un punto de inflexión en sus trayectorias personales y en su vivencia del mundo.

Desde lo psicológico, la vivencia fue descrita como un atropello, una invasión al espacio interno que excedió cualquier propósito terapéutico y que, en su lugar, generó daño:

...pero desde el punto de vista psicológico, fue como un atropello para mí (C.A, 1. 59).

En este sentido, la coerción adquirió un significado ligado a la vulneración, más que a la contención, y a la imposición, más que al cuidado.

Estos relatos permiten comprender que los significados atribuidos a la coerción no solo están atravesados por el contexto hospitalario, sino que se inscriben en la memoria del sujeto como eventos que alteran su subjetividad, muchas veces dejando secuelas emocionales que persisten más allá de la hospitalización.

7.4.11 Coerción a terceros

Presenciar el momento en que otros pacientes están siendo coaccionados, es otra de las vivencias que se suman a la experiencia de hospitalización psiquiátrica y que por supuesto, tienen un impacto en los pacientes que logra verse reflejado en su conducta, en la adherencia tratamiento

e incluso en las ganas de permanecer en el centro de hospitalización. En contraste con lo anterior, el participante J.R, expuso:

...realmente vi muchos malos tratos hacia otras personas y creo que fue una de las razones por las cuales yo abandoné el tratamiento, porque yo tenía programado el tratamiento para 21 días, como todas partes, como en todos lados y yo duré nada más, fueron 12 días (J.R, 1. 33).

Esa confesión permite apreciar que la coerción, aun cuando es efectuada en terceros, tiene un impacto en los pacientes que la presencian, impacto que se traduce en apatía a la hospitalización psiquiátrica ampliamente dicha, ello, sin mencionar los posibles traumas que se derivan. A propósito, J.R menciona:

en un punto que era posible que me sucediera, además de que yo me sentía con el pánico y eso me hace sentir mal (J.R, 1. 13).

Confirmando que el hecho de presenciar el momento en que otro paciente fue coaccionado genera un impacto, que en el caso de J.R, se tradujo en temor y pánico a que en algún momento le pudiera suceder a él.

La participante A.O, profundiza un poco más al respecto diciendo:

Y yo veía eso. Y yo sentía miedo y decía: “así como están haciendo con ellos, me pueden hacer a mí”. (A.O, 3. 43).

En definitiva, queda demostrado que la coerción aunque no sea ejercida directamente en el paciente, genera un impacto que conduce a la inhaderencia la tratamiento, a la aparición de emociones y sentimientos que, en lugar de potenciar la mejoría de este, agudizan sus síntomas y lo llevan a abandonar el tratamiento.

7.4.12 Alternativas a la coerción

Los traumas, las emociones, sentimientos, repercusiones físicas y demás efectos que produce la coerción en los pacientes, evocan la reflexión sobre el uso de dichas medidas dentro del ejercicio terapéutico intrahospitalario. El participante J.R, durante la segunda entrevista reflexionaba respecto de toda su experiencia frente a los métodos coercitivos y también sobre aquellos que presencié durante su estancia en el centro de hospitalización, llegando a la siguiente conclusión:

Yo pienso que la coerción bien utilizada, sería una coerción de tipo psicológica, basándose en la literatura de la historia crítica del paciente. O sea, me refiero a una coerción inteligente. Una coerción que suprima, una coerción que inhiba una cosa, un deseo del paciente, una coerción que no sea agresiva, que simplemente limite (J.R, 2. 31).

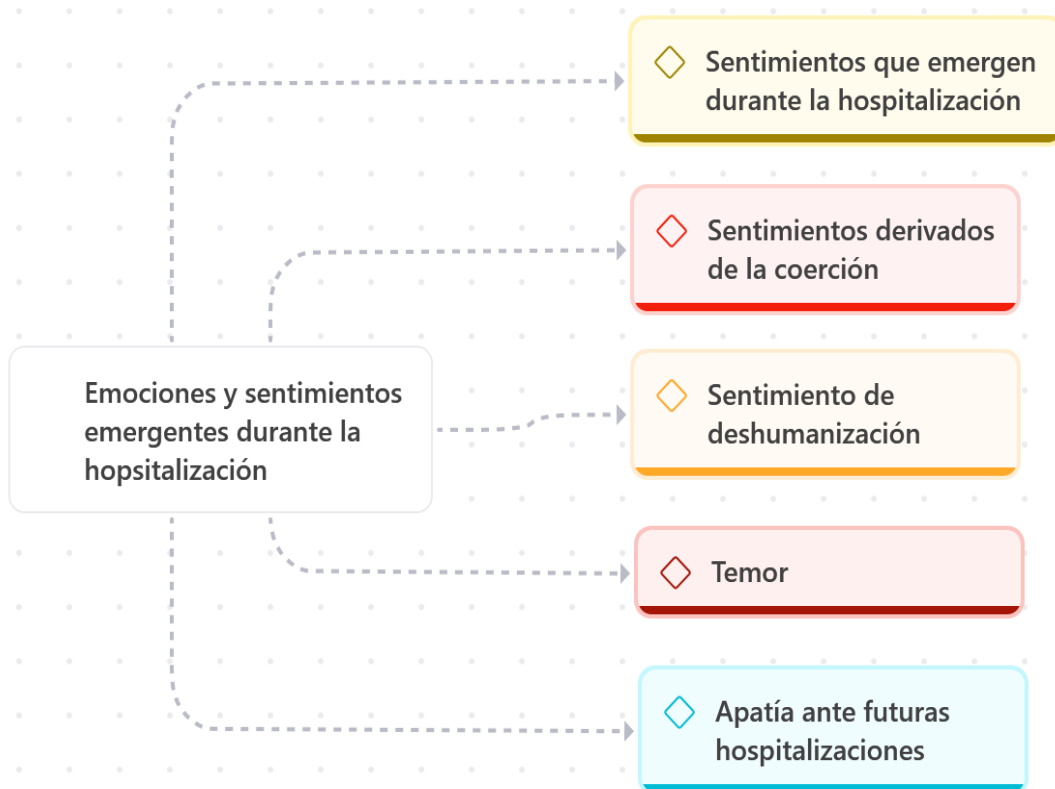
Y frente a la pregunta: Que no sea física, ni sea química, sino que se base más que todo, de pronto, en el quitar un beneficio ¿a eso te refieres?, continuó diciendo:

Sí, yo me refiero al hecho de una recompensa, una recompensa o un beneficio, una recompensa o un beneficio, creo que establecería una relación más sana, porque no estaría de por medio ninguna cosa, sería una cosa totalmente neutral porque ni mi terapeuta me tiene entregar nada, ni yo le tengo que entregar nada a él, solamente tenemos que comportarnos de la manera adecuada y entonces así va a ocurrir, en mi opinión, mucho mejor el tratamiento (J.R, 2. 33).

A partir de lo anterior, pensar en la utilización de medidas que no involucren el uso de la fuerza física, que no desdibujen la dignidad del paciente, que no evoquen emociones y sentimientos que potencien la agudización de los síntomas, la no adherencia y abandono del tratamiento, medidas que no tengan en cuenta la humanidad del paciente y lo reduzcan a ser quien

recibe un tratamiento al que es ajeno, sería pensar en una hospitalización psiquiátrica encaminada a la recuperación y rehabilitación del paciente, una hospitalización psiquiátrica humana.

Imagen 6:
Red semántica 5



7.5 Emociones y sentimientos emergentes durante la hospitalización

La complejidad de la experiencia de hospitalización psiquiátrica también se traduce en los sentimientos y emociones que de ella derivan. Desde los momentos previos a la hospitalización, la hospitalización y todas las circunstancias que la rodean, se generan sentimientos y emociones en los pacientes y estos a su vez, se convierten en factores que, en algunos casos contribuyen en la adherencia al tratamiento y en la rehabilitación del paciente y, en otros casos obstaculizan la adherencia al tratamiento y, por ende, la recuperación del paciente. Sobre las emociones, los sentimientos y sus repercusiones, se profundizará a continuación.

7.5.1 Sentimientos que emergen durante la hospitalización

Durante la hospitalización psiquiátrica, los pacientes atraviesan una gama de sentimientos intensos que marcan profundamente su vivencia del proceso terapéutico. Estos sentimientos no solo se relacionan con la sintomatología que los llevó a la internación, sino también con las condiciones mismas de la hospitalización, los entornos cerrados y las dinámicas institucionales.

En algunos casos, como lo expresa el participante C.A, la experiencia inicial confronta fuertemente las expectativas personales, generando una sensación de desestabilización emocional:

Pero cuando yo llegué y empecé a formar parte del grupo y todo eso, todo lo que yo había previsto todo se me vino al piso (C.A, 2. 5).

Este tipo de quiebre evidencia una pérdida de control sobre la situación y una ruptura con la idea previa que se tenía del tratamiento, lo cual puede despertar sentimientos de incertidumbre, frustración y decepción.

Por otro lado, también emerge con fuerza el sentimiento de encierro y pérdida de libertad, que en algunos casos es internalizado como una forma de autoencarcelamiento, tal como lo menciona el mismo participante:

ya no podía hacer nada, porque ya estaba ya dentro encerrado, pero yo dije ya yo mismo me metí preso (C.A, 1. 57).

Esta vivencia de clausura voluntaria pero dolorosa, remite a una tensión interna entre el deseo de mejorar y la percepción de haber renunciado a la autonomía.

En otros relatos, como el de A.O, se evidencia un sentimiento persistente de rechazo al entorno hospitalario, acompañado de una necesidad urgente de huida:

Por eso yo no quería, y se me metió que yo quería salir de ese lugar (A.O, 3. 43).

Este deseo de escapar refleja un malestar emocional profundo, posiblemente asociado al ambiente del hospital, a las dinámicas coercitivas o a la imposibilidad de comprender plenamente el porqué de la hospitalización.

Estos testimonios permiten comprender que los sentimientos emergentes durante la hospitalización no son simples reacciones momentáneas, sino componentes centrales de la vivencia del tratamiento. La desilusión, el encierro y el deseo de salir se configuran como afectos que atraviesan la experiencia del paciente, influyendo directamente en la manera en que se relacionan con el proceso terapéutico y con su propia recuperación.

7.5.2 Sentimientos derivados de la coerción

Tal como se abordó en el tema anterior, dentro de la hospitalización psiquiátrica emergen un sinfín de sentimientos que derivan de vivencias, situaciones y la hospitalización misma. Ahora bien, dentro de tantos sentimientos que emergen en dicha experiencia, la coerción, en la multiplicidad de efectos que produce en los pacientes, se enmarca como una de las causas generadoras de sentimientos que actúan como motivos que impiden el fin mismo de la internación psiquiátrica: la rehabilitación del paciente.

La experiencia de coerción vivida por el participante C.A, le produjo sentimientos de pérdida de una parte de sí mismo que, en sus palabras, algo que jamás volverá a tener:

Me sentí ultrajado, violado en lo más profundo de lo que soy. Era como si me hubieran arrancado algo y no me lo fueran a devolver nunca (C.A, 3. 18). Desde ese día, siento que perdí algo de mí (C.A, 3. 6).

También experimentó sentimientos de desesperanza e impotencia:

Pero me di cuenta también de que ya no podía hacer nada, porque ya estaba ya dentro encerrado, pero yo dije ya yo mismo me metí preso (C.A, 1. 57).

Así mismo la participante A.O, narra que llegó a experimentar sentimientos tan profundos que sintió deseos de morir:

Hay veces se me metía en la mente. Le decía al Señor: “para estar sufriendo... (0.2)” A veces hasta le pedía perdón a Dios porque yo decía que mejor quería morirme. Pero el Señor todavía no...(0.5) Yo le decía al Señor: “llévame”. Yo misma en la mente (A.O, 3. 8).

A la luz de las experiencias narradas por los participantes, es posible determinar que los efectos de la coerción realmente se posesionan como causales principales del fracaso del tratamiento intrahospitalario y peor aún, del abandono del mismo.

7.5.3 Sentimiento de deshumanización

Uno de los hallazgos más significativos de esta investigación es la profunda vivencia de deshumanización que experimentaron los participantes durante su proceso de hospitalización psiquiátrica. Esta percepción no se limita únicamente a sentirse maltratados o incomprendidos, sino que toca dimensiones existenciales fundamentales, donde la propia identidad y dignidad como seres humanos se ven erosionadas por las prácticas coercitivas y el trato institucional.

Varios de los testimonios aluden a la pérdida o violación de la propia humanidad, como lo expresa un participante al afirmar:

Sentí que mi humanidad había sido violada (C.A, 3. 4).

Este tipo de expresión revela no solo un malestar psicológico, sino un sentimiento profundo de transgresión ontológica: algo esencial ha sido dañado. En esa misma línea, otros participantes manifestaron sentirse *invisibles*, *innecesarios* o como si *su dolor no importara* (C.A, 3. 4), dejando entrever un sistema de atención que, más allá de no escuchar, niega y borra subjetividades.

La deshumanización también se expresa como una transformación simbólica del estatus de persona hacia una figura degradada o cosificada. El acto mismo de ingresar a una institución fue vivido como una renuncia forzada a la propia condición humana:

...yo firmo la entrada a un centro de rehabilitación y ya dejo de ser humano (C.A, 2. 96), cuando usted entra allí, deja de ser una persona (C.A, 3. 12).

Estas afirmaciones ponen en evidencia que la institucionalización psiquiátrica, lejos de ser percibida como un espacio de cuidado, fue vivida por los participantes como un dispositivo de exclusión, donde el reconocimiento como sujeto se desvanece.

La metáfora animal aparece recurrentemente para describir cómo fueron tratados durante su estancia, lo cual refuerza la idea de pérdida total de agencia y valor.:

Terminé siendo tratado como un animal (C.A, 3. 6), me sentí como un animalito (C.A, 2. 94), o amarrada como a un animal... que está muy furioso (A.O, 3. 29).

Son expresiones que simbolizan un descenso a un estado donde ya no se les reconoce como seres racionales, ni como personas merecedoras de respeto. Esta vivencia de animalización es, en

muchos casos, acompañada por la imposición física (como la sujeción mecánica) y decisiones arbitrarias, que acentúan la pérdida de control sobre sí mismos y su destino.

Otros participantes describen experiencias de cosificación o instrumentalización, donde se sintieron convertidos en:

muñecos (C.A, 2. 40), *fichas* (J.R, 2. 7) o simples objetos sobre los cuales se actúa sin consideración: *esa persona está haciendo conmigo lo que le da la gana* (J.R, 1. 29).

La despersonalización aquí se manifiesta no solo como un fenómeno psicológico, sino como resultado directo de la relación asimétrica y desprovista de diálogo que se establece con el personal tratante.

En conjunto, estos relatos dan cuenta de un proceso de deshumanización sistemática, donde los sujetos son despojados no solo de su libertad o autonomía, sino también del reconocimiento de su valor intrínseco como personas. La coerción, lejos de limitarse a una acción puntual, configura una experiencia integral de vulneración simbólica y emocional, donde los participantes no solo sufren, sino que sienten que dejan de ser.

7.5.4 Temor

Dentro de la hospitalización psiquiátrica, el temor emerge como una de las emociones más intensas y recurrentes entre los pacientes:

...yo andaba con el miedo de que el enfermero me fuera a ahorcar (J.R, 1. 9).

Y yo sentía miedo y decía: “así como están haciendo con ellos, me pueden hacer a mí” (A.O, 3. 43).

...yo estaba siempre con el temor (C.A, 1. 85)

Esta emoción no surge de manera aislada, sino como respuesta directa a las vivencias que el paciente experimenta previas a la internación y al interior del centro de hospitalización, tales como: el ingreso forzado, la pérdida de control sobre sí mismo y decisiones, el trato del personal terapéutico, la presencia de otros pacientes en crisis o el desconocimiento de lo que va a suceder, la coerción experimentada en carne propia y asistida en terceros, entre otros factores.

Este miedo profundo tiene consecuencias significativas sobre el curso del tratamiento y afecta la adherencia del paciente al mismo, lo que deriva en la intensificación de los síntomas clínicos que generaron su hospitalización, e incluso provoca deseos o intentos de abandonar la internación antes de tiempo. En este sentido, el temor no solo es un reflejo del malestar emocional que atraviesan muchos pacientes durante su estancia, sino también un factor que incide directamente en la efectividad del proceso terapéutico y, por ende, en su rehabilitación psiquiátrica.

7.5.5 Apatía ante futuras hospitalizaciones

Una de las resultantes ante de los efectos que produce la coerción, es la apatía a futuras hospitalizaciones. Por decirlo en palabras del participante C.A:

Quiero dejar claro que me aterra la idea de volver a estar en un sitio de rehabilitación (C.A, 2. 64).

...yo me sentía fuera del lugar y yo dije: yo no vuelvo a estar aquí más nunca (C.A, 1. 73).

Esta apatía frente al tratamiento psiquiátrico intrahospitalario permite dimensionar cuan impactante resulta ser la experiencia de coerción para los pacientes. Denota, además, que los efectos no solo se traducen en sentimientos, emociones o la nula adherencia al tratamiento, sino que trascienden a un límite superior.

8. Discusión

Comprender la experiencia de coerción vivenciada dentro de la hospitalización psiquiátrica ha sido el objetivo dentro del cual se ha enmarcado el presente estudio. En este apartado, se resumirán los hallazgos obtenidos para posteriormente contrastarlos con estudios previos y la literatura existente. Adicionalmente se hablará respecto de las limitaciones identificadas al llevar a cabo el estudio, como también los aportes teóricos y los que éste hace a la práctica clínica. Por último, se esbozarán direcciones para líneas futuras de investigación.

Los resultados obtenidos, permiten afirmar que los métodos de coerción constituyen un factor negativo que se ha configurado en el tratamiento intrahospitalario y que sus efectos se enmarcan en el fracaso del tratamiento psiquiátrico. Cada uno de los participantes, en la narración de su experiencia enfatizó en el impacto negativo que tuvo el hecho de haber sido coaccionado durante su hospitalización psiquiátrica. El impacto derivado de la coerción, que a la luz de los resultados puede denominarse multidimensional, no solo se reflejó en aspectos relacionados con el tratamiento intrahospitalario, sino que también se tradujo en traumas que posterior a la hospitalización se siguen haciendo presentes en su cotidianidad y hasta en la manera en que estos establecen sus relaciones interpersonales.

Por otra parte, la complejidad de la hospitalización psiquiátrica se vio manifestada en la diversidad de sentimientos, los cuales, pueden clasificarse atendiendo a tres momentos de la hospitalización: Antes, durante y después. La mayoría de los participantes, antes de la hospitalización experimentaban sentimientos de esperanza y entusiasmo para con el tratamiento intrahospitalario que iniciarían, sin embargo, una vez iniciada la hospitalización psiquiátrica, la mera impresión visual del ambiente y de los que lo integran, acababa con los sentimientos iniciales, a ello se le sumaban los sentimientos derivados de la experiencia de coerción y demás experiencias

negativas vividas durante la estancia en el centro psiquiátrico. Por último, los sentimientos, que debido a lo traumático de la experiencia que lo originó, aún se encuentran presentes en su vida.

La hospitalización psiquiátrica, y en especial la coerción aplicada dentro de la misma tienen un significado para cada uno de los participantes. A lo largo de las entrevistas, cada participante permitía apreciar el significado que este le había asignado a dicha experiencia de hospitalización, pero, sobre todo, fueron más impactantes los significados atribuidos a la experiencia de haber sido coaccionado y la manera en que esta experiencia había traducido en su vida, en las consecuencias que había generado, en lo que les había quitado, en lo que uno de los participantes denominó: *“la pérdida de una parte de mí que jamás volveré a tener”*.

8.1 Contextos previos a la hospitalización

La hospitalización psiquiátrica, como se ha mencionado a lo largo de este estudio, posee diferentes factores que tienen incidencia en distintos momentos de esta. Los resultados muestran que antes de ser hospitalizados, los participantes traían expectativas referentes a lo que sería el internamiento, algunos como un escape, un descanso y otros como un alivio al sufrimiento generado por la patología. Otra de las expectativas que tuvieron en común algunos de los sujetos, fue el proporcionar tranquilidad a sus familiares o redes de apoyo a través del acto de hospitalización voluntaria. No obstante, el haber sido sometidos a medidas coercitivas durante la estancia en la institución, reveló una nueva realidad con la que emergieron sentimientos de desagrado, apatía y aversión, lo que se tradujo en la nula adherencia al tratamiento y el deterioro de la relación entre el personal tratante y el paciente.

Estudios anteriores, como los de Castro y Palacios (2024), que estudian la percepción de la experiencia de coerción en la hospitalización y sus representaciones sociales, corroboran las premisas resultantes de esta investigación y plantea la aparición de sentimientos de rechazo,

angustia, miedo, deserción y además tal como lo detalla Aguilera (2018), sentimientos de abandono y trato inhumano.

Es tras emerger estas subjetividades, que cobran mayor trascendencia la presencia de las redes de apoyo, ya que la visita de los familiares se torna en una esperanza en medio de la hospitalización (Casanova et al., 2014), lo que, a voz de algunos participantes, era un encierro o una cárcel.

Otro factor asociado a esta categoría son los significados de la espiritualidad, los cuales representan una ambigüedad, puesto que, a pesar de que los pacientes lo perciben como un agente que funciona mitigando el sufrimiento en el tratamiento intrahospitalario, el personal tratante lo considera como un acto disruptivo. En acuerdo a lo expresado por los pacientes respecto a la espiritualidad, estudios realizados por Mato (2020), confirman que la práctica de esta tiene un efecto eutímico que proporciona beneficios a la salud mental.

8.2 Tratamiento intrahospitalario: Aspectos positivos y negativos

El objetivo central de la hospitalización psiquiátrica es estabilizar y rehabilitar a los pacientes mediante un enfoque interdisciplinario. Sin embargo, atendiendo a los resultados, es posible afirmar que la hospitalización no siempre resulta en una mejoría sostenida, sino que, puede estar marcada por aspectos positivos o negativos, mismos que dependen de factores como el trato recibido, el ambiente institucional, la voluntariedad del ingreso y las medidas coercitivas aplicadas (Castrillón y Sánchez, 2019).

Partiendo de los resultados obtenidos, para el cien por ciento de los participantes el trato recibido por el personal terapéutico se constituía en la segunda razón (siendo la principal el sometimiento a medidas coercitivas) por la que la experiencia de hospitalización, en lugar de

cumplir con su objetivo, se convertía en un agente estresor que agudizaba los síntomas de su padecimiento. Al respecto Castro y Palacios (2023), coincidieron en que el trato y una comunicación asertiva por parte del personal terapéutico hacia el paciente se traduce en reducción del estrés y la ansiedad de estos.

Además de ello, los resultados señalan que ante las medidas coercitivas aplicadas emergen sentimientos de desesperanza, angustia y vulnerabilidad que no hacen más que actuar como una barrera que les impide adherirse al tratamiento. En consonancia con lo anterior, Aguilera (2018) tras realizar una investigación con el objetivo de evaluar el impacto de la experiencia de coerción en la hospitalización psiquiátrica, pudo concluir que los sentimientos expresados anteriormente emergen como efectos de la coerción y actúan en contraposición a la adherencia del paciente al tratamiento.

Por otra parte, aunque para el veinticinco por ciento de los participantes, el tratamiento recibido dentro de la hospitalización psiquiátrica surtió algún efecto positivo, son más los que expresaron haber salido igual o peor. En tal sentido, queda demostrado que la efectividad tratamiento intrahospitalario no depende únicamente de su pertinencia, sino que también depende de las condiciones del entorno en que este es aplicado.

8.3 Hospitalización psiquiátrica: Experiencia, entorno y personal terapéutico

La experiencia de hospitalización, dentro de esta categoría, explora la manera en que el participante percibe el entorno en la institución, los sentimientos que se derivan del trato de los profesionales tratantes, la manera en que son vulnerados sus derechos, que le anulen la posibilidad de adoptar un rol activo dentro de su tratamiento invisibilizando y silenciando su punto de vista y la dificultad de adaptarse por todo lo anterior.

Los participantes percibieron el entorno hospitalario como un ambiente de control absoluto y vigilancia constante, comparado con una cárcel y dicho por ellos mismos, algo horrible. Muy de la mano con el entorno van las percepciones derivadas del trato del personal que hace parte del equipo encargado de su tratamiento, los sujetos de este estudio, especialmente respecto a los enfermeros, comentaron que son personas violentas y agresivas, al punto de despertar en ellos sentimientos de temor, maltrato y deshumanización. Estos hallazgos coinciden con los de Serrano et al, (2018), quien además menciona los valores y actitudes emergentes de las enfermeras especialistas en salud mental deberían articularse en la relación de ayuda, siendo la propia identidad enfermero el resultado de esa práctica y teniendo como principal característica la gestión integral del cuidado.

Un estudio realizado por Silva et al., (2023), respecto a la relación con los profesionales, cita que, ante la ausencia de cinco elementos que para ellos son esenciales para la construcción de relaciones positivas y no coercitivas, los pacientes pueden llegar a percibir a los miembros del equipo terapéutico como autoridades controladoras, abusivas y malévolas.

Los cinco elementos a los que hace alusión Silva, que son: empatía, información, la voz, el respeto y la confianza, no solo tienen que ver con la relación paciente- terapeuta, sino también en la inclusión del sujeto en el tratamiento, y evidentemente, en consonancia con lo anterior, los participantes de este estudio reconocen que el no ser tenidos en cuenta en su plan de tratamiento disminuye las posibilidades de mejorar. De la misma manera, Castro y Palacios (2024), acotan que lo que resulta de un trato restrictivo hacia los pacientes son emociones de deserción, exclusión y rechazo, lo cual empeora los resultados del tratamiento.

Todo lo anteriormente expuesto, pero en especial, la aplicación de medidas coercitivas al paciente puede asociarse a un acto punitivo que violenta los derechos más que a una herramienta terapéutica.

8.4 Experiencia de coerción: Complejidad multidimensional

La coerción, teniendo en cuenta los resultados, constituye el principal motivo por el cual fracasa el tratamiento psiquiátrico intrahospitalario (Inchauspe, 2019). Los efectos que derivan de la aplicación de estas medidas deben ser explorados de manera multidimensional.

La utilidad de estos métodos dentro de la hospitalización se justifica bajo la premisa de la garantía del bienestar del paciente y de las personas que le rodean, sin embargo, los participantes expresaron que su utilización se deja al criterio del personal terapéutico, por lo que cualquier motivo (aunque esta no comprometa la integridad del paciente y de los demás) puede derivar en la coacción. Lo anterior, le da relevancia al peligro ético del que hablan Vilchez y Vilchez (2018), mismo que se desarrolla a partir del uso de estos protocolos coercitivos.

El acto mismo de la coerción, desde la perspectiva de los participantes, se da de manera desprevenida, abrupta, agresiva, usando toda la fuerza, sin importar cuan dolorosa pueda llegar ser la medida de contención aplicada y sin considerar lo que el paciente, justo en ese momento, exprese. Esta manera de proceder evidencia, en primer lugar, la ausencia de un trato humanitario, como también la necesidad de una normativa que regule la utilidad de este tipo de medidas.

Adicional a lo anterior, los efectos de haber sido coaccionado, no solo se reflejan a nivel emocional. Según Castro (2020), estas también provocan daños físicos, psicológicos y morales en los pacientes, y resalta que dichos efectos no atienden a la forma en que se aplica la coerción, sino al hecho de aplicarlas. Aguilera (2018) señala que tras una revisión sistemática de estudios sobre

los efectos subjetivos derivados de la coerción el 70% coinciden con que las medidas de coerción independientemente de la forma en que son aplicadas, son asumidas per se de manera negativa.

Tras el análisis y redacción de los resultados, en especial los relacionados con la experiencia de coerción, se evidencia la gran exposición a riesgos hacia la integridad física de los pacientes, los cuales, expresaron, además, que pudieron haber sentido que morirían tras ser coaccionados. Experiencias que incluyen los deseos de morir derivado de la crueldad a la que fue sometido, la dificultad de respirar debido a la fuerza de la contención mecánica proporcionada por una camisa de fuerza, el sentir que podrían perder la funcionalidad de alguna de sus extremidades tras la tensión de las medias veladas con que eran atados a su cama, entre otras más, confirman lo expresado por Castro (2020); Silva et al. (2023); Krieger et al., (2018).

El hecho de haber sido coaccionado obliga al paciente a adoptar una actitud. Actitud precedida por el temor a volver a experimentar la coerción. En ese sentido, es posible apreciar la manera en que la coerción se convierte en un elemento antiterapéutico que, imposibilita, desde el primer momento en que es aplicada, la adherencia del paciente al tratamiento y potencia la apatía a la internación psiquiátrica, lo cual, se manifiesta en forma de ansiedad, angustia, agravamiento de los síntomas...etc. Este resultado coincide con los hallazgos de Aguilera (2018); Inchauspe (2019); Sugiura et al., (2020) los cuales también sostienen que la apatía a la internación psiquiátrica se manifiesta en sentimientos como el miedo, ansiedad o trastorno de estrés postraumático.

Aparte de las actitudes que el paciente asume frente al hecho de haber sido coaccionado, también surgen las reflexiones acerca de esta experiencia, las cuales en su mayoría terminan convirtiéndose en sentimientos de culpa por haber accedido a ser internado, por haberse permitido ser encerrado, por haber creído que era la mejor decisión que había tomado. Todo lo anterior deriva en la consolidación de un o varios traumas, mismos que aun en la actualidad se encuentran latentes.

El trauma derivado de la coerción, en la mayoría de los participantes, se ha mantenido a lo largo de toda su vida y se hace presente en su cotidianidad y sobre todo en su vida social. Este hallazgo, no solo permite identificar un efecto más que deriva de la coerción, sino que permite apreciar la profundidad de dichos efectos.

Por otra parte, los participantes atribuyeron significados a la experiencia de coerción, significados intensamente negativos, asociados con el dolor emocional, la pérdida de dignidad y un quiebre en su integridad personal. La coerción fue vivida no solo como una técnica terapéutica impuesta, sino como un acto profundamente violento, invasivo y destructivo desde el punto de vista subjetivo.

Por último, es relevante destacar que aun cuando existe una apatía hacía futuras internaciones, una incredulidad frente al tratamiento psiquiátrico, especialmente al intrahospitalario, los participantes plantean alternativas ante el uso de dichas prácticas. Mismas que concuerdan con las que García (2015) denomina: Coerción informal, dentro de las que se destacan, la persuasión, y la inducción (Hirsch y Steinert, 2019).

8.5 Emociones y sentimientos emergente durante la hospitalización

Obedeciendo al objetivo central de este estudio, la interpretación de las subjetividades que se derivan de la coerción dentro de la hospitalización y de la hospitalización misma, es de vital importancia hablar de las emociones y los sentimientos que emergen en ella. Durante la hospitalización los sentimientos de rechazo, frustración, decepción, pérdida de la libertad, deshumanización y temor son el común denominador dentro de los usuarios que han sido internados y coaccionados.

Otras subjetividades que hacen aparición a lo largo del discurso de los participantes son: el sentimiento de pérdida de la autonomía, invisibilidad, animalización, cosificación, minimización y deseos de morir. Todos estos sentimientos y emociones permean la recuperación, impidiendo la rehabilitación del paciente y condicionándolo a una apatía frente a futuros internamientos.

La hospitalización en sí ya es un agente que desencadena subjetividades que afectan de manera negativa a los usuarios de los servicios de salud mental, pero lo que realmente produce mayor impacto psicosocial, durante, y aun pasado un tiempo de la institucionalización, es la coerción.

En consonancia con los hallazgos del estudio, Chuaqui (2015), resalta que una consecuencia de la hospitalización es la pérdida de la capacidad de modelar la auto conducta, ya que aparecen sentimientos de minusvalía, pasividad e internalización del rol pasivo del enfermo. Mientras que los resultados de la investigación de Gonzales (2024), muestra que en la experiencia de niños y adolescentes que han sido hospitalizados y coaccionados emergen sentimientos tales como: como la pérdida de la libertad y sensación de inseguridad.

Por su parte, Aguilera (2018), tras una revisión sistemática, tuvo como resultante que el 70% de los pacientes que fueron sometidos a coerción, además de los sentimientos y emociones negativas que ya se han mencionado, sintieron: ansiedad, impotencia, abandono, rabia, estrés postraumático, soledad, humillación, degradación y vergüenza.

8.6 Implicaciones teóricas y aplicadas

Esta investigación, indica que la coerción es vivenciada por los usuarios de salud mental como un evento traumatizante que causa un impacto negativo en la vida del paciente, abarcando

aspectos como la hospitalización, la coerción misma, la manera en que se relaciona con el personal terapéutico, la adherencia al tratamiento y trasciende hasta después de la hospitalización, con la aparición de: sentimiento de deshumanización, temor, angustia, abandono, soledad, entre otros, que condicionan la forma en que se comporta y se relaciona con los demás, la apatía hacia futuros tratamientos y deseos de morir. En este sentido, este estudio amplía lo planteado por Aguilera (2018) acerca del impacto de la coerción y los efectos traumáticos de esta, así como las subjetividades que emergen tras vivenciarla. Estos hallazgos concuerdan con estudios anteriores (Castro, 2020; Silva et al., 2023; Krieger et al., 2018; Inchauspe 2019; Sugiura et al., 2020), que desde distintas perspectivas evidencian la complejidad y el impacto de la coerción en los usuarios de salud mental.

Se considera especialmente relevante indagar los aspectos emocionales, simbólicos y psicológicos asociados a estas experiencias en contextos donde, en teoría, debería primar el cuidado. Así, esta investigación no solo pretende evidenciar los daños ocasionados, sino también cuestionar críticamente aquellas prácticas que naturalizan el sufrimiento en nombre del tratamiento.

Es necesario revisar la aplicación de medidas coercitivas dentro de la hospitalización psiquiátrica, debido al impacto negativo que tiene en la relación entre el paciente y el personal profesional en salud mental, en la adherencia al tratamiento y el surgimiento de traumas que persisten después del alta. Es importante agotar todas las estrategias terapéuticas para darle manejo a las crisis antes de coaccionar al paciente, que los métodos de coerción sean utilizados en última instancia y en su lugar, se implemente protocolos terapéuticos éticos que fomenten el diálogo y el trato digno y humanizado, promover tratamientos centrados en el paciente, empáticos, que no vulneren sus derechos ni violenten su integridad, incentivar la creación de políticas y normativas

que regulen el uso de la coerción y por último, atendiendo a los efectos que surgen de la coerción, la creación de programas que den manejo a los posibles traumas derivados de esta.

8.7 Líneas de investigación futuras

En términos de líneas de investigación futura, se plantea la necesidad de llevar a cabo estudios que exploren los impactos de la experiencia de coerción desde diversas perspectivas, incluidas la de los familiares y, en especial de la de los profesionales en salud mental, tales como enfermeros, psiquiatras y psicólogos. Como también la utilidad terapéutica de estas prácticas en la internación psiquiátrica en conjunto con la efectividad de modelos alternativos de intervención menos restrictivos y basados en un enfoque de derechos.

Adicionalmente, sería valiosa, la implementación de investigaciones que indaguen en profundidad respecto de los derechos de las personas que se encuentran hospitalizadas psiquiátricamente y los entes que garantizan el respeto de los mismos.

Finalmente, realizar estudios que exploren los múltiples aspectos que hacen parte de la experiencia de hospitalización psiquiátrica y qué, de una manera u otra, tienen gran incidencia en la rehabilitación y recuperación del paciente.

8.8 Limitaciones del estudio

Atendiendo al objetivo de la investigación (Interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización por parte de pacientes que han sido sometidos a prácticas coercitivas durante su hospitalización psiquiátrica), el cual se alcanzó a través de la realización de entrevistas y un análisis exhaustivo de las mismas a través de la metodología establecida por la AFI. Es importante que se tenga presente al momento de valorar la

transferibilidad de este estudio, que el número de experiencias narradas, no representan la totalidad de estas, por lo que debe considerarse la influencia del contexto sobre los datos.

Por otra parte, el estudio estuvo centrado en explorar en profundidad un aspecto de la hospitalización psiquiátrica (los traumas, significados y sentimientos de deshumanización derivados de la coerción), lo cual podría constituirse en una limitación más, atendiendo a la multiplicidad de aspectos que conforman la experiencia de hospitalización psiquiátrica.

Para finalizar, es importante enfatizar que, aunque el presente estudio es valioso en hallazgos, la implementación de este, con una población mucho más amplia, podría develar con mayor profundidad los traumas, significados y sentimientos de deshumanización derivados de la coerción en la hospitalización psiquiátrica.

9. Conclusión

Este estudio permitió identificar: los principales traumas que se derivan de la hospitalización psiquiátrica, cómo los participantes vivencian el sentimiento de deshumanización, los significados que le atribuye y las repercusiones que tienen en el tratamiento terapéutico. El carácter multifactorial de la experiencia de hospitalización y la vivencia de coerción dentro de la misma se hizo evidente en el discurso de los participantes, quienes identificaron situaciones traumáticas relacionadas con la hospitalización y su entorno, la relación terapeuta - paciente y el paciente frente a las medidas coercitivas.

Referente al trauma, se estableció que trasciende la hospitalización y se extrapola a la cotidianidad después de la salida del centro psiquiátrico, permeando en la personalidad, relaciones sociales, familiares y laborales. El trauma que se deriva de la hospitalización atiende a la sensación de constante control y vigilancia que les hacía sentir que estaban en una cárcel, este trauma produjo en los sujetos sentimientos de temor, rechazo y angustia.

Con respecto a la relación entre terapeuta y paciente, se halló que después de la coerción, fue el factor que más generaba sentimientos de rechazo, temor y deshumanización, puesto que, en la mayoría de los casos, se les percibía como agresivos, violentos e inhumanos, en especial los enfermeros, quienes eran, mayormente, los que ejercían las medidas coercitivas.

Con respecto a la coerción, aparte de los riesgos físicos a los que esta conduce, se desprende de la misma el sentimiento de deshumanización, ya que, el hecho de ser amarrados, bañados a la fuerza y ahorcados, hizo sentir a los participantes como animales o como un objeto y hasta con ganas de morirse, lo cual resalta el impacto negativo que la coerción genera a nivel emocional y

psíquico. Por todo lo anterior, los participantes adoptaron una actitud apática ante la posibilidad de futuras hospitalizaciones.

Por último, es importante mencionar que los participantes sugieren el reemplazo de la coerción por tratos más humanos centrados en el paciente como el dialogo, la persuasión y hasta la contención química.

10. Referencias

- Aguilera Serrano, C. (2018). *Evaluación e impacto de la experiencia de coerción durante la hospitalización psiquiátrica*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. <https://hdl.handle.net/10630/17304>
- Aragóns -Calleja, M. & Sánchez-Martínez, V. (2024) Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 259–280. Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.13248>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2017). *Coerción y salud mental* (Cuaderno Técnico n.º 20) [PDF]. Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Técnico-20-Coerción.pdf>
- Alvear Velásquez, María José, & Sandoval Carrión, Iván Patricio. (2024). Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 192-205. Epub October 10, 2024 <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
- Barbieri, Leonardo Rosel, Pigozzi Sandoval, Pier Paolo, & Arenas Massa, Ángela. (2023). Clinical and regulatory challenges of forced hospitalization in Chile under the new Mental Health Law. *Revista médica de Chile*, 151(4), 497-504. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000400497>
- Blanco Brotons, Francisco. (2020). La coerción y los límites de la justicia. Consideraciones en torno a Nagel y Blake. *Signos filosóficos*, 22(43), 88-115. Epub 25 de abril de 2022. Recuperado en 22 de abril de 2025, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242020000100088&lng=es&tlng=es

- Bustamante-Donoso, Juan Antonio, & Cavieres-Fernández, Alvaro. (2018). Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos. *Revista médica de Chile*, 146(4), 511-517. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400511>
- Castro, M. A. (2025). Experiencias y transformaciones subjetivas: sufrimiento y coerción en el uso de psicofármacos en el tratamiento psiquiátrico en Chile. *Salud Colectiva*, 20, e5388. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.5388>
- Castro, Manuel Alejandro. (2023). Coerción en las hospitalizaciones psiquiátricas en Chile: El sufrimiento de la locura en el siglo XXI. *Salud Colectiva* [online]. v. 19. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4349>
- Castro, N. M., & Palacios, M. N. (2025). *PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN BOGOTÁ, 2024* (Trabajo de grado). Universidad El Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/a4e5e433-0656-4551-9cf3-0c29ef1b52e2>
- Castro, M. A. (2020). *El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico: El dolor de la locura*. *Revista Perspectivas*, 35, 51-74. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2391>
- Casanova-Rodas, Leticia, Rascón-Gasca, María Luisa, Alcántara-Chabelas, Humberto, & Soriano-Rodríguez, Alejandra. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448. de

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es&tlng=es.
- Castrillón-Valderrutén, M. del C., & Sánchez-Salcedo, J. F. (2019). Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957–1970). *Revista CS*, (28), 259–297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>
- Congreso de Colombia. (2009, 5 de junio). *Ley 1306 de 2009: Por la cual se dictan normas para la protección e inclusión social de las personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados* [Ley]. Departamento Administrativo de la Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36400>
- Chuaqui, J. (2015). Institucionalización psiquiátrica: El caso de los hogares protegidos de la Región de Valparaíso, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 32(2), 109–117. https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/09-trabajo_investigacio%CC%81n_institucionalidad_psiquia%CC%81trica_hogares_protegidos_valparai%CC%81so_2015.pdf
- Denzin, N. (1978). *"The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods"*, 2a. ed., Nueva York, McGraw-Hill, 1978. From <https://eugeniawagner.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>
- Díaz de Neira Hernando, Mónica, Marín Vila, María, & Martínez González, Luis Miguel. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 41(139), 67-87.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000100067

- Duque, H., & Aristizábal Díaz-Granados, E. T. (2019). *Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. Pensando Psicología*, 15(25), 1–24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Duque, H. (2022). *Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia vivida en personas con diagnóstico de esquizofrenia* [Interpretive phenomenological analysis of the lived experience of people diagnosed with schizophrenia]. *Tesis Psicológica*, 17(2), 1–25. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a4>
- Duque, H., Aristizábal-Díaz-Granados, E. T., & Suárez-Colorado, Y. (2021). *Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Duazary*, 18(4), 383–395. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4383>
- Espinoza Freire, E. E. (2020). *La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico = Qualitative research, an ethical tool in the pedagogical field. Conrado*, 16(75). 103-110. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1392>
- Franco Castro, A. (2020). *Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental: una revisión sistemática de la literatura* (Tesis de pregrado). Universitat Internacional de Catalunya. <http://hdl.handle.net/20.500.12328/1688>
- Flick, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa* (T. del Amo Martín & C. Blanco Castellano, Trad.). Ediciones Morata, S. L. (Obra original publicada en 2007 como

- Designing Qualitative Research*). https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Flick.Disen%CC%83oInvestigacionCualitativa.PR_.pdf
- Gaete Moreno, A. (2017). La rigurosidad científica: validez y confiabilidad en los paradigmas cuantitativo y cualitativo. *Tema De Investigación Central De La Academia*, 113 - 125. Recuperado a partir de <https://publicacionesacague.cl/index.php/tica/article/view/169>
- Gaibor-Estévez, Jhonny, & Ramos-Galarza, Carlos. (2020). Análisis neuropsicológico de un caso con anosognosia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(3), 294-299. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000300294>
- García, I. (2015). *El papel de la coacción informal en el tratamiento ambulatorio: un estudio transcultural con profesionales de la salud mental* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. <https://docta.ucm.es/entities/publication/aa6f56f2-ae3b-4add-b3a8-650849980901>
- Gallego -Gómez, JI, Fernández-García, N, Simonelli-Muñoz, AJ, & Rivera-Caravaca, JM. (2021). Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(1), 71-81. Epub 21 de junio de 2021. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0939>
- González-Vega, A. M. del C., Rubén Molina Sánchez, Alejandra López Salazar, & Gloria Leticia López Salazar. (2022). The qualitative interview as a research technique in the study of organizations. *New Trends in Qualitative Research*, 14, e571. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>

- González Urbina, A. (2024). Experiencias de niños y adolescentes en unidades psiquiátricas: Revisión sistemática de literatura. *Revista De Psicología*, 33(1), pp. 1–14. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2024.70791>
- Gutiérrez Avendaño, J. (2019). *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia: De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968–2018*. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 11(21). <https://doi.org/10.15446/historelo.v11n21.65660>
- Hernández Hernández, Roberto. (2002). Del método científico al clínico: Consideraciones teóricas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 161-164. Recuperado en 22 de abril de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200011&lng=es&tlng=es
- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(19), 336–343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Inchauspe Aróstegui, J. A. (2019). *Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas* [Editorial]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 9–15. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200001>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). *Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry*. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Congreso de la Republica de Colombia. Diario Oficial No. 48.680.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ley 1751 de 2015 (2015,16 febrero). Congreso de la Republica. Diario Oficial N° 49.427.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Ley N° 21.331, sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. (2021, 11 de mayo). *Diario Oficial de la República de Chile*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
- Mann, K., Gröschel, S., Singer, S. et al. Evaluation of coercive measures in different psychiatric hospitals: the impact of institutional characteristics. *BMC Psychiatry* 21, 419 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03410-z>
- Mayoral, F., & Torres, F. (2020). Use of coercive measures in psychiatry. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 331-338.
https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:eaX98bT5cykJ:scholar.google.com/+coerci%C3%B3n+AND+subjetivo+AND+hospitalizaci%C3%B3n+psiqui%C3%A1trica+&hl=es&as_sdt=0,5
- Mato Cuadrado, N. (2020). *Humanización en psiquiatría: humanizar los cuidados enfermeros en las unidades de hospitalización psiquiátrica* (Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid). UVaDOC.
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/42028>
- Muñoz García, J. J., Carpintero Cruz, A. I., Verdugo Martínez, A., Gijón Serrano, J. L., & Hodann Caudevilla, R. M. (2023). Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: Reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. *Revista de la*

- Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 117–139.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100007>
- Murga, Horacio Vargas. (2020). El hospital psiquiátrico y la psiquiatría comunitaria. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 1-2. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3679>
- Navarro, L., López de Loma Osorio, V., Bravo Ortiz, M. F., & Fernández Liria, A. (2021). Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España. *Salud Colectiva*, 17, e3045.
<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3045>
- Patton, R. (1980). “*Qualitative Evaluation Methods*”, Beverly Hills, Sage, 1980. From <https://eugeniewagner.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>
- Sanmartín Padilla, S. (2025). El impacto del internamiento hospitalario en la identidad y el bienestar subjetivo del paciente con trastorno bipolar: una investigación cualitativa exploratoria. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). <http://hdl.handle.net/10609/152086>
- Salvo G, Lilian, & Gallardo G, Pilar. (2021). Tendencia de las hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estadía de Psiquiatría del Hospital Clínico Herminda Martín durante 14 años. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(1), 16-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000100016>
- Serrano, C., Cabanillas, R., Morales, B., Delgado, A., Castillo, S., del Pino, M., & Guillén, M. (2018). Delimitando la coerción y los cuidados enfermeros en salud mental: Una aproximación cualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 19-26. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0222>

- Silva, B., Bachelard, M., Bonsack, C., Golay, P., & Morandi, S. (2023). Exploring Patients' Feeling of Being Coerced During Psychiatric Hospital Admission: A Qualitative Study. *The Psychiatric quarterly*, 94(3), 411–434. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10039-6>
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction* (3.^a ed.). From: https://www.researchgate.net/publication/31718316_Interpreting_Qualitative_Data_Methods_for_Analyzing_Talk_Text_and_Interaction_D_Silverman
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52–58. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados* (J. Piatigorsky, Trad.). Ediciones Paidós. (Obra original publicada en 1984 como *Introduction to Qualitative Research Methods: The Search for Meanings*). <https://eugeniawagner.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>
- Tombolato, Mário Augusto, & Santos, Manoel Antônio dos. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(3), 293-304. <https://doi.org/10.18065/2020v26n3.5>
- Vilchez Tornero, Miriam, & Vilchez Tornero, Jose Luis. (2017). Medidas coercitivas desde el punto de vista psicológico del paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 46(3), 276-288. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000300008&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000300008&lng=es&tlng=es)

-Vizcarra-Villegas, N. (2024). *Criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. *Digitum*.

<http://hdl.handle.net/10201/148898>

11. Anexos

11.1 Formato de consentimiento informado

Versión 1. Fecha: 12 de agosto del 2019



Información para el participante y Formulario de consentimiento informado

Título del estudio: Coerción en la hospitalización psiquiátrica: Un análisis fenomenológico interpretativo de los traumas, significados y sentimientos de deshumanización.

Investigador Principal: Lorena Cueto Estrada y Julio Meriño Ortiz

Corporación Universitaria Reformada

Naturaleza y Objetivo del estudio

El presente proyecto de investigación, tiene como propósito interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización desencadenados o surgidos o asociados a prácticas coercitivas durante periodos de hospitalización psiquiátrica, para ello, se realizarán varias entrevistas en profundidad que permitirán explorar, desde la voz de los propios participantes, cómo han vivido estas experiencias y qué significados les otorgan.

Este consentimiento tiene como finalidad solicitar su autorización para participar en el estudio "Coerción en la hospitalización psiquiátrica: Un análisis fenomenológico interpretativo de los traumas, significados y sentimientos de deshumanización", el cual busca conocer su experiencia frente a las métodos de coerción durante su hospitalización psiquiátrica.

Procedimiento

Si está de acuerdo en participar de esta investigación, se le solicitará participar de un proceso de entrevista que busca darle a conocer toda la información relacionada con este proyecto,

Seguidamente, una vez haya decidido de forma libre, autónoma y consciente ser parte del proyecto, usted participará de una serie de entrevistas a través de las cuales los investigadores le harán preguntas y dialogarán con usted acerca de lo que ha sido su experiencia frente a los métodos de coerción durante su hospitalización psiquiátrica.

De igual manera, a lo largo del proceso, es posible que sea contactado por los investigadores en varias ocasiones para tratar asuntos concernientes a las actividades del proyecto.

En este orden, los investigadores esperan recoger y plasmar de la manera más detallada posible cuál ha sido su experiencia frente a los métodos de coerción durante su hospitalización psiquiátrica, por lo anterior, se le pide autorización para usar una grabadora de audio, esto, debido a que durante las entrevistas no se tomarán notas, toda la atención será puesta en usted y su experiencia. Estos audios serán utilizados para transcribir la entrevista y realizar el análisis de datos.

Finalmente, se le pide autorización para hacer uso posterior, y con fines educativos e investigativos, de los audios y las transcripciones de entrevista que reflejan su experiencia frente a los métodos de coerción durante su hospitalización psiquiátrica, por medio de ellos se podrá contribuir a la formación integral de profesionales de la salud mental, así como de futuros investigadores.

Versión 1. Fecha: 12 de agosto del 2019



Riesgos asociados a su participación en el estudio

Partiendo de lo descrito antes, su participación en este proyecto de investigación representa un riesgo mínimo ya que, solo tendrá que participar de las entrevistas a realizar, las cuales buscan conocer su capacidad para decidir hacer parte de esta investigación, así como conocer su experiencia frente a la vivencia de ser sometido a métodos coercitivos.

Si durante las entrevistas llegase a presentarse una reacción emocional debido a la narración de su experiencia, se le hará intervención en crisis y además será derivado para su atención por parte del profesional tratante en su EPS.

Beneficios de su participación en el estudio

Participar en este estudio no genera un beneficio directo para usted, sin embargo, con la información recogida se espera aportar para que usted, a partir de sus propias palabras y reflexión, tenga una mejor comprensión de lo que le ha sucedido, del hecho de haber sido expuesto a métodos de coerción durante su hospitalización psiquiátrica. También se espera contribuir a la mejora de los servicios de salud mental, servicios que puedan tener más en cuenta a los usuarios, a conocer su experiencia y valorar el conocimiento proveniente de estos, también lograr identificar problemas del uso de las medidas coercitivas en la hospitalización psiquiátrica y aportar a su solución.

Voluntariedad

Su participación en este proyecto de investigación es voluntaria. Si usted decide no participar o retirarse, podrá hacerlo, aunque ya el estudio haya iniciado sin que esto traiga algún tipo de repercusión legal, sanción o castigo como tampoco alterar su proceso terapéutico.

Confidencialidad

Si su decisión es participar de este estudio, los investigadores garantizan que toda la información será manejada con absoluta confidencialidad, nunca publicando ni revelando sus datos de identificación, el investigador principal se hace cargo y responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Compartir los resultados

Los resultados de esta investigación serán compartidos en revistas científicas, y otras publicaciones, conferencias, salones de clase, manteniéndose la información personal y datos de identificación en completa reserva y privacidad.

Conflicto de interés de los investigadores

No existe para el presente estudio conflicto de interés alguno entre los investigadores y los participantes.

Contactos

En caso de alguna duda puede comunicarse con el investigador principal Lorena Cueto, al teléfono 3124929801, Dirección Cra 36 No. 36b-16 y correo electrónico lorena.cueto@unireformada.edu.co

Versión 1. Fecha: 12 de agosto del 2019



He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Participante: Para constancia, firmo a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma y cédula del participante



Huella

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. Lorena Cueto Estrada

Firma _____

Fecha (/ /) _____

11.2 Protocolo de entrevistas

Protocolo de Entrevista: Traumas, significados y sentimientos de deshumanización que emergen al experimentar coerción durante la hospitalización psiquiátrica.

Objetivo general: Interpretar los significados atribuidos a los traumas y al sentimiento de deshumanización por parte de pacientes que han sido sometidos a prácticas coercitivas durante su hospitalización psiquiátrica.

1: Circunstancias de la hospitalización psiquiátrica

- ¿Cuáles fueron las circunstancias que llevaron a que fueses hospitalizado?
- ¿La decisión de ingresar a la hospitalización fue voluntaria o fuiste forzado a ello?
- ¿Describe en detalle acerca de tu experiencia durante el ingreso al centro hospitalario?
- ¿Cómo podrías describir tu experiencia con relación a la participación en el proceso de toma de decisiones, el ingreso?

2: Coerción durante la hospitalización psiquiátrica

- ¿Al ingresar al hospital psiquiátrico hubo algunas situaciones que te hicieran sentir que estaban yendo en contra de tu voluntad?
- ¿Experimentaste métodos de coerción tales como aislamiento, contención física o uso forzado de medicación?
- ¿Qué significó para ti ser sometido(a) a estos métodos coercitivos?

- ¿Qué piensas acerca del uso de estos procedimientos en estos lugares? ¿resultan terapéuticos?

3: Traumas

- ¿Vivenciaste alguna situación particularmente difícil o dolorosa durante tu estancia en la hospitalización psiquiátrica?
- ¿Alguna de esas situaciones representó un trauma para ti? ¿Por qué?
- Tras ser dado de alta ¿estas situaciones generaron algún impacto a nivel psicológico y emocional?
- ¿Sientes que tu experiencia en el hospital afectó tu cotidianidad tal cual como la vivías antes de ser hospitalizado?
- ¿Cómo sientes que ha influenciado la coerción durante la hospitalización psiquiátrica en la confianza en ti mismo y en tus relaciones con los demás?
- ¿Crees que estos procedimientos contribuyen a la recuperación de las personas que sufren problemas psicológicos y emocionales?

4: Sentimiento de deshumanización

- ¿Cómo fue el trato del personal durante tu hospitalización?
- ¿Sentiste que te veían y trataban como una persona o solo como un "caso", "diagnóstico" o "paciente psiquiátrico"?
- ¿Sentiste en algún momento que tu dignidad y tus derechos fueron vulnerados?

- ¿Hubo acciones o actitudes que te hicieron sentir invisible o sin valor?
- ¿Recuerdas qué pensamientos y sentimientos surgían en el momento en que experimentabas la coerción?
- ¿Qué tratamientos deberían recibir personas con problemas como los tuyos? ¿Qué alternativas consideras resultarían de más alivio para ti?

11.3 Análisis de datos en ATLAS.ti

The screenshot shows the ATLAS.ti interface with the project overview for 'Coerción en la hospitalización psiquiátrica: Un análisis fenomenológico interpretativo de los traumas, significados y sentimientos de deshumanización - ATLAS.ti - Sin licenciamiento'. The main area displays the title and a message: 'El proyecto no tiene comentarios. Haga clic para editar el comentario'. Below this is a 'Visión general del proyecto' section with a table of statistics:

Documentos	10	✎ Creado por Lorena Margarita Cueto
Códigos	28	🕒 Estrada en 3/06/2025
Citas	579	🕒 Modificado por última vez el 20/06/2025
Memos	0	👤 Usuario actual Juan Manuel Arteaga Cueto
Redes	5	📦 Versión 25.0.1.32924

The left sidebar shows the 'Explorador del proyecto' with a search bar and a tree view of project elements: Documentos (10), Códigos (28), Memos (0), Redes (5), Grupos de documentos (0), Grupos de códigos (5), Grupos de memos (0), and Grupos de redes (0). The bottom section is labeled 'Comentario:' and contains the text 'Seleccione un elemento para mostrar su comentario'.

This screenshot shows the 'Administrador de documentos' window in ATLAS.ti. It displays a list of 10 documents (D 1 to D 10) with columns for ID, Nombre, Tipo, Localidad, and Grupos. All documents are of type 'Texto' and 'Biblioteca'. Below the list is a bar chart titled 'Distribución del código en los documentos' showing the frequency of 10 codes across the documents:

Código	Frecuencia
Actitudes frente a la coerción	26
Alternativas a la coerción	10
Apatía ante futuras hospitalizaciones	26
Circunstancias previas a la hospitalización	41
Coerción	67
Coerción a terceros	11
Consecuencias de la coerción en	37
Dificultad de adaptación al entorno	5
Efectos de la hospitalización	11
Efectos del trauma derivado de la	70
(Código no legible)	23

The interface also shows a message 'No hay grupos de documentos' and a list of codes in the left sidebar, including 'Actitudes frente a la coerción (26-0)', 'Alternativas a la coerción (10-0)', 'Apatía ante futuras hospitalizaciones (26-0)', 'Circunstancias previas a la hospitalización (41-0)', 'Coerción (67-0)', 'Coerción a terceros (11-0)', 'Consecuencias de la coerción en las relaciones so...', and 'Dificultad de adaptación al entorno hospitalario (...)'.