



Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia

Interpretive phenomenological analysis of the hospitalization experience in people with a diagnosis of schizophrenia

Hansel Duque ¹, Edith T. Aristizábal-Díaz-Granados ², Yuly Suárez-Colorado ³

1. Corporación Universitaria Reformada. Barranquilla, Colombia. Correo: h.duque@unireformada.edu.co – <https://orcid.org/0000-0002-2165-9125>
2. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Correo: earistiz@uninorte.edu.co – <https://orcid.org/0000-0001-7715-3556>
3. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: yuli.suarezcol@ucc.edu.co – <https://orcid.org/0000-0002-0495-8190>

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Duque H, Aristizábal-Díaz-Granados ET, Suárez-Colorado Y. Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Duazary*. 2021 octubre; 18(4): 383-395. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.4383>

Recibido en marzo 17 de 2021

Aceptado en julio 31 de 2021

Publicado en línea en noviembre 15 de 2021

RESUMEN

Palabras

clave:

esquizofrenia;
experiencias de
vida;
hospitalización;
investigación
cualitativa.

La experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia puede estar caracterizada por eventos negativos. Se realizó un estudio cualitativo basado en el análisis fenomenológico interpretativo (AFI) para comprender la experiencia de hospitalización en una clínica psiquiátrica. Los participantes fueron tres usuarios que respondieron a entrevistas semiestructuradas, analizadas a través de los lineamientos del AFI. Los resultados indicaron tres temas maestros: la persona en la esquizofrenia, las experiencias previas a la hospitalización, y la hospitalización como una experiencia compleja. El análisis permite considerar la importancia del ingreso voluntario o involuntario en la experiencia de admisión, la angustia e incertidumbre por falta de información, la escasa participación en el proceso de tratamiento, y la percepción de inseguridad dentro de las instituciones de internación. Por otra parte, se hizo mención al rechazo al uso de la contención o aislamiento, la falta de actividades, el énfasis en la medicación, el diagnóstico y los síntomas, así como la actitud deshumanizada de algunos profesionales de la salud mental. Se requiere más investigación respecto a la eficacia de la internación en unidades de salud mental y la superioridad frente a otras alternativas basadas en la comunidad.

ABSTRACT

Keywords:

Schizophrenia;
life's
experiences;
hospitalization;
qualitative
research.

The hospitalization experience in people with a diagnosis of schizophrenia can be characterized by negative events. A qualitative study based on interpretive phenomenological analysis (AFI) was carried out to understand the experience of hospitalization in a psychiatric clinic. The participants were three users who responded to semi-structured interviews, analyzed through the AFI guidelines. The results indicated three master themes: the person in schizophrenia, experiences prior to hospitalization, and hospitalization as a complex experience. The analysis allows considering the importance of voluntary or involuntary admission in the admission experience, the anguish and uncertainty due to the lack of information and participation in the treatment process, the perception of insecurity within the institutionalization. On the other hand, the rejection of the use of restraint and isolation, the lack of activities, the emphasis on medication, diagnosis, and symptoms, as well as the dehumanized attitude of some mental health professionals. More research is required regarding the efficacy of placement in mental health units and its superiority over other community-based alternatives.

INTRODUCCIÓN

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) define la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios, síntomas negativos como abulia, anhedonia y aplanamiento afectivo, y un deterioro significativo en las relaciones sociales, laborales o interpersonales. El diagnóstico se establece por la presencia de síntomas durante seis meses o menos en caso de ser tratados con éxito¹. Aunque esta definición es mayormente citada, es necesario considerar la esquizofrenia como una experiencia intrínsecamente humana, presente en todas las épocas y culturas. Representa la tendencia de la mente a desviarse de lo que se considera normal y aceptable, así como la inclinación de la sociedad a interpretar estas reacciones como signos de locura².

De acuerdo a datos de Europa, Estados Unidos y Canadá, más del 13% de las personas son rehospitalizadas poco después de ser dadas de alta³. En Colombia, según el Observatorio Nacional de Salud Mental, 63.780 personas fueron atendidas por motivos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante, y 8.205 fueron hospitalizadas por estos motivos durante el 2017. Los datos son limitados acerca del costo e impacto en los servicios de hospitalización; sin embargo, en países como Estados Unidos el cuidado hospitalario consume gran parte del presupuesto para la salud mental⁴.

La hospitalización es una práctica común en psiquiatría. No obstante, no existe una normativa que regule su uso o las características de su implementación⁵. En contraste, la Ley 1306, que protege a las personas con discapacidad mental, presenta algunas disposiciones sobre la hospitalización involuntaria de individuos considerados incapaces. Así mismo, se desconocen criterios jurídicos para indicar la hospitalización, particularmente ante el ingreso involuntario o coercitivo, aunque cabe mencionar que se cuenta con la guía de práctica clínica diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia⁶.

De acuerdo con la guía de práctica clínica, algunos de los criterios para indicar la hospitalización voluntaria e involuntaria son: intento de suicidio, conductas que generen riesgo para otros, compromiso del estado vital general, conductas de riesgo o de daño autoinfligido, reactivación de síntomas psicóticos y, finalmente, presencia de situaciones ambientales que, a criterio del psiquiatra, dificulten el manejo ambulatorio. Adicionalmente, las situaciones que se asocian con frecuencia a la decisión de hospitalización son: el riesgo de suicidio con un 65%, problemas con la familia o personas fuera del núcleo familiar entre el 25-38%, y problemas financieros anteriores a la admisión en un 50%⁶.

Diversos estudios buscan comprender la experiencia de admisión, ingreso o internación en centros, clínicas u hospitales psiquiátricos⁷⁻¹². Las investigaciones señalan al tratamiento intrahospitalario como una experiencia traumática debido a problemas relacionados a la práctica médica. Por ejemplo, el proceso de admisión como evento caótico de confusión y angustia se agrava debido a la falta de información sobre el motivo de ingreso, el tiempo de permanencia y el conocimiento de la sala o lugar¹¹⁻¹⁴. Para los pacientes, esta experiencia origina crisis existencial y una pérdida de esperanza y de la propia identidad⁷, lo que en consecuencia incrementa el riesgo de suicidio, no solo durante la hospitalización, sino después del alta¹³. Un detalle no menor es la admisión voluntaria o no y el suministro de información por parte del equipo de profesionales¹²⁻¹⁴.

Del mismo modo, la hospitalización psiquiátrica puede ser una experiencia de angustia y terror³, caracterizada por estrés postraumático durante la estancia en la institución³⁻¹⁵, insatisfacción con las actividades realizadas y una ausencia de ocupación¹¹. Los centros de internación son percibidos como prisiones dado que son edificaciones antiguas y deterioradas, mientras que otras, aunque modernas, son aisladas de ambientes comunitarios y funcionales desde sus propias reglas o rutinas. En general, la dinámica de la internación en unidades de salud mental contrasta con la

cotidianidad fuera del hospital¹¹ y favorece el aislamiento y la “discapacidad” social, así como el deterioro de la calidad de vida¹⁶.

Otro problema que condiciona el tratamiento y la experiencia de los usuarios es la relación terapéutica, la cual se deteriora debido al uso de medidas coercitivas como la sujeción física o química, el suministro de medicamentos a la fuerza y la forzosa participación en actividades diarias¹⁷. Precisamente, el uso de la contención y el aislamiento recibe fuertes críticas, y aunque es legalmente permitido en varios países, usuarios y familiares perciben daños y violación de los derechos humanos¹⁸. Frente a la necesidad del paciente de tener conversaciones ordinarias, las anteriores acciones generan distanciamiento y desconfianza hacia los profesionales¹⁴.

Por otra parte, el estigma asociado a los pacientes con trastornos mentales, originario de la sociedad en general y de los profesionales de la salud¹⁸⁻²¹, es un problema adicional a las características del servicio de internación en unidades de salud mental. Así como el deterioro de las relaciones familiares^{22,23}, se ha registrado un aumento de la marginación y la exclusión social, que afecta directamente el proceso de recuperación, entendida más allá de la supresión de síntomas como la retoma de la propia vida y el vivir bien, con o sin síntomas¹⁴.

Aunque la hospitalización psiquiátrica en ocasiones favorezca la contención de los síntomas y la protección del paciente, es probable su valoración como una experiencia extremadamente negativa. De acuerdo con las condiciones, esta intervención puede contribuir a la recuperación o, por el contrario, agravar el estado de salud del usuario. Así también, es más probable que la internación en unidades de salud mental favorezca el estigma y la exclusión social. Mientras tanto, la atención hospitalaria es un servicio de alto costo para el sistema de salud, de modo que es relevante la investigación de campo que permita reconocer la pertinencia de alternativas para reducir la admisión y el riesgo de readmisión⁸.

La perspectiva cuantitativa de la hospitalización en unidades de salud mental es limitada frente a la

necesidad de interpretar el suceso desde el paciente con esquizofrenia. Esta investigación tiene por objetivo comprender la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante el enfoque fenomenológico interpretativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

El estudio se realizó siguiendo una metodología cualitativa para comprender un problema desde marcos de referencia propios²². Se aplicó un análisis fenomenológico interpretativo (AFI) que tiene como fin comprender cómo las personas construyen y dotan de significado sus experiencias²⁴.

Participantes

Para seleccionar a los participantes se recurrió a una estrategia de selección en cadena, que consiste en acceder a otros casos a través de los entrevistados²⁵. Los criterios de inclusión fueron: a) estar diagnosticado con esquizofrenia; b) historia de hospitalización en un centro psiquiátrico, al menos una vez; c) ser capaz de verbalizar con claridad su experiencia, y d) estar en capacidad para consentir. El no cumplimiento de alguno de estos criterios significó la no inclusión en el proyecto. Finalmente, participaron dos mujeres y un hombre entre los 31 y 57 años, residentes de la ciudad de Barraquilla, Colombia. En la tabla 1 se presentan otras características de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

| Seudónimo | Edad | Medicación | Escolaridad | Estado actual | Hospitalizaciones |
|-----------|------|--------------------------|---------------|---------------|-------------------|
| Marta | 57 | Valcote Clozapina | Secundaria | Estable | Múltiples |
| Miguel | 38 | Fluoxetina Olanzapina | Universitaria | Estable | Dos |
| Paola | 31 | Sin medicación | Universitaria | Estable | Tres |

Técnicas

Los datos se recolectaron por medio de entrevistas semiestructuradas²⁶. Se elaboró previamente un protocolo o guía con las categorías identificadas en la revisión de la literatura, con la finalidad de orientar el proceso de indagación. Este protocolo se actualizó conforme avanzó el trabajo de campo.

Procedimiento

Una vez identificados los participantes, se programó un primer encuentro para brindar de forma detallada la información acerca del proyecto y firmar los consentimientos informados. También se evaluó la capacidad de consentimiento, para lo que se utilizó el *MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research*²⁷. En el momento de la investigación, ninguna de las personas se encontraba hospitalizada.

Las entrevistas semiestructuradas fueron dirigidas por el investigador principal en diferentes contextos. Dos de los informantes solicitaron el hogar, y un participante pidió presentar entrevista en las instalaciones de la universidad. Las preguntas formuladas se fundamentaron en la experiencia de admisión, la información recibida, la participación en las decisiones, el uso de la contención, el aislamiento, la relación con los profesionales, entre otras. La duración de las entrevistas fue de 49-62 minutos, y en promedio de 58,5 minutos. El registro se realizó a través de audiongrabadora, y posteriormente las entrevistas fueron transcritas. El

trabajo de campo se ejecutó entre octubre y diciembre del 2019.

Análisis de la información

Las transcripciones de las entrevistas siguieron las convenciones de Silverman²⁸ y se analizaron de acuerdo con el AFI²⁴. En primer lugar, se identificaron las unidades de sentido, los comentarios y las notas iniciales. Luego, se establecieron los temas emergentes o términos que sintetizan esas construcciones precedentes. Más adelante, los temas se agruparon con el fin de generar las categorías mayores y elaborar las tablas de temas individuales, para finalizar con la tabla de temas maestros.

Acerca del rigor y la calidad, al inicio del trabajo de campo se hizo un ejercicio reflexivo para identificar creencias y tendencias fuente de sesgos en el trabajo de recolección y análisis de datos. De igual forma, las interpretaciones fueron verificadas con los participantes con la finalidad de confirmar que representaban sus narraciones²⁹.

Declaración de aspectos éticos

El Comité de Ética de la Universidad del Norte otorgó aval al proyecto en el Acta N.º 194 del 22 de agosto del 2019. El estudio adoptó los principios de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social^{30,31}. Además, se modificaron nombres de participantes y personas mencionadas en las entrevistas. Los participantes

firmaron consentimiento informado previa explicación detallada del proyecto.

RESULTADOS

El análisis de las entrevistas evidenció tres categorías mayores: la persona en la esquizofrenia, experiencias previas a la hospitalización, y la hospitalización como una experiencia compleja. A continuación, se realiza una presentación de los temas y fragmentos de citas que fundamentan el proceso de análisis. El uso de tres puntos suspensivos indica la omisión de texto al considerarlo irrelevante. Es preciso mencionar también que las descripciones se refieren única y exclusivamente a la experiencia de los participantes.

La persona en la esquizofrenia

A través de esta categoría se recogen experiencias que permiten apreciar la relación de la hospitalización con diferentes aspectos de valor personal; por ejemplo, el proyecto de vida:

[...] uno escucha que duraban dos, tres o cuatro años metidos ahí en un hospital psiquiátrico. Yo tenía un terror [...] de quedarme ahí más de 15 días o un mes [...], más lo que te comentaba de que uno tiene aspiraciones [...] (Miguel).

La espiritualidad estuvo presente como una estrategia de afrontamiento, aunque a veces se relacionó con manifestaciones del diagnóstico:

Surge en mí como un [...] exagerado deseo de pensamiento [...] hiperreligioso [...]. Era mi manera de [...] mantenerme a flote dentro de tanta cosa, porque en realidad la experiencia para mí fue bastante traumática [...]. Cualquier tipo de comportamiento que implique algo espiritual está prohibido dentro de un centro porque, según ellos, eso suscita desorden y experiencias, digamos, que alteran (Paola).

Después de lo vivido, se considera la necesidad de alternativas a la hospitalización en entornos más comunitarios, que disminuyan el aislamiento y permitan seguir con la vida:

Yo [...] decía: si en algún momento dado [...] sucediera que las terapias no fueran tanto como una hospitalización, sino estar uno en su entorno, con su familia [...], sería mejor, porque uno continuaría con su vida, se sentiría funcional y además estaría recibiendo la ayuda, pero ese aislamiento [...] para mí no fue bueno [...] (Paola).

Otro tema relevante fue el diagnóstico, el cual puede parecer un hecho intrascendente; sin embargo, representa un acontecimiento de gran impacto personal que puede significar incluso la pérdida de autonomía:

[...] yo sabía que cuando uno está de paciente, uno pierde su potestad, su independencia, yo tenía pensamiento de seguir adelante y todo eso (Miguel). También se mencionaron dificultades para participar de las decisiones y opinar sobre el tratamiento:

[...] cuando a uno le dicen de opinar es como “¿Tú estás de acuerdo?” [...], no, allá no hay esa posibilidad (Marta).

A su vez, el diagnóstico pasa a predominar y a dirigir las percepciones de los clínicos:

los psiquiatras me atendían [...] desde sus creencias [...], para ellos yo no era [...] una persona que estaba experimentando algo [...], yo era un caso [...]. Porque uno allí siente que muere como persona (Paola).

Experiencias previas a la hospitalización

Dentro de esta categoría se describen experiencias previas a las crisis y periodos de hospitalización:

Me quedo sola [...], y entonces en ese momento cuando empiezan a decaer las cosas, empieza a venirse abajo todo lo del restaurante [...], me fui llenando de muchas deudas, [...], o sea, colapsé [...] (Paola).

Acerca de la manifestación de las crisis, incluyeron paranoia, alucinaciones, abulia, entre otras:

[...] era más que todo obsesivo, me volví paranoica [...] (Paola).

Y más o menos como entre los 13 a 14 años empecé a tener [...] ideas, como las vocecitas, pero [...] no me afectaba tanto, pero ya después [...], como a los 19 a 20 años, sí empecé [...] a tener días que eran delirantes, creía que todo giraba a mi alrededor [...], falta de ánimo, depresión [...], uno no se quiere levantar ni hacer nada (Miguel).

La hospitalización psiquiátrica como una experiencia compleja

En lo que concierne a los periodos de hospitalización, como se podrá apreciar, el ingreso a un centro psiquiátrico representó una experiencia sumamente compleja. En primer lugar, y en relación con el proceso de admisión, este no siempre se da de forma consentida y voluntaria:

No me dijeron “Te va a ver un psiquiatra” [...], de hecho, en ningún momento tuve tal cita con el psiquiatra, sino fue enseguida: “Vamos a dejarla aquí” [...]. Cuando me descuido por un momento, cerraron la reja y pusieron candado. Obviamente, yo me alteré [...], empecé a gritar, me puse agresiva (Paola).

Me dijeron que por qué no iba; entonces me convencieron. Cuando ya dentro de la clínica iba a salir corriendo y me cogió un man, me amarraron y una camisa de fuerza y me colocaron una inyección (Miguel).

Un hecho igualmente relevante fue la ausencia de información acerca del proceso de tratamiento:

[...] no me dieron ningún tipo de información [...], no sabía qué era lo que iba a suceder (Paola).

También se presentan problemas de seguridad, generando una sensación de vulnerabilidad:

Me robaron la ropa [...], en ese entonces yo no dormía, trataba de quedarme despierta (Marta).

En este mismo sentido, fue causa de angustia el hecho de compartir sala con otros usuarios:

A mí me pareció que estaba muy mal [...], porque yo me consideraba una persona normal y estaba con personas que podían significar un riesgo para mi

integridad, porque había desde abusadores, violadores [...] (Paola).

En relación con las actividades, reglas, y rutinas diarias, se describen largos periodos de sueño, así como algunas otras situaciones:

A mí no. Probablemente sí las tenían, y los que estaban ahí pues conocían de las reglas que había, pero yo las desconocía completamente. Si las había, no tenía la más mínima idea (Paola).

Lo otro es que uno se va a comer y dormir, comer y dormir; entonces le dan a uno bastante medicamento, y por eso uno se queda dormido como los primeros quince días (Miguel).

Con el tiempo, los días se tornan monótonos y las actividades se perciben poco significativas:

De la rutina, de que ya todos los días es lo mismo [...], haces esto y ya tú sabes después qué viene [...], porque no todo el tiempo a uno lo tienen trabajando, haciendo cosas (Marta).

Pasando a la medicación, fue nula la participación en las decisiones y poca la información recibida:

Aparte, [...] no me dijeron que me iban [...] a suministrar medicamentos, ni qué efectos iban a producir en mí [...]. Yo me sentía atontada, desorientada, sin fuerzas [...], muy drogada [...], me producía mucho malestar [...] (Paola).

Por otra parte, se mencionaron prácticas como la contención física y química, y también el aislamiento, que traen consigo segregación social, abuso de la fuerza, violencia y hasta maltrato:

Pasaba que a veces como los pacientes de pronto se ponían rebeldes [...], entonces en ese caso nos metían [...] en un cuartito pequeñito con baldosas y con una sola ventana, pero ahí era que lo metían a uno (Marta).

Porque fue ya en la noche. Me amarraron de tal forma que me empezó a cortar la circulación en las manos. Mis manos se pusieron moradas y experimenté dolor [...] como por aproximadamente tres días [...] (Paola).

En este punto se cuestiona la falta de opciones de tratamiento, más enfocadas en la psicoterapia:

[...] yo pienso [...] que todo eso era más porque no había una manera apropiada de tratarme. En ningún momento hablé con psicólogos; siempre estuve hablando con psiquiatra y médicos (Paola).

Ante estos eventos, surgen críticas hacia el personal de atención: sus competencias y hasta su salud mental, considerando a algunos como personas violentas, sádicas e insensibles, sin humanidad:

Yo me di cuenta de que en la selección de personal para ese tipo [...] de lugares no tienen en cuenta [...] el estado mental [...] del personal, porque yo percibí [...] ese placer al sufrimiento que me estaban causando (Paola).

Allá yo no era una persona [...], me sentí como [...] un animal, como cuando cogen [...] un cerdo en contra de su voluntad y lo someten porque sí [...], yo me sentí de esa manera [...] (Paola).

Después de todo lo vivido, algunos califican estas experiencias como traumáticas:

Sí, fue una experiencia traumática [...], sobre todo [...] donde me violentaron [...] para amarrarme [...], eso fue una de las cosas que más me [...] impactó [...], y [...] partiendo de ahí, se fueron desencadenando muchas cosas más (Paola).

Yo en algún momento experimenté sueños [...] donde me volvían a meter a este sitio y toda la cuestión (Paola).

También caben algunas reflexiones y conclusiones respecto de estas prácticas coercitivas:

[...] es inhumano para mí [...], el ser humano no está como para que lo estén amarrando [...] (Paola).

Son desagradables, porque a qué persona le va a gustar [...] que lo tengan amarrado, atado a una cama (Marta).

Finalmente, uno de los temas más sensibles mencionados por los entrevistados involucra a los profesionales de la salud mental. Con relación al personal de enfermería, algunas personas eran

cariñosas y tenían un trato cálido, mientras que otras eran poco atentas y groseras:

Algunas cariñosas [...], pero había algunas muy [...] groseras, un poquito groseras, desatentas (Marta).

Algunas de las experiencias que pudieron establecerse con el personal clínico estuvieron marcadas por el distanciamiento y la frialdad, así como por la presencia de actitudes deshumanizantes:

En realidad, yo sentí que [...] me trataron [...] como un caso más [...], o sea, no hubo [...] ese trato humano [...] (Paola).

[...] los psiquiatras siempre los he visto muy como al margen de la situación (Miguel).

Debido a las relaciones negativas y los acontecimientos narrados, se desarrollaron actitudes con el fin de convencer a los psiquiatras de la recuperación y así lograr recibir el alta médica:

Ahí yo empecé a saber de qué manera tenía que comportarme para poder mostrar [...] mejoría, porque yo no sabía [...] lo que esos psiquiatras iban a determinar como mejoría y qué no [...], de otra manera nunca hubiese salido de ese lugar [...] (Paola).

Según las narrativas ofrecidas, se debe mostrar más respeto hacia los usuarios; considerarlos no desde su diagnóstico y las preconcepciones asociadas, sino desde su condición de personas:

[...] ellos deberían mostrar respeto hacia el usuario, porque más que un paciente que está ahí porque tiene un trastorno, es una persona (Paola).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue comprender la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia. La internación es un servicio de atención integral e integrada en salud mental; sin embargo, es frecuente la insatisfacción y en general la valoración negativa del usuario. El análisis fenomenológico interpretativo señaló como temas maestros: la persona en la esquizofrenia, las

experiencias previas a la hospitalización, y la hospitalización como una experiencia compleja.

La persona en la esquizofrenia

En el presente estudio, ingresar a un hospital psiquiátrico representó una amenaza a la autorrealización personal, lo que resulta consistente con una investigación que informó alta incertidumbre hacia el futuro e incapacidad de hacer frente a la situación en pacientes con experiencias de hospitalización en unidades de salud mental⁷. Así también, la internación se valoró como un evento producto del distanciamiento de las actividades diarias, similar a un estudio que informa de la escasez de recursos interpersonales o aislamiento social, además de representar malestar social en pacientes readmitidos a hospitalización⁸. En ese sentido, una investigación registró como metáforas de la unidad “una prisión”, “zoológico”, “lugar de horror” y “caja de cartón” en pacientes de alta y tratamiento actual⁹.

El uso de la contención y el aislamiento fue una práctica cuestionada por la falta de reconocimiento de los pacientes como personas, en contraposición con la necesidad de más psicoterapia. Al respecto, diferentes estudios demuestran la importancia de la expresión emocional en un entorno seguro dada la probabilidad de movilización emocional, mientras que la terapia grupal durante la hospitalización puede ser valorada negativamente debido a la revelación de emociones intensas que no reciben atención o seguimiento individual⁹.

Por otra parte, se encontró que las experiencias espirituales fueron patologizadas y no se reconocieron como estrategias de afrontamiento. No obstante, diferentes investigaciones muestran que la religiosidad es, en efecto, un mecanismo activo que favorece la adaptación durante la remisión por esquizofrenia, independiente del método espiritual o de la práctica religiosa³²⁻³⁵. En general, la espiritualidad, religiosidad o fe genera esperanza, apoyo y recursos para manejar el estrés por los síntomas de la enfermedad.

La narrativa mostró la experiencia emocional negativa en la hospitalización y la necesidad de

implementar estrategias alternativas a la internación, como los espacios comunitarios, esto es, programas como las Casas de Crisis o el Proyecto Soteria, y el diálogo abierto^{36,37}. En este sentido, investigaciones resaltan las ventajas de estas iniciativas al disminuir los eventos negativos, respetar la autonomía, brindar más apoyo y construir mejores relaciones terapéuticas³⁸.

Adicional a las repercusiones emocionales, los participantes señalaron que el diagnóstico no reconoció las experiencias vitales y el contexto inmediato; en consecuencia, significó una amenaza a la autonomía y mayor estigma social de los psiquiatras al interpretar la conducta de los pacientes. Estos resultados son similares a diferentes estudios que señalan problemas de interpretación frente a los mecanismos para afrontar la experiencia y los comportamientos problemáticos⁹. Adicionalmente, es destacable el problema de desconexión o deshumanización en la atención³⁹.

Respecto a la recuperación, se definió como un proceso desgastante, que trasciende la ausencia o presencia de síntomas. Aunque algunos reconocieron la necesidad de medicación, los efectos secundarios no compensan el beneficio. A partir de las narrativas, se vislumbra la recuperación como algo complejo, que implica lidiar con un problema de salud mental dentro del sentido, la identidad, la salud y el bienestar⁴⁰. Estas concepciones son coherentes con el desarrollo del concepto de salud mental durante los últimos años: la salud mental es más que la ausencia de enfermedad.

Experiencias previas a la hospitalización

Al indagar sobre el motivo de ingreso hospitalario, se registraron distintos eventos que favorecieron patrones de conducta y terminaron por exacerbar la paranoia, pensamientos obsesivos, escucha de voces, ideas de grandeza, abulia y un desinterés generalizado hacia las responsabilidades personales. Se encontraron algunas situaciones que antecedieron a la admisión como crisis económica, maltrato intrafamiliar, abandono del cónyuge y consumo de drogas. Asimismo, el estado previo a la

admisión se caracterizó por intoxicación aguda, autolesión severa, deterioro del estado mental y alteración del comportamiento, también señalados en un estudio en participantes de readmisión⁸. Estos resultados son consistentes respecto a las dificultades para afrontar experiencias adversas previas a la hospitalización, y su origen en la carencia de recursos interpersonales para lidiar con el estrés⁴¹. Es importante destacar la internación como una estrategia primaria de afrontamiento⁸.

La hospitalización psiquiátrica como una experiencia compleja

Respecto a la hospitalización, la admisión voluntaria fue una experiencia positiva en comparación con la admisión forzada, que impactó negativamente la calidad de las relaciones terapéuticas. Según la literatura, los ingresos voluntarios se relacionan con sentimientos de aceptación, alivio y expectativa positiva, mientras que ingresos involuntarios se caracterizan por angustia, desesperanza, confusión, traición, ira, percepción de coerción, supresión de derechos y miedo a los compañeros de sala^{11,39-41}, aunque otras investigaciones reportan experiencia de alivio en hospitalizaciones involuntarias debido a la incapacidad de reconocer la enfermedad y percibir seguridad^{3,11}. Otro aspecto importante fue la falta de información antes y durante de cada estancia, un tema constante en diversos estudios, específicamente respecto a motivos de ingreso, plan de acción, efectos de la medicación, falta de alternativas y tiempo de hospitalización^{9-11,42,43}.

El entorno hospitalario se describe como pequeño, hacinado y con funcionalidades de monitoreo-observación, pero no para brindar cuidado o tratamiento. En diferentes estudios, se compara con lugares de poco contacto social^{9-11,42}, especialmente porque son espacios con acceso restringido a zonas exteriores, y en consecuencia generan sensación de aislamiento⁴³. De igual forma, la percepción de poca seguridad, debido a la pérdida de pertenencias personales, fue cuestionada porque propicia sentimientos de vulnerabilidad, experiencia que coincide con otro estudio¹⁴. Por otra parte, se experimentaron sentimientos de temor a raíz de los problemas concomitantes de los usuarios, en consonancia con estudios que registran respuestas

de temor muy intensas^{7,43}, percepción de caos, ruidos y agitación en las salas^{11,40}. Referente a las reglas y rutinas, fue usual encontrar días rutinarios, con una pasividad excesiva. Estas críticas son ampliamente expuestas por los usuarios de los servicios hospitalarios^{3,11,42,43}.

También se encontró como tema la medicación, dada la no participación en la toma de decisiones y la ausencia de información acerca de las dosis y los efectos secundarios. El número de medicamentos, su cambio permanente y las formas de suministro fueron, en definitiva, un asunto problemático que afectó la calidad de las relaciones terapéuticas y configuró la creencia de la medicación como única alternativa de recuperación. Algunos estudios confirman esta dinámica relacionada con el diagnóstico y la medicación, la actitud centrada en los medicamentos y no en la persona, no ser incluido en la toma de decisiones, así como el imperativo de aumentar espacios de psicoterapia^{9-11,12,41-43}.

Otras experiencias narradas tienen relación con el uso de prácticas como la contención tanto física como química y el uso del aislamiento. Estos procedimientos se experimentaron en mayor o menor medida como una violación a los derechos humanos y un ataque a la integridad personal. La contención también se relacionó con tener pesadillas una vez dada el alta. Adicionalmente, se manifestó haber percibido placer por parte del profesional que aplicaba el procedimiento. En suma, las prácticas expuestas se asocian al daño físico-psicológico⁴⁴, trauma^{3,10,11,15}, violación de los derechos humanos, control y deshumanización, y no favorecen la recuperación¹⁸.

Para finalizar, se señalan características de las relaciones terapéuticas como actitudes de cariño y calidez, en contraposición con relaciones terapéuticas de poca delicadeza e inhumanas. Acerca de los psiquiatras, se cuestiona el hecho de estar al margen del proceso y su falta de humanidad. De forma progresiva, se configura la percepción del paciente de ser un caso que experimenta un espectro de síntomas. Así pues, resulta evidente la necesidad de relaciones auténticas durante la hospitalización, debido a que se otorga mayor relevancia al diagnóstico que a la persona. Estos resultados son similares a investigaciones que

informan del trato inhumano, la falta de comunicación, el énfasis en el diagnóstico, la medicación-síntomas y la presencia de actitudes hostiles. No obstante, algunos estudios reportan que es posible desarrollar vínculos positivos durante la internación^{3,9-11,14,35,39,41-43,45}. En este sentido, se deben considerar diversos factores personales, familiares y organizacionales que se asocian a las relaciones terapéuticas en los profesionales de la salud con desempeño en unidades de internación. La presente investigación sugiere reanalizar las diversas prácticas en los servicios de hospitalización en salud mental. Se recomienda entonces evaluar la hospitalización como estrategia de tratamiento, especialmente cuando se genera en condiciones de no voluntariedad. Así también, es relevante agotar todos los recursos terapéuticos en etapas iniciales, a la vez que se tiene claridad sobre su utilidad y se propende a no incrementar el sufrimiento. El proceso de traslado y admisión debe ser estudiado para diseñar condiciones que minimicen el estrés y ansiedad. Teniendo en cuenta la funcionalidad inicial, es fundamental además garantizar una evaluación objetiva de la capacidad de consentimiento, debido a que se puede asumir que las personas no son aptas para participar en la toma de decisiones.

De igual manera, es importante brindar información acerca de los motivos de ingreso, el tiempo de permanencia, las reglas, las rutinas y la medicación. Respecto a la organización de los usuarios en las salas, sería útil distribuirlos según su nivel de gravedad con la finalidad de disminuir la angustia y promover las interacciones sociales. Acerca de prácticas como la contención y el aislamiento, en la medida de lo posible se debe evitar su uso, para recurrir a una mayor comprensión de la conducta del usuario. Finalmente, es necesario revisar el plan de actividades para evitar el desinterés y la desocupación, incrementar la psicoterapia, cuidar las relaciones con el personal clínico, evitar mentiras y engaños, cumplir promesas, brindar un trato digno y respetuoso, y mostrar interés en los usuarios y en su experiencia.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe considerar que los resultados no representan las experiencias de todas las personas hospitalizadas en

unidades de salud mental. Se recomienda en futuras investigaciones incluir personas con diferentes diagnósticos, así como la experiencia de los profesionales que trabajan en entornos hospitalarios. Es relevante asimismo ampliar el conocimiento de prácticas como la contención y el aislamiento, y su impacto en el desarrollo de experiencias de trauma, incluso una vez dada el alta. Del mismo modo, es menester ampliar el conocimiento sobre las relaciones terapéuticas y los procesos de recuperación. Además, se requiere más investigación respecto a la eficacia de la internación en unidades de salud mental y la superioridad frente a otras alternativas.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: concepción de la investigación, trabajo de campo, análisis de la información, redacción, aprobación de la versión final.

Segundo autor: análisis de la información, redacción, aprobación de la versión final.

Tercer autor: análisis de la información, redacción, aprobación de la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5 [internet]. 2016 [citado 2021 Feb 21]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
2. Geekie J, Read J. El sentido de la locura [internet]. Barcelona, España: Herder; 2012. Disponible en: https://www.herdereditorial.com/el-sentido-de-la-locura_1
3. Ådnanes M, Melby L, Cresswell-Smith J, Westerlund H, Rabbi L, Dernovšek MZ, et al. Mental health service users' experiences of psychiatric re-hospitalisation - an explorative focus group study in

- six European countries. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1): 1-8. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3317-1>
4. Doerfler LA, Moran PW, Hannigan KE. Situations associated with admission to an acute care inpatient psychiatric unit. *Psychol Serv.* 2010; 7(4): 254-65. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0020642>
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 48.680 [internet]. 2013 [citado 2020 Ene 15]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base_doc/ley_1616_2013.html
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia [internet]. Bogotá, Colombia; 2014 [citado 2020 Abr 15]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_esquizofrenia/gpc_esquizofrenia.aspx
7. Wyder M, Roennfeldt H, Rosello RF, Stewart B, Maher J, Taylor R, et al. Our Sunshine place: A collective narrative and reflection on the experiences of a mental health crisis leading to an admission to a psychiatric inpatient unit. *Int J Ment Health Nurs.* 2018; 27(4): 1240-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12487>
8. Duhig M, Gunasekara I, Patterson S. Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Heal Soc Care Community.* 2017; 25(1): 75-82. Doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12269>
9. Reavey P, Poole J, Corrigan R, Zundel T, Byford S, Sarhane M, et al. The ward as emotional ecology: Adolescent experiences of managing mental health and distress in psychiatric inpatient settings. *Health Place.* 2017; 46(5): 210-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.05.008>
10. Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M, et al. Service Users' Experiences of Involuntary Hospital Admission Under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv.* 2017; 68(11): 1127-35. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700008>
11. Chevalier A, Ntala E, Fung C, Priebe S, Bird VJ. Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLoS One.* 2018; 13(9): 1-17. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203457>
12. Duque H. Comprensión de la experiencia de locura. Un análisis fenomenológico interpretativo [Tesis de grado maestría en Psicología]. Barranquilla: Universidad del Norte, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2018.
13. Owen-Smith A, Bennewith O, Donovan J, Evans J, Hawton K, Kapur N, et al. "When you're in the hospital, you're in a sort of bubble". Understanding the high risk of self-harm and suicide following psychiatric discharge: A qualitative study. *Crisis.* 2014; 35(3): 154-60. Doi: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000246>
14. Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *Int J Ment Health Nurs.* 2015; 24(2): 181-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12121>
15. Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. Trauma in relation to psychosis and hospital experiences: The role of past trauma and attachment. *Psychol Psychother.* 2015; 88(3): 227-39. Doi: <https://doi.org/10.1111/papt.12035>
16. Keogh B, Callaghan P, Higgins A. Managing preconceived expectations: Mental health service users' experiences of going home from hospital: A grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015; 22(9): 715-23. Doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12265>
17. Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Soc Sci Med.* 2019; 223(12): 89-96. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
18. Brophy L, Roper C, Hamilton B, Tellez J, McSherry B. Consumers and Carer perspectives on poor

- practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst.* 2016; 10(1): 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
19. Amsalem D, Hasson-Ohayon I, Gothelf D, Roe D. Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatr Rehabil J.* 2018; 41(3): 163-8. Doi: <https://doi.org/10.1037/prj0000310>
20. Ceballos G, Jiménez M, De la Torre E, Suárez Y. Estigma-discriminación hacia personas con trastornos mentales en estudiantes de medicina. *Tesis Psicológica.* 2020; 15(2): 1-21. Doi: <https://doi.org/10.37511/tesis.v15n2a13>
21. Campo-Arias A, Ceballos-Ospino G, Herazo E. Denominaciones para trastornos mentales conocidas por estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. *Ipsa Scientia.* 2020; 5(1): 72-8. Doi: <https://doi.org/10.25214/27114406.968>
22. Bellini LC, Paiano M, Ciccone BC, Silva S. Psychiatric Emergency Hospitalization-Meanings, Feelings, Perceptions and the Family Expectation. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019; 11(2): 383-9. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.383-389>
23. Yin RK. *Qualitative research from start to finish* [internet]. New York: The Guilford Press; 2016. Disponible en: <https://n9.cl/etgmd>
24. Duque H, Aristizábal E. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología.* 2019; 15(25): 1-24. Doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
25. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods* [internet]. London: Sage Publications; 2015. Disponible en: <https://n9.cl/s452j>
26. Brinkmann S, Kvale S. *Doing interviews* [internet]. London: Sage Publications; 2018. Doi: <https://doi.org/10.4135/9781529716665>
27. Appelbaum PS, Grisso T. MacArthur competence assessment tool for clinical research. MacCAT-CR [internet]. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 2001. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2001-18155-000>
28. Silverman D. *Doing qualitative research: A practical handbook* [internet]. London: Sage Publications; 2013 [citado 2020 Abr 15]. Disponible en: <https://n9.cl/jhzi>
29. Flick U. *La gestión de la calidad en la investigación cualitativa* [internet]. Madrid: Morata; 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3jcWi4W>
30. Declaración de Helsinki [internet] [citado 2020 Abr 15]. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3.htm
31. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. 4 de octubre de 1993 [citado 2020 Ene 15]. Disponible en: <https://www.normassalud.com/archivos/2f5b70c621fdbcb0de0dcc46e2e4ef63a57dbe7fe6a564c9de9d42cd51c0beaf1>
32. Walsh J, Hochbrueckner R, Corcoran J, Spence R. The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Soc Work Ment Health.* 2016; 14(6): 607-24. Doi: <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153>
33. Das S, Punnoose VP, Doval N, Nair VY. Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital. *Psychiatry Res.* 2018; 265(7): 238-43. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.030>
34. De Wet A, Swartz L, Chiliza B. Hearing their voices: The lived experience of recovery from first-episode psychosis in schizophrenia in South Africa. *Int J Soc Psychiatry.* 2015; 61(1): 27-32. Doi: <https://doi.org/10.1177/0020764014535753>
35. Eldal K, Natvik E, Veseth M, Davidson L, Skjølberg Å, Gytri D, et al. Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental

health. *Issues Ment Health Nurs.* 2019; 40(2): 88-96. Doi: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>

36. Butt MF, Walls D, Bhattacharya R. Do patients get better? A review of outcomes from a crisis house and home treatment team partnership. *BJPsych Bull.* 2019; 43(3): 106-11. Doi: <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.105>

37. Hahn PD. Soteria House and Open Dialogue Therapy. En: *Madness and Genetic Determinism.* Palgrave Macmillan; 2019. p. 149-54. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-21866-9_13

38. Smithson JS. Efficacy of mental health crisis houses compared with acute mental health wards: a literature review. *Ment Heal Pract.* 2019. Doi: <https://doi.org/10.7748/mhp.2019.e1404>

39. Seed T, Fox JRE, Berry K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2016; 61(9): 82-94. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>

40. Davidson L, González-Ibáñez Á. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq [revista en la Internet].* 2017; 37(131): 189-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011

41. Loft NO, Lavender T. Exploring compulsory admission experiences of adults with psychosis in the UK using Grounded Theory. *J Ment Heal.* 2016; 25(4): 297-302. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101415>

42. Fenton K, Larkin M, Boden ZVR, Thompson J, Hickman G, Newton E. The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: Service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place.* 2014; 30(6): 234-41. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.09.013>

43. Salamone-Violi GML, Chur-Hansen A, Winefield HR. 'I don't want to be here but I feel safe': Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person's perspective. *Int J*

Ment Health Nurs. 2015; 24(6): 569-76. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12163>

44. Hawsawi T, Power T, Zugai J, Jackson D. Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *Int J Ment Health Nurs.* 2020; 29(5): 831-45. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12716>

45. Zubi Y, Connolly P. Recollected experiences of first hospitalisation for acute psychosis among persons diagnosed with schizophrenia in South Africa. *South African J Psychiatry.* 2017; 19(3): 5. Doi: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v19i3.399>