



# Investigating el impacto de la hospitalización involuntary psychiatric en la confianza de los jóvenes y adultos jóvenes y la búsqueda de ayuda en los caminos a la atención

Nev Jones<sup>1</sup> · Becky K. Gius<sup>2</sup> · Escudos deórgano M<sup>3,4</sup> · Shira Collings<sup>5</sup> · Cherise Rosen<sup>6</sup> · Michelle Munson<sup>7</sup>

Recibido: 26 August 2020 / Accepted: 12 febrero 2021  
© Springer-Verlag GmbH, DE parte de Springer Nature 2021

## abstracto

**Propósito** Pocos estudios se han centrado en la experiencia de hospitalización psiquiátrica involuntaria entre los jóvenes, especialmente el impacto de estas experiencias en el compromiso con los servicios de salud mental después del alta. En este estudio, contribuimos a una comprensión más profunda de las experiencias juveniles de hospitalización involuntaria (IH) y sus impactos posteriores en la confianza, la búsqueda de ayuda y el compromiso con los médicos.

**Métodos** El estudio utilizó un enfoque teórico fundamentado, realizando entrevistas en profundidad con 40 jóvenes y adultos jóvenes (de 16 a 27 años) que habían experimentado al menos una hospitalización involuntaria previa.

**Resultados** Tres cuartas partes de los jóvenes reportaron impactos negativos de IH en la confianza, incluyendo la falta de voluntad para revelar sentimientos o intenciones suicidas. La no divulgación selectiva de sentimientos suicidas se informó incluso en los casos en que el participante continuó reuniéndose con los proveedores después de la descarga. Los factores identificados como que contribuyeron a la desconfianza incluyeron percepciones del tratamiento hospitalario como más punitivos que terapéuticos, personal más crítico que empático y hospitalización en general que no satisface las necesidades terapéuticas. Por el contrario, los participantes reportaron experiencias más mixtas de hospitalización y benefi indirectos simul-taneously fuertes, incluyendo un mayor apoyo familiar, disminución de los miembros del juicio familiar y un mayor acceso a la atención.

**Conclusiones** Los hallazgos llaman la atención sobre las formas en que las experiencias coercitivas pueden afectar las vías de los jóvenes hacia y a través de cuidado. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender el impacto de estas experiencias en muestras más grandes, y su influencia en los resultados posteriores, incluyendo la participación y el bienestar a largo plazo. Por último, estos datos pueden informar el desarrollo y las pruebas de intervenciones hospitalarias y posteriores a la descarga diseñadas para mitigar posibles daños.

**Palabras clave** Hospitalization involuntario · Jóvenes y adultos jóvenes · Prevención del suicidio: vías de atención · Compromiso del tratamiento

---

\* Nev Jones  
genevra@usf.edu  
u

Becky K. Gius  
bkgius@mail.usf.edu

Morgan Shields  
hmorg@penn.edu

Shira Collings  
shira.collings@gmail.com

Cherise Rosen  
ccrosen@uic.edu

Michelle Munson  
Michelle.munson@nyu.edu

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría y Neurociencias Conductuales, Universidad del Sur de Florida, 4202 East Fowler Ave, Tampa, FL 33620, EE.UU.

<sup>2</sup> Departamento de Psicología, Universidad del Sur de Florida, Tampa, FL, EE.UU.

<sup>3</sup> Departamento de Psiquiatría, Centro de Salud Mental, Escuela de Medicina Perelman, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, PA, EE.UU.

<sup>4</sup> Leonard Davis Institute of Health Economics, Filadelfia, PENNSILVANIA, Estados Unidos

<sup>5</sup> Departamento de Consejería, Universidad de Troya, Tampa, FL, EE.UU.

<sup>6</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad de Illinois en Chicago, Chicago, IL, EE.UU.

<sup>7</sup> Silver School of Social Work, Universidad de Nueva York, Nueva York, NY, EE.UU.

## Introduction

En regiones sin servicios de salud mental ambulatorios de fácil acceso, los servicios de crisis, incluidas las visitas al departamento de emergencias, la hospitalización involuntaria y el contacto o arresto policial impulsado por crisis, con demasiada frecuencia se convierten en un lugar de entrada predeterminado en los servicios [1-4]. Si bien tales intersecciones se han caracterizado ampliamente en las vías juveniles para cuidar la literatura como "negativas" [1, 5-7], la investigación detallada del papel longitudinal y el impacto subjetivo del particular camino a las experiencias de cuidado, especialmente aquellos que involucran coerción, sigue siendo sorprendentemente escasa. En una de las pocas excepciones, un estudio de seguimiento noruego de adultos jóvenes hospitalizados voluntaria o involuntariamente para un episodio final de psicosis no fue ese estado de admisión inicial adversamente af posterior psicopatología o adherencia a medicamentos [8]. Por el contrario, un estudio con sede en Estados Unidos sobre el desarrollo de síntomas postraumáticos y trastornos en respuesta a síntomas o experiencias de tratamiento asociadas con un primer episodio, encontró que el 71% de la muestra había experimentado hospitalización involuntaria ("ser llevado por la fuerza al hospital") entre otras experiencias de tratamiento inicial negativa; El 47% de esas experiencias a su vez cumplieron con el criterio del TEPT DSM-IV para la "amenaza percibida" y el 63% por haber inducido "miedo intenso, impotencia o horror" [9, 10]. En general, el 66% de la muestra de estudio cumplió con los criterios para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) resultantes de un traumatismo asociado con la aparición de síntomas, experiencias de tratamiento traumático o su combinación.

Dentro de la literatura para adultos, un pequeño cuerpo de investigación sobre la evaluación retrospectiva de los pacientes de hospitalizaciones involuntarias sugiere que algunos, pero no todos, antiguos pacientes hospitalizados involuntarios, en un momento posterior, evalúan retroactivamente su hospitalización involuntaria como justificada [11-13]. Los estudios sobre el impacto de la hospitalización involuntaria - el recuento de los resultados posteriores en el seguimiento han sido más mixtos; por ejemplo, un puñado de estudios no han encontrado ninguna asociación entre el tratamiento involuntario o la coerción percibida y la posterior participación en el tratamiento [14-16], mientras que otros han vinculado la hospitalización involuntaria con la disminución de la satisfacción del servicio [17-20], la disminución de la calidad de vida [21] autoeficacia [22-24] e influencias negativas en la visión

posterior de los sistemas de salud mental [25]. Además, está bien documentado que el riesgo de suicidio alcanza su punto máximo en los meses posteriores al alta de la atención psiquiátrica hospitalaria [para revisión ver 24]. Si bien esto podría deberse a un efecto de selección, donde las personas con mayor riesgo son más propensas a ser hospitalizadas, hay algunas pruebas de que el daño iatrogénico contribuye al riesgo de suicidio después del alta [26-28]. Un estudio longitudinal reciente encontró que los pacientes que reportaron coacción percibida durante el ingreso en hospitalización tenían una mayor probabilidad de suicidarse

intento en el año siguiente al alta, incluso después de con- trolling para covariables incluyendo current ideación suicida, participación en los servicios, y un diagnóstico de depresión [29, 30]. Aunque esta evidencia sugiere que las experiencias hospitalarias son infladas después del alta, actualmente faltan caracterizaciones empíricas de experiencias de hospitalización involuntaria percibidas y su impacto posterior en los resultados posteriores al alta. En cuanto a la investigación cualitativa, una meta-síntesis reciente describe un heterogéneo- mezcla ous de experiencias de hospitalización involuntaria, varián- ing por población, ajuste y contexto [31]. A través de los estudios, algunos participantes describen un sentido de "santuario", mientras que otros reportan miedo, autonomía perdida e injusticia procesal percibida.

Se han propuesto diversos mecanismos para impactos positivos y/o negativos de la hospitalización involuntaria. Instru- mentalmente, la hospitalización puede conducir a un diagnóstico inicial que 'valida' las luchas que pueden haber sido minimizadas o cuya gravedad de la severidad no estaba clara previamente [32]. Además, en particular cuando existen intervenciones de eff e discharge y vías de derivación, la hospitalización puede vincular a los jóvenes que antes no podían acceder a los servicios ambulatorios con la atención necesaria [33, 34]. Simultáneamente, la pérdida de autonomía, la injusticia procesal percibida y las experiencias de tratamiento negativa pueden conducir a la percepción de "traición institucional" y "trauma santuario" [35 -38] socavando así la fe en la beneficencia de las instituciones psiquiátricas [39]. La hospitalización también puede desencadenar o reforzar la aplicación del estigma - hension [40], disminuir la confianza en los proveedores [41], afectar perjudicialmente la autoestima y otros aspectos de la identidad emergente, y interrumpir las relaciones entre pares y escuelas [42].

## Metas

Dadas las grandes lagunas en la literatura sobre el impacto de las experiencias tempranas de tratamiento involuntario y los hallazgos de confl dentro de la literatura para adultos, realizamos un estudio cualitativo explora- tory multi-stakeholder con la pregunta principal de cómo las hospitalizaciones involuntarias iniciales afectan las vías de tratamiento para jóvenes y adultos jóvenes después del alta.

## método

### diseño

Se utilizó una teoría fundamentada (GT) de diseño informado [43, 44] para permitir la exploración en profundidad de las experiencias de hospitalización involuntaria de los jóvenes y el impacto de estas experiencias una vez dadas de alta de nuevo en el commu- nity. Adoptando un enfoque constructivista dentro de GT [43] buscamos entender la relación entre

hospitalización y tratamiento posterior como una "realidad descubierta" que surge a través de la interacción entre investigadores, participantes y sus narrativas. En la condistinción de lo que a veces se conoce como GT "completo", nuestro objetivo no era desarrollar una teoría completamente fl ed, sino más bien un preli- comprensión conceptual nary del impacto de IH en las vías para el cuidado. Nuestro análisis, como se discute a continuación, surgió del suelo.

### ética

Los protocolos fueron revisados y aprobados por el IRB del primer autor. Los participantes de 18 años o más proporcionaron consentimiento informado, y los menores proporcionaron consentimiento junto con el consentimiento de los padres.

### Muestreo y participantes

Nuestra estrategia de reclutamiento fue multifacrieta e incluyó la publicación de folletos de reclutamiento en colegios comunitarios y uni- versidades, cafés frecuentados por jóvenes, centros de tratamiento ambulatorios y centros comunitarios. Además, los folletos elec- tronic fueron difundidos a través de las listas regionales de jóvenes y las redes sociales (Twitter y Facebook). En última instancia, realizamos entrevistas en profundidad con 40 jóvenes (de 16 a 27 años) que habían experimentado al menos una hospitalización involuntaria.

El muestreo fue purposivo, con el objetivo general de entrevistar a los participantes con diversos archivos demográficos y experiencias de hospitalización involuntaria (IH). A medida que surgieron tendencias que indicaban una necesidad de contrapeso, reclutamos de manera más selectiva (por ejemplo, entrevistando proactivamente a participantes masculinos y disminuyendo participantes femeninas una vez que quedó claro que desproporcionadamente más mujeres eran voluntarias). La recopilación de datos se cerró cuando se alcanzó la saturación temática, es decir, no se habían introducido temas "nuevos" importantes en diez entrevistas sucesivas entre los participantes que reportaron impactos positivos y negativos en la interacción posterior a la descarga. Las entrevistas en sí eran semiestructuradas; para cada episodio de hospitalización involuntaria, cubrieron precipitantes, iniciación, transporte y experiencias hospitalarias, y impactos a corto y largo plazo (información suplementaria).

### Recopilación y análisis de datos

El primer, segundo y cuarto autores realizaron entrevistas, junto con un asistente adicional de investigación de nivel doctoral. Siguiendo enfoques teóricos fundamente fundamentados, el equipo utilizó una comparación constante a lo largo del período de recopilación de datos activo: evaluación continua de similitudes y diferencias en entrevistas y entrevistadores, incluyendo presentaciones y discusión de conceptualizaciones preliminares durante reuniones de laboratorio. Como temas destacados y áreas adicionales para

surgió la investigación, el equipo de investigación aumentó el protocolo de entrevista con indicaciones adicionales.

Una vez transcritas todas las entrevistas, los autores se dedicaron independientemente a la codificación línea por línea de transcripciones. Los códigos iniciales fueron entonces iterativamente discutidos y probados en transcripciones adicionales. Los miembros del equipo de investigación fueron consultados en puntos clave sobre cuestiones de interpretación y categorización. Una vez que se desarrolló un libro de códigos final, las comprobaciones formales de confiabilidad se conducían utilizando 8 transcripciones codificadas de forma independiente y produciendo un alfa de Krippendorff de 0,88.

Las relaciones entre estos códigos iniciales se conceptualizaron a través de la codificación axial, o el proceso de relaciones map-ping out entre categorías y subcategorías identificadas a través de la codificación abierta inicial. En concreto, alineando con el esquema de codificación axial de Strauss y Corbin [44], buscamos identificar condiciones causales, contexto, estrategias de acción/interacción y consecuencias.

### **reflexividad**

El equipo de investigación más amplio (los involucrados en entrevistas, así como la codificación y la interpretación) incluyó investigadores con diversas experiencias personales de hospitalización involuntaria como iniciadores, proveedores hospitalizados y usuarios de servicios. Estas perspectivas fueron discutidas y exploradas a lo largo del proyecto, con énfasis en entender cuán diferentes serían en la experiencia individual podrían influir en la interpretación. Además, el equipo reflexionó sobre las formas en que el trabajo más amplio de los miembros del equipo de investigación podría haber influido en las narrativas de los participantes. Por ejemplo, una participante describió el trabajo del indicador de rendimiento antes de la entrevista y aceptó la inter-visión solamente, porque, desde su punto de vista, la investigación del PI parecía confiable y producida en colaboración.

## **Resultados**

### **muestra**

Nuestra muestra de 40 jóvenes y adultos jóvenes (de 16 a 27 años). En el Cuadro 1 se informa de la demografía completa. Más de la mitad de nuestra muestra de "experimentador" de Y/YA (55%) se identificó como miembro de un grupo étnico/minoritario racial.

### **Fenómeno e: confianza/desconfianza**

A medida que avanzaba el proceso analítico, el tema de la (dis)confianza después de la hospitalización involuntaria surgió como nuestro fenómeno de interés de órganos. Los participantes fueron clasificados en dos grupos: aquellos que reportaron impactos negativos en la locura de confianza - bajada de la descarga y aquellos que no lo hicieron. Los esfuerzos analíticos posteriores se centraron entonces en la comprensión de los conductores y

**Tabla 1** Jóvenes/adultos jóvenes  
Demografía

(porcentaje) o media	Frecuencia de categoría
sexo	
Mujeres	28/40 (70%)
Genderfluid o no binario	1/40 (2,22%)
Raza/etnia	
Blanco	18/40 (45%)
Afroamericanos	4/40 (10%)
Asiático-Americano	5/40 (12,5%)
Latinx	12/40 (30%)
multirracial	1/40 (2,5%)
Ninguno de los padres completó la universidad	11/40 (27,5%)
Al menos un padre con un título de posgrado	12/40 (30%)
Edad en el momento de la entrevista	19,4 años
Edad en el momento de la hospitalización involuntaria inicial	16,2 años (rango 11–23)
Tiempo entre la hospitalización involuntaria inicial y la entrevista	
1 mes–1 año	27,5% (11/40)
1 año–3 años	27,5% (11/40)
4 años–6 años	30% (12/40)
Más de 6 años	15% (6/40)
Hospitalizado involuntariamente dos o más veces	13/40 (28,9%)
Primera hospitalización involuntaria en secundaria	20/40 (50%)
Primera hospitalización involuntaria después de la escuela secundaria	20/40 (50%)

consecuencias de estos dos patrones generales. La Figura 1 en información suplementaria proporciona una representación visual de nuestro marco conceptual emergente.

En total, el 70% (30/40) de los participantes describieron impactos negativos en su capacidad o disposición a confiar en otros, con mayor frecuencia proveedores de salud mental, pero en algunos casos se extienden a una autoridad más amplia (padres, maestros) y compañeros. Tanto la intensidad de la desconfianza, donde está presente, como el grado de impacto conductual variaron:

"... realmente no me hizo querer abrirme a nadie porque todavía pasaría por las mociones, pero antes, sería mucho más abierto al respecto a las personas cercanas a mí y a los psicólogos. Pero después, ya no quería hablar de cosas".  
"[Después] siempre pensaría en, no quiero volver a [el hospital]. No quiero ... No puedo decirle a nadie que me siento así porque me van a enviar de vuelta".

**Grupo de desconfianza: deshumanización y castigo en lugar de atención** en general, la mayoría de los participantes en ambos grupos describieron al menos algunas experiencias negativas de hospitalización involuntaria. Sin embargo, entre los

## Experiencia causal y condiciones de interacción

### Contrasting experiencias de alquitrán involuntario y hospitalización

reportando desconfianza (30/40), las experiencias negativas fueron casi omnipresentes, a menudo notablemente más intensas y no pocas- extrañamente descritas como "traumáticas" o "dañinas". Las experiencias negativas del grupo de desconfianza también fueron descritas más a menudo no sólo como injustificadas sino explícitamente "punitivas". En la Tabla 2 se encuentran citas adicionales que ilustran las experiencias de este grupo.

Con respecto a las percepciones de la atmósfera general, poco más de la mitad (16/30) del grupo de desconfianza comparó la instalación en la que permanecieron en una "cárcel", una "prisión" u otra institución carceral; casi la mitad (14/30) informó sentirse "aterrorizado", "asustado" o "inseguro", mientras que confinado y tres cuartas partes (23/30) describió al personal con el que interactuaban o el ambiente general como frío o poco comprensivo. Muchos (13/30) invocaron el lenguaje de la "deshumanización" (por ejemplo, "te trataron mucho como si no fueras una persona allí. Te socavaron mucho y te menospreciaron"; "Se sentía deshumanizante... porque no creerían nada de lo que dijiste"). El 13,3% (4/30) expresó su preocupación por el hecho de que no hubiera habido esfuerzos "sin sentido" para abordar las fuentes reales de su angustia, y cerca de la mitad (14/30) informó que no había o muy mínima (e inadecuada) terapia individual o consejería.

En cuanto a las narrativas de incidentes más específicos de daño, un participante denunció una agresión sexual y otros dos acoso sexual por parte de otros pacientes hospitalizados; en los tres casos, participantes sentía que el personal sólo tomaba medidas mínimas para garantizar su seguridad y superficialmente. Dos participantes señalaron que estaban "amenazados" con un compromiso más largo

**Cuadro 2** Grupo de desconfianza: deshumanización y castigo en

lugar de citas	temáticas
Analogías a prisión o cárcel	"era como una prisión. Te despiertas en este momento, <b>vienen</b> a despertarte, si quieres ducharte tienen que estar [allí] monitoreando. Preguntamos: "¿Cuándo <b>vamos</b> a <b>hacer</b> esto? ¿Cuándo vamos a <b>hacer</b> eso?". No era como <b>Si</b> [estuviéramos] hablando con ellos, era como si estuvieran <b>de guardia de pie y muy fríos.</b> "
Deshumanización	"Después del almuerzo, tal vez, <b>NOS</b> llevarían afuera [a] <b>este</b> pequeño recinto que estaba todo cercado. Se sentía como pequeños animales en exhibición allí. Después de eso, unas <b>horas</b> hasta la cena. Todo el tiempo, <b>NO</b> eras nada. Te sentabas allí y veías la televisión como si <b>NO</b> estuvieras loco antes, <b>te</b> volverías <b>loco</b> en este lugar".
Juiciomoral	"... no <b>NOS</b> veían como personas. Era sólo otro paciente <b>que</b> entraba <b>y</b> salía. Los staff se hacían bromas el uno al otro, pensaban que estaban por encima de <b>NOSOTROS</b> porque <b>estábamos</b> en las instalaciones y estaban en el staff" "[En el hospital] realmente noté muchos <b>viajes</b> de energía... Es muy fácil caer en una mentalidad <b>de</b> juicio cuando estás interactuando con <b>personas</b> mentalmente enfermas, porque es ... se sentía como si quisieran que esa carrera no ayudara a la gente, sino sentirse mejor que la gente"
Aprendiendo a mentir	"La mentalidad en la que entras ahí, al menos en lo que me metí fue como, 'Vale, necesito fingir <b>que</b> estoy bien para que me dejen salir'. Porque no vas a mejorar <b>en</b> esa situación. Vas a fingir ser mejor, así <b>que</b> te dejarán salir, para que puedas volver a <b>una vida más fácil</b> ". "[Uno de los otros pacientes dijo] 'Oye, tienes que dejar de llorar', <b>y</b> yo estaba como, '¿Por qué? No <b>me</b> importa. ¿Por qué? Y uno de ellos es como, 'Bueno, <b>NO</b> te dejarán salir a menos que muestres estabilidad emocional', y yo estaba como, 'Oh <b>Dios</b> mío. Está bien.
'Aprendiendo a mentir' llevando a cabo el comportamiento posterior a la descarga	"... lo que <b>aprendí tan</b> pronto como me me metí en el hospital fue que en realidad <b>NO</b> podía <b>hablar de</b> lo que estaba mal. Porque entonces me tomarían en contra de mi voluntad <b>en</b> algún lugar, y mis padres tendrían <b>que</b> pagar por ello... Así que tan pronto como me dijeron que <b>NO</b> podía irme, <b>entonces me</b> cerré aún más. Y ya había sido reacio a entregar información, pero en ese momento fue: 'Sólo voy a decir <b>lo que sea</b> que necesite para salir'. A cualquiera, a mis padres, a los terapeutas, lo que sea que tenga <b>que</b> hacer para hacerles pensar que nada está mal". "Bueno... aprendes muy fácilmente. Aprendes muy fácilmente. A menos que tengas alguna [condición] en la que realmente no entiendas lo que la persona podría estar buscando de ti, <b>por</b> supuesto <b>que lo</b> sabes. ¿Quieres suicidarte hoy? "No, nunca me gustaría suicidarme. Yo nunca haría eso. ¿Estás deprimido? "No, no estoy deprimido. Todo es genial. Por supuesto, no voy a ...' [Si] muestras tu honestidad, te envían lejos. Así que a partir de <b>ese</b> momento, has <b>terminado</b> [de ser honesto]".

período o sedación (por ejemplo, "[el personal era como] 'Oh, si no te comportas, te vamos a sedar'") y cuatro estaban aislados y/o restringidos. Otros tres participantes describieron casos específicos de negligencia o maltrato, en un caso observado, es decir, el personal que obligaba a un niño de edad primaria a comer alimentos a los que era alérgica (y que había intentado comunicarlo repetidamente); otro participante reportó pruebas médicas forzadas (e injustificadas) debido a un error en los registros médicos.

A través de estas narrativas, lo que llegamos a conceptualizar como percepciones de juicio moral era común, por ejemplo, el sentimiento de haber sido juzgado como "menor que", "intelectualmente deficiente"

o "[como un] criminal" (véase el Cuadro 2). Aquellos participantes que describieron estas experiencias a menudo expresaron enojo por el hecho de que los proveedores aparentemente encargados de apoyar a los jóvenes con dificultades en su lugar los culparon o menospreciaron. Casi la mitad (43,3% (13/30)) informó de "aprender a mentir" o "manipular" al personal para que fuera dado de alta, lo que parecía necesario en un entorno en el que aparentemente se habían suspendido las normas sociales de equidad y confianza mutua. En al menos algunos de estos casos, los participantes vincularon explícitamente un imperativo internalizado a tergiversar sus emociones reales con *behav-* esdecir, análogos posteriores a la descarga (véase el Cuadro 2 como ejemplos). "Mentir"

es decir, establecer el escenario para la tergiversación y la intensión- tional no divulgación una vez que los participantes regresaron a las clínicas ambulatorias.

**Grupo intacto de confianza: aspectos positivos de la hospitalización y beneficios directos** Mientras que sólo unos pocos partici 'confianza intacta' - pantalones describieron sus experiencias como positivas en general, muchos aspectos positivos más notables de la hospitalización que parecían suavizar o contrarrestar las experiencias negativas. Los exámenes incluyeron grupos o actividades de terapia beneficiosas, personal "destacado" que los dejó sintiéndose atendidos y escuchados, y compañeros de cuarto u otros jóvenes con los que se unieron. Consulte los presupuestos del cuadro 3. Un subconjunto describió beneficios explícitos en términos de salud mental mejorada.

**Grupo de desconfianza: expectativas insatisfechas y des-tress sin abordar** Dentro del grupo de desconfianza, las experiencias negativas a menudo parecían particularmente **impactantes** para los participantes que esperaban que el ambiente hospitalario hospitalizado fuera muy diferente- ferente; por ejemplo, el 56,7% del grupo de desconfianza describió su estancia hospitalaria como peor (o mucho peor) de lo que esperaban frente a sólo el 20% (2/10) en el grupo de "confianza intacta". En la mayoría de los casos, la expectativa era que los hospitales hospitalarios proporcionaran terapia intensiva y/o su-

**Tabla 3** Grupo de confianza intacto: experiencias mixtas o positivas

y citas temáticas de beneficios	terapéuticos
Vinculación con otros pacientes (versus Staff) de la experiencia	"Estaba nervioso por los niños y luego los niños terminaron siendo la mejor parte de [mientras] Yo esperaba que el staff para ser comprensivo y respetuoso y que no eran ninguna de esas cosas"
Grupos o actividades algunos hablando	agradables "Cada dos días hacías terapia ocupacional, hacíamos terapia artística. Tuvimos terapia, hicimos algunos deportes stoba como cuerdas cursos y stoba como que, que siempre es divertido, así que eso fue realmente genial."
Destacado staff	"Había un [médico]... Ojalá recordara su nombre, pero él era... Me gustó mucho. Había algo en la forma en que se llevaba a sí mismo, y la forma en que interactuaba con la gente. Me sentí como si... era como un tipo de presencia calmante. "
Beneficio terapéutico	"El tipo que me acompañó cuando mi mamá vino a recogerme, le dijo a mi mamá", Es como ella es una persona completamente diferenteent. Creo que realmente tengo la atención que necesitaba".

Puertos. Del mismo modo, la mayoría del grupo de desconfianza (17/30), pero sólo unos pocos participantes de "confianza intacta" sintieron que estaban peor después de la descarga o que su simbolismo precipitado -toms había pasado desapercibido y, por lo tanto, no habían cambiado a cargo (Cuadro 4).

**Contrasting impactos y experiencias después de la descarga**

**Grupo de confianza intacto: impactos positivos indirectos** Los diez participantes de confianza intactos describieron al menos un impacto positivo significativo "indirecto" de la hospitalización (en comparación con una minoría del subgrupo de desconfianza). Algunos ejemplos fueron los padres o familias de los participantes que se tomaron más en serio sus desafíos de salud mental después del alta; experimentar menos culpa de la familia o amigos; o, en última instancia, recibir servicios de salud mental (incluidos medicamentos) como resultado de su hospitalización que consideraban útil. Para seis (de los diez), estos positivos "indirectos" incluían what a menudo se enmarcaba como una especie de "llamada de atención" o "momento aha" provocado por la hospitalización, lo que llevó a los participantes a hacer los cambios necesarios en sus vidas, y / o tomar más responsabilidad- ity para sí mismos. Un subconjunto adicional describió los cambios de perspectiva, que generalmente implicaban la comprensión de que su

las vidas eran mejores que las de muchos otros (esdecir, aquellos con peores problemas y más desventaja social; véase el Cuadro 5 para las citas).

**Grupo de desconfianza: el compromiso posterior al alta con los servicios de salud mental** Dentro de nuestra muestra, la desconfianza y la interacción con los servicios en el sentido más amplio surgieron como construcciones ortogonales, aunque a veces superpuestas. Entre los que denuncian desconfianza, el 8/30 informó de un uso mínimo (a corto plazo) posterior al alta de los servicios de salud mental fol-con baja por desvinculación sostenida, 2/30 evitado o desencantado- amordazados de todos los servicios de salud mental desde el alta, 2/30 transmitió que potencialmente habrían sido inter-ested en el tratamiento post-discharge pero sus padres no permitirían o no podrían af d; el resto (16/30) informó de algún uso continuo del servicio. De estos 16, siete comenzaron a tomar medicamentos después de su invol inicial- hospitalización notaria, cuatro fueron recetados medicamentos durante la hospitalización involuntaria, pero decidieron no tomarlos (o cualquier otro medicamento psiquiátrico) una vez dados de alta, y 10 continuaron tomando medicamentos initi- ated antes de la hospitalización. Con respecto a la terapia o consejería, 6/30 reportó sólo experiencias negativas

**Cuadro 4** Grupo de desconfianza: expectativas insatisfechas y necesidades no atendidas

Expectativas **insatisfechas** "Mi única experiencia con la toba hospitalaria fue de películas, lo cual **NO** fue exacto. Esperaba que fuera más como ['To the Bone' en Netflix]. Estabas en un hotel, y te permitieron hacer lo tuyo y... en la película tenían sus teléfonos. Así que esperaba, era como si pudiera tener mi computadora **y toda** esta toba. No debería ser tan malo. No **me** quedaré atrás en la escuela. [Pero] No era como la película **en** absoluto, obviamente."

"**No** sabía lo que **era el** hospital involuntario. Lo que pensé **que** sería algo así sería, sería más como un montón **de** consejería, mucha **más ayuda en ese** sentido. Pero, fue menos de ayuda y más como, 'Oh, **sólo vamos a** mantenerte durante 72 [horas] ..."

Necesidades **sin abordar** "... esa es la cosa, te hace sentir peor después **de lo que** lo hiciste antes. Estoy sentado aquí, estoy más **deprimido** y estresado **saliendo de** eso, y asustado, de lo que estaba pasando antes"

"Fue tan inútil. No había ningún tipo de ayuda psicológica. No era como terapéutico de ninguna manera."

---

**Tabla 5** Grupo de confianza intacto:

beneficios indirectos Presupuestos del

ejemplo del tema

<p>Mayor apoyo familiar</p>	<p>"Me hizo mucho más cerca de mi familia porque me hizo ver lo mucho que realmente les importaba cómo estaba y me acerqué mucho más con mis padres, me acerqué mucho más con mi hermana. Así que, en ese sentido, fue un beneficio."</p>
	<p>"Definitivamente [afectó] mi relación con mis padres. Realmente abrió la conversación para lo que podemos hacer, porque no quiero decir que lo estaban ignorando, pero definitivamente fue difícil para ellos pensar en que su hijo estaba tan angustiado. Después de... eran como, algo claramente no está bien en tu vida y queremos ayudarte con eso. Eso realmente ... que fue un gran cambio en mi relación con mis padres"</p>
<p>Despierta llama</p>	<p>"Me he convertido en una persona mucho más independiente, y estoy trabajando para ser mucho más positivo, porque eso fue como, sólo un gran período bajo para mí. Ver cómo era dentro de la instalación, y ver a algunos de los otros pacientes y latoba, me hizo querer mejorar porque no quiero volver a algo así".</p>
	<p>"La [hospitalización involuntaria] fue definitivamente un factor motivador para cambiar dentro de mí mismo. En lugar de luchar contra todo en mi vida que se mantenía igual. Sólo quería hacer cosas por mí mismo, y ser capaz de decir que estaba lidiando con ello. Me motivó a no hacer las cosas que estaba haciendo para no manejar las cosas de la misma manera. Para dejar de hacerme daño."</p>
<p>La toma de perspectiva</p>	<p>"[La mayoría de los otros pacientes hospitalizados] eran significativamente más jóvenes que yo. Me hizo darme cuenta de lo afortunado que estaba en mi situación porque eran estos niños de 10 años que tenían padres abusivos y cosas por el igual y me hizo más agradecido por lo que tenía y de dónde venía".</p>
	<p>"En retrospectiva, me dio una idea de: "Está bien, hay mucha gente aquí que tiene vidas mucho peores que yo".</p>

de terapia después del alta (que luego desconcertaron-ordenado), 3/30 reportó experiencia negativa y positiva - encas, y 11/30 reportó experiencias positivas (aunque para dos de ellas fueron a corto plazo).

De los nueve jóvenes que reportaron experiencias positivas de terapia a largo plazo y desconfianza, tres informaron que finalmente se abrieron sobre sus temores de involun- hospitalización tary con los proveedores, y a través de la tranquilidad, llegando a creer que podrían revelar con seguridad:

"Bueno, me tomó un tiempo poder confiar en mi terapeuta para ser sincero sobre lo que pasa por mi mente sobre la salud mental, sobre la ideación de autolesión y la ideación del suicidio y esas cosas porque tenía tanto miedo de ser [involuntariamente hospitalizado] que me detendría. Literalmente, me censuraría a mí mismo. [Pero] en un momento dado, [mi terapeuta] se dio cuenta de eso, y él dijo: '¿Por qué estás tan en contra?'. Terminé describiendo lo que pasó, y él dice: 'Bueno, ahora entiendo más'. "Sólo para que lo sepas, no todos los experi- ence va a ser así."

"... han sido los diversos consejeros que he visto [quienes han explicado que la ideación por sí sola no debería conducir a la hospitalización involuntaria]. Todos han dicho lo mismo que me trajo consuelo de que estaban con- sistent."

Otros dos participantes consideraron que no se podía confiar en sólo ciertas clases de proveedores, en ambos casos vinculaban al tipo de proveedor que había iniciado su involución: hospitalización tary: para uno se trataba de atención primaria, para el otro eran consejeros escolares. Otros tres se comprometieron con terapeutas, reportando experiencias positivas,

mientras que constantemente se niega a mencionar sentimientos suicidas por miedo a ser enviado de vuelta a hospitaliza involuntaria - instalaciones de ción, por ejemplo:

"Siempre pensaría en, no quiero volver a [las instalaciones hospitalarias]. No puedo decirle a nadie que me siento así porque me van a enviar de vuelta. Sabía que si tenía un plan que era una especie de bandera roja para el terapeuta, así que nunca dije que tenía un plan a pesar de que estaba acaparando pastillas durante tres años [todo mientras estaba en terapia]. Sólo recuerdo que siempre quise hacerlo [el suicidio], pero no decir nada".

El último participante en este subgrupo informó becom- ing más exigente:

"Soy mucho más exigente con lo que comparto al principio de conocer a un nuevo proveedor de salud mental. No hablo de esto de inmediato [y] trato de averiguar cuál es su comida personal para llevar sobre la hospitalización, cómo piensan sobre el trauma y los desencadenantes... si un proveedor no me ve como una mente lo suficientemente sólida como para tomar mis propias decisiones, no estoy interesado en verlas durante mucho tiempo term. "

Entre aquellos que denunciaban desconfianza que se desvinculaban (o simplemente nunca 'recomprometidos') después del alta, se hacía referencia repetidamente a la desconfianza subyacente junto con el temor a una repetición involuntaria de hospitalization:

"... estar [involuntariamente hospitalizado] que una vez fue suficiente para hacerme dejar fuera toda la ayuda de las ures de higos como terapeutas y trabajadores de la escuela, mis padres, por miedo a volver a ese lugar. He tenido noches-

yeguas al respecto. Así que realmente sólo me hizo encerrarme más en mí mismo, y forzar su ayuda en lugar de buscarla y aceptarla".

## Consecuencias a más largo plazo

Dentro de nuestra muestra, sólo un participante informó haber hecho un intento de suicidio grave después de su involun inicial - hospitalización tary. Sin embargo, muchas de las declaraciones que escuchamos fueron sugerentes de las posibles secuelas de la desconfianza y las decisiones asociadas de no revelar o no buscar ayuda. Específicamente, estas consecuencias incluían la falta de voluntad para buscar ayuda en el futuro, incluso si suicida:

"Definitivamente nunca quise volver a ser hospitalizado involuntariamente. ... si alguna vez llegara a un punto en el que volviera a ser suicida, creo que estaría demasiado asustada para conseguir ayuda porque toda la experiencia me aterraba. Y siempre les digo a mis padres: "No, eso no me asustó. Estaría bien. Me ayudaría si lo hago de nuevo." Pero no creo que lo haría. No creo que lo haría, fue aterrador."

Y advirtiendo a amigos o compañeros que no busquen ayuda para evitar la hospitalización:

"Se lo digo a mis amigos porque me preocupo por ellos, yo digo: 'Mira, si estás deprimido, ve a buscar ayuda mental, pero sal de la escuela. Nunca vayas a un disfraz- ance consejero y decirles que mucho sobre usted porque [pueden tener que hospital involuntario- ized] y eso te va a hacer sentir peor, entrar [a estas instalaciones] y ser tratado de esa manera."

## discusión

### resumen

En general, el trabajo analítico descrito en este estudio trató de profundizar nuestra comprensión de los impactos de la hospitalización involuntaria- tary en la participación posterior en el tratamiento entre los jóvenes, incluyendo cómo y por qué algunos jóvenes pueden experimentar efectos negativos duraderos en la confianza y otros no. El patrón de experiencias más comunes entre los que reportaban desconfianza incluía percepciones más negativas de hos-pitalización en general, con frecuencia involucrando la sensación de que el ambiente hospitalario era más punitivo que terapéutico, más cercano a una cárcel o prisión que a un lugar de curación,

y que staff eran críticos en lugar de empáticos. Los jóvenes de este grupo rara vez reportaron beneficios directos o indirectos, muchos se sentían tan deprimidos o más al recibir el alta en relación con cuando habían entrado. Para aquellos con confianza intacta un patrón general diferenteent

emergió: la mayoría reportó al menos algunos aspectos positivos de la hospitalización, la mayoría informó sentirse al menos algo mejor en la descarga, y todos describieron beneficios indirectos signífi, incluyendo un mayor acceso a los servicios y un mayor apoyo paterno como consecuencia de la E/S.

Con respecto a los patrones de servicio posteriores a la descarga, la desconfianza y la falta de voluntad para revelar no se mapearon cuidadosamente en la separación equiménica: en muchos casos, se informó de la falta selectiva de voluntad para revelar pensamientos suicidas incluso entre los participantes que opted utilizar (o seguir usando) servicios de salud mental ambulatorios.

## Implicaciones

Si bien una serie de informes nacionales recientes y white papers han puesto de relieve la necesidad de reducciones en el uso y la reliance en los servicios de crisis, incluyendo hospitaliza involuntaria - tion (IH), el hecho es que los IH son una experiencia relativamente común, y a menudo figurane en las vías juveniles de atención, espe- cially entre aquellos con importantes desafíos de salud mental [1, 4, 7, 9]. En Florida, donde se basó el estudio, 62.406 jóvenes fueron hospitalizados involuntariamente durante el año fiscal 17/18 [46]; una tasa que ha estado aumentando durante al menos la última década, tendencias reflejadas en otros Estados unidos [47]. Si bien nuestros esfuerzos reclutaron participantes con experiencias de involun- tary hospitalization specifi y, los impactos y mecanismos explorados aquí bien pueden estar presentes entre el número aún mayor de jóvenes que son hospitalizados "voluntariamente" [48]. Dado el potencial de impactos negativos en la búsqueda de ayuda, divulgación y potencialmente suicidio, es fundamental continuar profundizando el conocimiento de las formas en que las experiencias involuntarias tempranas afectan a los jóvenes y desarrollan y prueban estrategias para mitigar el daño.

## Mecanismos y procesos

Con respecto a la teoría, nuestros hallazgos son ampliamente consonantes con la traición institucional [35, 36] y el trauma santuario [36–38] literaturas, así como la investigación fiuna relación inversa entre la injusticia procesal percibida en las admisiones hos-pital y la alianza terapéutica [49, 50]. Sin embargo, en nuestra muestra observamos que la percepción del personal y las políticas hospitalarias no sólo de irrespetuosas o injustas, sino explícitamente "punitivas", desempeñaba un papel especialmente importante en la configuración de las experiencias de los participantes y su posterior impacto. Dentro de

nuestra muestra, esta experiencia de IH a menudo se vio reforzada por la participación policial y los registros de tiras esposadas, procedimientos de riesgo de fuga y otras prácticas que reflejan el arresto y/o encarcelamiento. Además, la edad y la etapa de desarrollo de una población juvenil plantea ques- ciones no sólo sobre el impacto puntual, sino también su influencia en la comprensión emergente de la "salud mental" y los roles y sistemas asociados. En este punto, trabajar dentro de

la literatura de socialización legal [51, 52] puede tener mucho que ofrecer a los estudios futuros: fomentar la exploración de las formas en que la exposición temprana a las leyes de tratamiento involuntario y las experiencias coercitivas pueden "aculturar" a los jóvenes al sistema de salud mental a través de intersecciones jurídicas coercitivas, dando forma a su vez a sus puntos de vista, actitudes y creencias en desarrollo de maneras determinantal. La presencia de la percepción de "culpa" también sugiere gestos vínculos potencialmente fructíferos con la literatura en los procesos subyacentes a la internalización del estigma de las enfermedades mentales [53]. En cuanto a la relación entre IH, compromiso y divulgación, una de las sorpresas más firmantes fue hasta qué punto los jóvenes, al menos nominalmente, continuaron interactuando con los proveedores después del alta, incluso en los casos en que se sintieron incapaces de revelar sentimientos suicidas. Por lo tanto, los estudios que operan los resultados posteriores a la descarga sólo en términos de utilización (categórica) del servicio ambulatorio perderían esta dimensión de lo que, sin embargo, podría entenderse como una dimensión de desconexión. Otros participantes en nuestra muestra se comprometieron sólo con los prescriptores, en al menos algunos casos específicamente porque percibían que el riesgo de revelar inadvertidamente sentimientos era menor que en la terapia — una diferenciación adicional de importancia para desarrollar una comprensión más comprensiva-comprensión hensiva de la juventud (des)compromiso con los hombres-servicios sanitarios [4, 54–56].

### **El fenómeno de los 'beneficios indirectos'**

Entre los miembros del equipo de investigación había una variedad de perspectivas sobre el fenómeno de los "beneficios indirectos". Los beneficios indirectos fueron descritos tanto en la desconfianza como en los grupos de confianza intactos, aunque eran omnipresentes y ocupaban un lugar más central en este último grupo. Desde una perspectiva positiva de la psicología, estos informes podrían ser vistos como exámenes- ples de crecimiento postraumático temprano o "catalizadores para el cambio de vida positiva" [48]. Además, al menos algunos participantes parecían sugerir que ningún otro evento habría sido de magnitud suficiente para provocar los cambios en la cuestión—si una transformación de las actitudes de los padres hacia sus luchas o un cambio de perspectiva más fundamental de su parte. Las investigaciones futuras diseñadas para desempaquetar aún más estos beneficios serían útiles, incluidos estudios que compararan enfoques alternativos para lograr cambios dentro de los mismos

ámbitos, incluidas intervenciones diseñadas para lograr cambios más fundamentales en el apoyo parental o motivación para el cambio [57-59].

### **Desarrollo de la intervención**

Con solo excepciones five en nuestra muestra de 40, los participantes reportaron una ausencia de oportunidades para "procesar" sus experiencias de hospitalización involuntaria con terapeutas u otros proveedores. Para los que lo hicieron, estas oportunidades

se percibieron como muy impactantes. Estas cuentas susan- gest un papel potencialmente importante para el informe posterior a la descarga - intervenciones de ing u otro procesamiento "post-vencción", possi- bly sólo requiere una sola sesión [60-63]. En teoría, este informe podría proporcionarse independientemente de otros servicios de salud mental: por ejemplo, un servicio de terceros o operado por pares podría proporcionar una o más sesiones posteriores a la intervención, independientemente de las decisiones de los receptores de servicios de participar de otro modo con los servicios de curación mental. Las cuentas de los participantes también sugieren que el debriefing y el procesamiento deben integrarse de manera constantante en la práctica clínica. Por último, el informe de los participantes sobre los entornos hospitalarios sugiere una fuerte necesidad de desarrollo y evaluación de intervenciones diseñadas para promover prácticas informadas de trauma y centradas en el paciente en las instalaciones de IH [64-66], incluyendo esfuerzos para diferenciar más fuertemente la hospitalización del encarcelamiento.

### Limitaciones/context

Los participantes en nuestra muestra iban desde aquellos que claramente indi- cated unffluence a aquellos que informan signoificant desventajas socioeconómica; por ejemplo, un participante no tenía hogar y varios otros habían crecido dentro del sistema de cuidado de crianza. Sin embargo, los resultados del estudio pueden no extenderse a grupos más gravemente desfavorecidos, incluidos los jóvenes con largos historiales de participación en el sistema de justicia penal. Además, todas las entrevistas se llevaron a cabo en el estado de Florida y aunque algunos participantes también describieron hospitalizaciones involuntarias en otros estados, la mayoría tuvieron lugar en una sola región de los Estados Unidos. Más participantes eran mujeres que hombres, y el subgrupo afroamericano (n = 4) era pequeño en relación con la población juvenil en Florida. Teniendo en cuenta estas limitaciones, el trabajo que describimos fue diseñado para ser exploratorio, no para con-fir matory, y para generar hipótesis para futuros trabajos dirigidos a una comprensión más completa del papel y el impacto de las prácticas coercitivas en el contexto de las vías iniciales de atención.

### conclusión

A pesar de los esfuerzos internacionales para reducir la dependencia de la atención aguda, los servicios de emergencia, incluida la hospitalización involuntaria - ción, siguen siendo experiencias relativamente comunes para los jóvenes con una amplia gama de condiciones de

salud mental subyacentes [47]. Los resultados del estudio subrayan el impacto potencialmente perjudicial de la hospitalización involuntaria en la confianza posterior de los proveedores y la búsqueda de ayuda y la importancia de seguir investigando sobre los mecanismos aquí identificados, así como las intervenciones destinadas a promover la empatía y los valores centrados en el paciente en entornos hospitalarios. Oportunidades para que los usuarios del servicio procesen involuntariamente: las experiencias de hospitalización tary después del alta deben estar disponibles siempre que sea posible.

**Información complementaria** La versión en línea contiene suplemento material tary disponible en <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2>.

**Financiación** [University De-identifi d] Premio nuevo investigador al primer autor.

**Disponibilidad de datos** Debido a la metodología (entrevistas en profundidad) la ética por misiones no permite el intercambio de transcripciones.

## Cumplimiento de las normas éticas

Los autores de conflictos de intereses no informan de conflictos de intereses.

## Referencias

1. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderson KK, Iyer SN (2018) Vías a los servicios de salud mental para los jóvenes: una revisión sistemática. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53:1005–1038
2. McGorry P, Bates T, Birchwood M (2013) Diseñando servicios de salud para jóvenes del siglo XXI: ejemplos de Australia, Irlanda y el Reino Unido. *Brit J Psychiat* 202:s30-s35
3. McGorry PD, Mei C (2018) Abordando la crisis de salud mental juvenil a lo largo de la adolescencia y la edad adulta joven. *BMJ* 362:k3704
4. Narendorf SC, Munson MR, Washburn M, Fedoravicius N, Wagner R, Flores SK (2017) Síntomas, circunstancias y sistemas de servicio: vías para el uso del servicio de crisis psiquiátricas entre los adultos jóvenes que no están en el mundo. *Am J Orthopsychiatry* 87:585–596. <https://doi.org/10.1037/ort0000218>
5. Anderson T, Patterson CL, McClintock AS, Song X (2013) Validez factorial y predictiva de las expectativas sobre consejería breve (EAC-B) con clientes que buscan asesoramiento. *J Couns Psicol* 60:496–507. <https://doi.org/10.1037/a0034222>
6. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G (2003) Variaciones étnicas en las vías y el uso de servicios especializados de salud mental en el Reino Unido: revisión sistemática. *Brit J Psychiat* 182:105–116
7. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J (2004) Camino negativo hacia la atención psiquiátrica y la etnia: el puente entre las ciencias sociales y la psiquiatría. *Soc Sci Med* 58:739–752
8. Opjordsmoen S, Friis S, Melle I, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, Røssberg JI, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P (2010) Un seguimiento de 2 años de la influencia involuntaria de la admisión en adherencia y resultado en la psicosis de first-episodio. *Acta Psychiatr Escand* 121:371–376
9. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R (2010) El trauma de la psicosis: trastorno de estrés posttraumático y psicosis hermana de inicio reciente. *Schizophr Res* 116:217–227
10. Rodrigues R, Anderson KK (2017) La experiencia traumática de la psicosis del episodio: una revisión sistemática y metanálisis. *Schizophr Res* 189:27–36
11. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E (2010) Admisión involuntaria desde la perspectiva de los pacientes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:631–638
12. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, Wykes T, Yeeles K (2009) Opiniones y readmisiones de pacientes 1 año después de la hospitalización involuntaria. *Brit J Psychiat* 194:49–54
13. Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, Dembinskas A, Fiorillo A, Karastergiou A, Kiejna A, Kjellin L, Nawka P, Onchev G (2010) Opiniones de los pacientes sobre el ingreso involuntario en el hospital después de 1 y 3 meses: estudio prospectivo en 11 países europeos. *Brit J Psychiat* 196:179–185

14. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M (2005) Coacción percibida en el ingreso al hospital psiquiátrico y compromiso con el seguimiento. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:160–166
15. Steinert T, Schmid P (2004) Efecto de la voluntariedad de participación in treatment on short-term outcome of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55:786–791
16. Rain SD, Williams VF, Robbins PC, Monahan J, Steadman HJ, Vesselinov R (2003) Coacción percibida en el ingreso hospitalario y adherencia al tratamiento de salud mental después del alta. *Psiquiatría Serv* 54:103–105
17. Jaeger S, Pfiffner C, Weiser P, Längle G, Croissant D, Schepp W, Kilian R, Becker T, Eschweiler G, Steinert T (2013) Efecto a largo plazo de hospitalización involuntaria sobre la adherencia a los medicamentos, el compromiso del tratamiento y la percepción de la coerción. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48:1787–1796
18. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz MS, Weinberger M, Marx CE, Calhoun PS, Bradford DW (2013) Impacto adverso de los tratamientos coercitivos en satisfacción de los pacientes hospitalizados con el cuidado. *Comunidad Ment Salud J* 49:457–465
19. Katsakou C, Priebe S (2006) Resultados del ingreso involuntario en el hospital— una revisión. *Acta Psychiatrica Scand* 114:232–241
20. Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, Priebe S (2010) Coerción y satisfacción del tratamiento entre pacientes involuntarios. *Psiquiatra Serv* 61:286–292
21. Link B, Castille DM, Stuber J (2008) Estigma y coacción en el contexto del tratamiento ambulatorio para personas con enfermedades mentales. *Soc Sci Med* 67:409–419
22. Gault I, Gallagher A, Chambers M (2013) Perspectivas sobre medicación y adherencia en usuarios de servicio y cuidadores con experiencia en detención legalmente sancionada y medicación: un estudio cualitativo. *El paciente prefiere la adherencia* 7:787
23. Newton-Howes G, Mullen R (2011) Coerción en atención psiquiátrica: revisión sistemática de correlatos y temas. *Psychiatr Serv* 62(5):465–470
24. Hughes R, Hayward M, Finlay W (2009) Percepción de los pacientes sobre el impacto de la atención hospitalaria involuntaria en sí mismo, las relaciones y la recuperación. *J Ment Salud* 18:152–160
25. Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S (2019) Experiencias de evaluación y detención de pacientes bajo la legislación de salud mental: revisión sistemática y meta síntesis cualitativa. *BJPsych Abierto* 5:e37
26. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM (2017) Tasas de suicidio después del alta de los centros psiquiátricos: una revisión sistemática y metanálisis. *JAMA Psychiatr* 74:694–702
27. Ward-Ciesielski EF, Rizvi SL (2020) Los posibles efectos iatrogénicos de la hospitalización psiquiátrica para el comportamiento suicida: un crítico revisión y recomendaciones para la investigación. *Clin Psychol*. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12332>
28. Borecky TC, Dubov A (2019) Reweighting los tradeoffs éticos en la hospitalización involuntaria de pacientes suicidas. *Am J Bioeth* 19:71–83
29. Jordan JT, McNeil DE (2020) La coacción percibida durante el admisión en la hospitalización psiquiátrica aumenta el riesgo de intentos de suicidio después del alta. *Amenaza de vida suicida Behav* 50:180–188
30. Hospitalización psiquiátrica de Gran Mm, Kapur N (2018) y riesgo de suicidio. *Brit J Psychiat* 212:269–273
31. Seed T, Fox JR, Berry K (2016) La experiencia de la detención involuntaria en atención psiquiátrica aguda. Una revisión y síntesis de estudios cualitativos. *Int J Nurs Stud* 61:82–94
32. Weller BE, Faulkner M, Doyle O, Daniel SS, Goldston DB (2015) Impacto de la hospitalización psiquiátrica de los pacientes en los cuidadores: una revisión sistemática. *Psiquiatra Serv* 66:527–535

33. Chen A, Dinyarian C, Inglis F, Chiasson C, Cleverley K (2020) Intervenciones de alta de niños hospitalizados y adolescentes- tal atención médica: una revisión de alcance. *Psiquiatría Adol Infantil Eur.* <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01634-0>
34. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, Hurst M, Campo JV (2016) Factores asociados con la atención de seguimiento oportuno después de la hospitalización psiquiátrica para jóvenes con trastornos del estado de ánimo. *Psiquiatra Serv* 67:324–331
35. Smith CP (2017) En primer lugar, no haga daño: traición institucional y confianza en las organizaciones de atención médica. *J Multidisciplina Saludc* 10:133
36. Smith CP, Freyd JJ (2013) Peligrosos refugios seguros: la traición institucional exacerba el trauma sexual. *J Traum Estrés* 26:119–124
37. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC (2005) Sección especial sobre reclusión y moderación: consumir- percepciones de los ers de experiencias negativas y "Daño santuario" en entornos psiquiátricos. *Psiquiatra Serv* 56:1134–1138
38. Frueh BC, Dalton ME, Johnson MR, Hiers TG, Gold PB, Magruder KM, Santos AB (2000) Trauma dentro del entorno psiquiátrico: marco conceptual, direcciones de investigación e implicaciones políticas. *Adm Policy Ment Health* 28:147–154
39. Cusack KJ, Frueh BC, Hiers T, Suff tta-Maierle S, Bennett S (2003) Trauma dentro del entorno psiquiátrico: un informe empírico preliminar. *Adm Policy Ment Health* 30:453–460
40. Moses T (2011) Aprehensión por estigma entre adolescentes desvinculados de una breve hospitalización psiquiátrica. *J Nerv Ment Dis* 199:778–789
41. Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ (2003) ¿El miedo a coercion mantiene a las personas alejadas del tratamiento de salud mental? Evidencia de una encuesta a personas con esquizofrenia y profesionales de la salud mental. *Behav Sci Law* 21:459–472
42. Edwards D, Evans N, Gillen E, Longo M, Prymachuk S, Trainor G, Hannigan B (2015) ¿Qué sabemos sobre los riesgos para los jóvenes que se mudan, pasan y salen de la atención de salud mental hospitalaria? Hallazgos de una síntesis de evidencia. *Niño Adolesc Psy- Chiat Salud* 9:1–17
43. Charmaz K (2006) Construcción de la teoría fundacional: una guía práctica a través del análisis cualitativo. *Salvia, Mil Robles*
44. Strauss A, Corbin JM (1997) basaron la teoría en la práctica. *Salvia, Mil Robles*
45. Strauss A, Corbin J (1990) Fundamentos de la investigación cualitativa. *Salvia, Mil Robles*
46. Christy A, Rhode S, Lersch K, Ringhoff D, Jenkins K (2019) Baker Act Reporting Center 17/18 Informe Anual. [https://www.usf.edu/cbcs/baker-act/documents/ba\\_usf\\_annual\\_report\\_2017\\_2018.pdf](https://www.usf.edu/cbcs/baker-act/documents/ba_usf_annual_report_2017_2018.pdf)
- Último acceso: 19 jul 2020
47. Lee G, Cohen D (2021) Incidencias de detenciones psiquiátricas involuntarias en 25 estados estadounidenses. *Psiquiatra Serv* 72:61–68
48. Prebble K, Thom K, Hudson E (2015) Experiencias de los usuarios del servicio de ingreso voluntario al hospital psiquiátrico: una revisión de la literatura de investigación. *Ley Psiquiátrica Psicol* 22:327–336
49. Galon PA, Wineman NM (2010) Coerción y justicia procesal en atención psiquiátrica: Estado de la ciencia e implicaciones para los nurs- ing. *Arch Psychiatr Nurs* 24(5):307–316
50. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M (2012) Relación terapéutica en el contexto de la coacción percibida en una población psiquiátrica. *Psiquiatría Res* 200:939–944
51. Tapp JL, Levine FJ (1974) Socialización legal: estrategias para una legalidad ética. *Stan L Rev* 27:1

52. Trinkner R, Tyler TR (2016) Socialización legal: coerción versus consentimiento en una era de desconfianza. *Annu Rev Ley Soc Sci* 12:417–439
53. Livingston JD, Boyd JE (2010) Correlaciona y consecuencias del estigma interiorizado para las personas que viven con enfermedades mentales: una revisión y metanálisis sistemático. *Soc Sci Med* 71:2150–2161
54. Lal S, Malla A (2015) Participación del servicio en el primer episodio psy- chosis: problemas actuales y direcciones futuras. *Puede J Psiquiatría* 60:341–345
55. Kim H, Munson MR, McKay MM (2012) Compromiso en el tratamiento de salud mental entre adolescentes y adultos jóvenes: una revisión del sistema. *Trabajo Social Infantil Adolesc J* 29:241–266
56. Munson MR, Scott LD Jr, Smalling SE, Kim H, Floersch JE (2011) Ex joven del sistema con necesidades de salud mental: rutas a la atención de salud mental para adultos, perspicacia, emociones y desconfianza. *Niño Joven Serv Rev* 33:2261–2266
57. Jayawickreme E, Blackie LE (2014) Crecimiento postraumático como cambio positivo de personalidad: evidencia, controversias y direcciones futuras. *Eur J Personalidad* 28:312–331
58. Manley E, Schober M, Simons D, Zabel M (2018) Argumentos para una completa crisis infantil continuum de atención. *Publicación de directores de programas de salud mental de la Asociación Nacional de Estados, Alexandria*
59. LeCloux M, Maramaldi P, Thomas K, Wharff E (2016) Apoyo familiar y uso del servicio de salud mental entre los adolescentes suicidas. *J Niño Fam Stud* 25:2597–2606
60. Waid J, Kelly M (2020) Apoyo al compromiso familiar con los servicios de salud mental para niños y adolescentes: una revisión de alcance. *Comunidad de Atención Médica Soc.* <https://doi.org/10.1111/hsc.12947>
61. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K, Devir H, Terry M (2002) Evaluación de una entrevista motivacional para el consumo de sustancias dentro de los servicios psiquiátricos en el paciente. *Adicción* 97:1329–1337
62. Gibbons J, Plath D (2009) Contactos individuales con trabajadores sociales del hospital: las experiencias de los clientes. *Soc Work Health Care* 48:721–735
63. Munson MR, Jaccard JJ, Scott LD Jr, Narendorf SC, Moore KL, Jenefsky N, Cole A, Davis M, Gilmer T, Shimizu R, Pleines K (2020) Intervención de compromiso versus tratamiento como de costumbre para adultos jóvenes con enfermedad mental grave: un ensayo piloto aleatorio. *Repleta de viabilidad del piloto* 6:1–14
64. Turnbull JE, Galinsky MJ, Wilner ME, Meglin DE (1994) Diseñando investigaciones para satisfacer las necesidades de servicio: una evaluación de grupos de una sola sesión para familias de pacientes psiquiátricos. *Res Soc Trabajo Pract* 4:192–207
65. Kidd SA, McKenzie KJ, Virdee G (2014) Reforma de salud mental a nivel de sistemas: ampliación de la lente en la atención orientada a la recuperación. *Can J Psiquiatría* 59:243–249
66. Tsai J, Salyers MP (2010) Orientación de recuperación en entornos hospitalarios y comunitarios. *J Behav Salud Serv Res* 37:385–399
67. Shields MC, Stewart MT, Delaney KR (2018) Seguridad del paciente en psiquiatría hospitalaria: una frontera restante para la política de salud. *Salud Aff* 37:1853–1861
68. Abma TA, Voskes Y, Widdershoven G (2017) Investigación bio-ética participativa y su impacto social: el caso de la red de coerción reducción en psiquiatría. *Bioética* 31:144–152
69. Hui K, Cooper RB, Zaheer J (2020) Involucrar a pacientes y fami- reside en la ética de la atención psiquiátrica involuntaria. *Am J Bioeth* 20:82–84