

La experiencia de la violencia psiquiátrica en Chile: el sufrimiento de la locura en el siglo XXI

The Experience of Psychiatric Violence in Chile: The Suffering of Madness in the 21st Century

A experiênciã da violênciã psiquiátrica no Chile: o sofrimento da loucura no século XXI

Manuel Alejandro Castro*

RESUMEN

El presente artículo tiene por objetivo analizar y visualizar la violencia psiquiátrica que ocurre al interior de las hospitalizaciones psiquiátricas chilenas de la región Metropolitana, a través de un estudio narrativo acerca de las experiencias de personas con diagnósticos psiquiátricos en los tratamientos de salud mental. A partir de un abordaje cualitativo de investigación se estudió las experiencias de personas con esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión severa en distintos dispositivos de salud mental pública chilena, especialmente hospitales psiquiátricos y unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. El objetivo se centró en conocer esas experiencias en primera persona, en relación con temáticas tales como la experiencia de vivir diagnosticado psiquiátricamente, el consumo de psicofármacos, el estigma, etc. Para efectos de este artículo, la cuestión de la hospitalización psiquiátrica se volvió una dimensión elemental, precisamente por la develación de relatos que reflejan la violencia psiquiátrica en los centros de hospitalización. Concluimos que en la actualidad de la salud mental chilena, a pesar de todos los avances en cuanto a políticas más democráticas,

Palabras clave: psiquiatría, salud mental, violencia psiquiátrica, coerción psiquiátrica, sufrimiento psíquico.

* Chileno. Doctor en Sociología, Trabajador Social, Universidad Alberto Hurtado. Académico del Departamento de Trabajo Social, Universidad Alberto Hurtado, y de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. alejandrocastroharrison@gmail.com ORCID: 0000-0002-2141-7273

persisten prácticas traumáticas ejercidas a las personas hospitalizadas en los centros de internación psiquiátrica.

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the visualization of the psychiatric violence that occurs within Chilean psychiatric hospitals in the Metropolitan Region, through a narrative study of the experiences of people with psychiatric diagnoses in mental health treatment. Based on a qualitative research approach, the experiences of people with schizophrenia, bipolar affective disorder, and severe depression were studied in different Chilean public mental health facilities, especially psychiatric hospitals and psychiatric hospitalization units in general hospitals. The objective was centered on learning about these first-person experiences in relation to topics including the experience of living with a psychiatric diagnosis, the consumption of psychotropic drugs, stigmatization, etc. For the purposes of this article, the question of psychiatric hospitalization became an elemental dimension precisely with the unveiling of accounts that reflect psychiatric violence in hospitalization centers. We conclude that, at the present time of Chilean mental health, and in spite of all the advances made in terms of more democratic policies, traumatic practices persist with the people hospitalized in psychiatric internment centers.

Keywords:
psychiatry, mental health, psychiatric violence, psychiatric coercion, psychic suffering.

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar e visualizar a violência psiquiátrica que ocorre nas hospitalizações psiquiátricas chilenas na Região Metropolitana, por meio de um estudo narrativo sobre as experiências de pessoas com diagnósticos psiquiátricos em tratamentos de saúde mental. A partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa, foi feito um estudo das experiências de pessoas com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e depressão severa em diferentes estabelecimentos públicos chilenos de saúde mental, especialmente hospitais psiquiátricos e unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. O objetivo era conhecer essas experiências em primeira mão, em relação a temas tais como a experiência de viver com um diagnóstico psiquiátrico, o consumo de psicofármacos, o estigma, etc. Para efeitos deste artigo, a questão da hospitalização psiquiátrica se tornou uma dimensão elementar, precisamente devido à revelação de relatos que refletem a violência psiquiátrica nos centros de hospitalização. Concluímos que, no atual sistema de saúde mental chileno, apesar de todos os avanços em termos de políticas mais democráticas, persistem práticas traumáticas exercidas contra as pessoas hospitalizadas em centros de internação psiquiátrica.

Palavras-chave:
psiquiatria, saúde mental, violência psiquiátrica, coerção psiquiátrica, sofrimento psíquico.

Introducción

Cualquier tipo de violencia tendrá necesariamente una implicancia directa en la naturaleza del ser humano y podría manifestarse como un problema de salud mental. Las depresiones postraumáticas, los trastornos adaptativos, el *burnout*, entre otros diagnósticos, son característicos de estas situaciones. No obstante, existe también algo mucho más preocupante, datado desde los estudios tempranos de Goffman (1998) y Foucault (2002; 2010; 2014), en las prácticas desplegadas por la medicina psiquiátrica: la violencia ejercida por la psiquiatría, hoy nominada como salud mental.

Resulta paradójico que la propia salud mental sea un dispositivo sanitario que produzca violencia, ya que su objetivo es justamente el bienestar del ser humano. En ese sentido, el plan mundial de acción de la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el periodo 2013-2020 planteó como objetivo:

Un mundo en que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones. (OMS, 2013, p. 10)

Dicho lo anterior, se esperaría que los esfuerzos de los países con respecto a las personas que cursan diagnósticos de índole psíquico se orientasen a fomentar una protección en salud mental basada en el resguardo de los derechos humanos. Sin embargo, en el transcurso de este trabajo podremos ver que, incluso algunas de esas categorías básicas que la propia OMS (2013) impulsa, se desestiman en las intervenciones que se realizan en este campo.

Podríamos decir que esta violencia se remonta de alguna manera a los orígenes de la psiquiatría. En el siglo XVII, el famoso escritor irlandés Jonathan Swift (1998) relató lo siguiente sobre unos pacientes psiquiátricos, en ese entonces catalogados como dementes:

Átalos al p^ortico con una correa, déjales que miren y apesten juntos. Ambos son propensos a ser rebeldes. Azótalos a diario, azótalos como es debido, porque es inútil recuperarlos. (p.15)

Estas afirmaciones en verso del escritor europeo muestran cómo desde los inicios de los manicomios se abordaba o, mejor dicho, se intervenía a la locura, con prácticas que formaban parte del tratamiento en la Inglaterra del siglo XVII. En esa línea histórica, la locura era una condición que debía domarse (Scull, 1983), ya que el comportamiento asociado a ella se relacionaba con lo salvaje y lo animal, y la intervención por lo tanto estaba directamente vinculada con prácticas coercitivas que debían “domar” la ferocidad del “loco” mediante los castigos y el disciplinamiento. La liberación del loco, en palabras de Pinel (2014), vino a romper simbólicamente las cadenas de esa forma de ver la locura, una vez que se entregó este fenómeno —como hemos dicho anteriormente— al resguardo de la medicina. Eso significó la instalación de un nuevo modelo de intervención para la locura que se sostendrá hasta nuestros días: el asilo. Para Barbato (2015), estas instituciones cumplen un rol disciplinador que se funda en la violencia, especialmente en el miedo.

La agresión en el tratamiento se estableció como una forma común, y más tarde histórica, de relacionarse con el “paciente psiquiátrico”, en la que la coerción mediante el miedo se convirtió en la forma preferida de tratar la locura, ahora denominada “enfermedad mental”. El famoso texto de Bernard De Fréminville publicado en 1975 con el título “La razón del más fuerte: ¿tratar o maltratar a los locos?” muestra que las técnicas coercitivas utilizadas por los trabajadores de los manicomios iban desde las camisas de fuerza hasta las sillas giratorias, la inmersión en agua helada, las cunas de madera, las cajas apretadas, etc. (De Fréminville, 1975). Esas formas de intervenir a las personas diagnosticadas caracterizan la historia de la locura a nivel mundial y han colocado en un lugar de despojo a los sujetos con una enfermedad de orden psiquiátrico.

Los testimonios de la locura generalmente han sido desechados por el saber experto, ya que no necesariamente están al servicio del tratamiento. Esto se debe básicamente a que existe una creencia extendida en los especialistas que ellos mismos advierten: “(...) el lenguaje de los enfermos mentales (...) es un balbuceo irremediable” (Porter, 2008,

p.157), lo cual significa que esa narrativa no tiene ninguna incidencia en la mejoría de la enfermedad mental. Esta cuestión tiene consecuencias nefastas en la validación de quienes sufren de un diagnóstico psíquico. Las narrativas del “loco”, por lo tanto, expresan el sometimiento a la violencia (simbólica y física) y no necesariamente representan un lugar de validación, sino que dan cuenta más bien de los gritos de aflicción por su enfermedad (Porter, 2008). Roy Porter opina que el hecho de que la psiquiatría dejara de escuchar al “loco” es una consecuencia racional de la misma disciplina con respecto a su credo psiquiátrico, debido a que “la enfermedad mental no se resuelve al descifrar lo que el loco dice, ya que (...) los trastornos mentales tienen un fundamento biológico” (Porter, 2008, p.158). Entonces, cualquier cosa que diga el “paciente psiquiátrico” carece de racionalidad. Así es como la psiquiatría promovió el silencio del “loco” en los ámbitos institucionales, y tales prácticas produjeron una caracterización histórica de la locura, especialmente relacionada con los hospitales psiquiátricos, por ejemplo. Porter menciona que “en los hospitales y asilos los pacientes más ruidosos eran mantenidos aparte, en las salas traseras; así no solo se les encerraba sino también se los silenciaba, o, al menos, nadie hacía caso de lo que manifestaban (...)” (Porter, 2008, p.155).

Una vez dicho esto, podemos decir que la violencia de la salud mental o, derechamente, la violencia psiquiátrica se constituye como una característica histórica de la locura y la enfermedad mental, especialmente en relación con quien sufre psíquicamente. Las historias macabras sobre los hospitales psiquiátricos han inspirado tanto a la literatura como al cine y la televisión, lo que ha deformado el propósito original de cuidado y protección para quienes cursan diagnósticos psiquiátricos severos.

En el transcurso de lo que sigue, se intentará mostrar, desde el relato de las personas diagnosticadas psíquicamente, cómo se plasma la violencia psiquiátrica, tanto a nivel simbólico como físico.

Violencia, coerción y sufrimiento

Cuando hablamos de violencia psiquiátrica en nuestras sociedades nos referimos específicamente a una experiencia de violencia dirigida a quien tiene asignado un diagnóstico psíquico en los espacios de hospitalización. Al decir esto, no se rehúye que la violencia ha sido parte

de la historia de la locura, y que no tenga vínculo con la enfermedad mental (Lim et al., 2023). No obstante, el objetivo de este trabajo se centra en mirar cómo la experiencia del sujeto denominado “loco” está inmersa en una violencia estructural que tanto la psiquiatría como la salud mental han imprimido en los cuerpos de las personas “locas” y, tal como veremos a continuación, se entrelazan en una serie de agenciamientos que moldean su realidad.

Con lo anterior, no quiero decir que la salud mental y la psiquiatría sean en sí mismas disciplinas violentas, ni tampoco eximir al sujeto “loco” de cruzar “episodios” violentos asociados a su condición social y psicopatológica. Más bien, mi interés es hacer énfasis en cómo estas disciplinas han tenido una responsabilidad constitutiva en la violencia que el “loco” expresa en su vida cotidiana y en la coerción que la psiquiatría ha practicado en los cuidados de esta población, en nombre de la protección social.

El hecho de que la violencia esté estructuralmente incrustada en los conflictos sociales (Bourdieu, 1999) ha repercutido en que las personas expuestas a dicha violencia de manera sistemática naturalicen, en muchos casos, esos procesos. Esto último tiene que ver básicamente con que las personas que se ven relacionadas con este tipo de situaciones violentas y prolongadas, desde la participación directa o desde el rol de espectadores, agudizan su situación emocional frente a las consecuencias de los conflictos. Esas situaciones generan episodios de dolor, sufrimiento, miedo y rabia, entre otras emociones. Ya los estudios de Milgram (1986), Hobfoll (1989), Collier (1999), de Jong (2002) y Kalyvas (2006) mostraban cómo la violencia, cuando se asienta en nuestras sociedades, tiene costos elevados en lo humano y lo material. Y en ese sentido, los efectos emocionales provocan en las personas fatiga corporal y cronicidad, como indica Milgram (1986); mientras más expuesto se esté a los episodios de violencia, más se intensificarán sus consecuencias.

En esa línea, los conflictos sociales tienen consecuencias concretas en las experiencias de los sujetos, que los estudios mencionados anteriormente exponen en sus resultados. Estos autores plantean que existen efectos altamente complejos que se graban en las experiencias de los sujetos y van desde las reacciones traumáticas hasta las depresiones, e incluso el suicidio, como consecuencia de la coacción en las

hospitalizaciones psiquiátricas (Jordan y McNeil, 2019). Esto no ocurre solo en la población adulta, que por lo general es la que tiene participación en la violencia, sino también en niños que se ven sometidos a estas situaciones. Estas investigaciones revelan además que la violencia tiene una incidencia directa en las emociones de las personas, especialmente en la angustia que producen y el sufrimiento (Lindert y Levav, 2015). En esa línea, Bleich (2003) muestra cómo la exposición a los traumas como producto de la violencia guarda una relación directa con la depresión; pero también existen otras consecuencias como el apego inseguro en los niños (Besser et al., 2009), un mayor consumo de alcohol, tabaco y marihuana, y el alza de episodios postraumáticos (Hall et al., 2010). Según estos estudios, la violencia suele relacionarse directamente con la salud mental de las personas, produce efectos que no se limitan a las sintomatologías de tipo psiquiátrico —como la depresión o el estrés postraumático—, sino que obstruyen las emociones de las personas, algo que se percibe en las cogniciones y los comportamientos dolorosos por los que atraviesan, y que llega a interferir inclusive en su funcionamiento cotidiano y otros problemas de salud.

Para Lindert y Levav (2015), la amenaza crónica de la violencia o el conflicto es una característica principal de la exposición constante a este tipo de situaciones, que perturban la normalidad de los sujetos y se caracterizan por el detrimento de la vida, los abusos sistemáticos, la pérdida del empleo o las viviendas, entre otras dificultades.

En la actualidad, la violencia psiquiátrica en espacios de hospitalización se sigue estudiando como un problema público. Para el caso chileno, el análisis de Castro (2023) muestra cómo esta violencia ocurre a partir de la coerción en los espacios cerrados de los hospitales psiquiátricos. En esa línea, el estudio de Weisenger et al. (2019) comparte los relatos de experiencias de personas con trastornos psicóticos, cuyos derechos han sido gravemente vulnerados durante las hospitalizaciones. De acuerdo a este estudio, se señala que la violencia física se manifestaba a través de las percepciones estigmatizantes que tenía el personal de salud sobre los usuarios. El estudio realizado por McDonald (2021) reafirma lo anterior al indicar que las residencias y los hospitales psiquiátricos tienen una prevalencia significativa en el campo de la violencia y la coerción, ya que el confinamiento da paso a prácticas abusivas y opresivas en las que los sujetos de intervención se ven

altamente vulnerados en sus derechos. Esto se vincula con varios antecedentes estudiados por investigadores como Lacobucci (2019), quien investigó los abusos del personal clínico en los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, y Murphy (2019), quien indagó sobre la violencia física ejercida contra los internos reclusos en instituciones psiquiátricas. A la lista se pueden agregar los abusos sexuales que han ocurrido contra mujeres hospitalizadas en distintos países (Lake et al., 2023). En definitiva, se sabe que el debate sobre la violencia psiquiátrica, llámese coerción o coacción, se asocia a lugares de hospitalización psiquiátricas y a la presión ejercida dentro de estos dispositivos terapéuticos sobre los usuarios de la salud mental (Klingemann et al., 2021).

Al parecer las prácticas coercitivas y las violaciones a los derechos humanos persisten hasta nuestros días, con consecuencias emocionales para los usuarios de dichos servicios de salud pública (Krieger et al., 2018). La violencia psiquiátrica sigue siendo un problema público (Sungur et al., 2022) y las personas con afectaciones de salud mental hoy corren un riesgo mayor al verse enfrentadas —en una relación de poder desigual— a los abusos de estos espacios de cuidado (Labrum y Salomon, 2017). En lo que concierne a este artículo, revisaremos a continuación algunas experiencias de violencia en nuestro país y el alcance de este problema social y público, poco visualizado desde el punto de vista de las ciencias sociales.

Metodología

Esta investigación tiene un carácter descriptivo-comprensivo de naturaleza cualitativa. Participaron 25 personas de ambos sexos diagnosticadas psiquiátricamente y pertenecientes al sistema público de atención de salud mental chileno, específicamente de la región Metropolitana. Cabe señalar que los participantes de esta investigación tienen diagnósticos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión severa, los cuales se consideran trastornos mayores cubiertos por la política pública chilena Garantías Explícitas de Salud (GES). Es importante mencionar que los criterios de selección de estas personas fueron una edad mayor a los 18 años, que al menos hubiesen tenido una confirmación diagnóstica de dos años como mínimo y que perteneciesen de manera activa a la atención en salud mental pública, tanto en hospitales generales o psiquiátricos como en dispo-

sitivos comunitarios de salud mental. Por otro lado, se realizaron 12 observaciones etnográficas en hospitales psiquiátricos y generales y en espacios públicos donde participan grupos de personas diagnosticadas psiquiátricamente. También se analizaron dos documentos gubernamentales de trascendencia para la salud mental y la psiquiatría chilenas: el Plan Nacional de Salud Mental de 2017 (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2017) y el Decreto 578/1998 (MINSAL, 1998) sobre internaciones administrativas para personas con discapacidad intelectual. Sin embargo, para efectos de este trabajo, el análisis mayor se concentró en las narrativas de las personas diagnosticadas psiquiátricamente y en las observaciones etnográficas que se realizaron entre los años 2017-2019. En relación con el análisis narrativo, todas las entrevistas se realizaron mediante índices temáticos y, en un segundo momento, se codificaron a través del *software* ATLAS.TI. Este doble análisis permitió observar los discursos narrativos (Chase, 2015) desde dos secuencias, y también profundizar en la voz de los sujetos entrevistados.

De acuerdo a lo anterior, esta investigación se realizó principalmente desde una perspectiva narrativa, con el objeto de recoger las experiencias de personas que han sido diagnosticadas psiquiátricamente. Para ello se realizaron entrevistas en profundidad temáticas sin reiteración, con el fin de poder comprender de una manera acabada la experiencia personal en relación con las vivencias en torno a la locura. Una de las temáticas principales en ese sentido es la experiencia en torno al sufrimiento psíquico que conlleva tener un diagnóstico en salud mental. En este contexto entenderemos la narrativa como “la creación de significado en retrospectiva, la configuración o el ordenamiento de la experiencia” (Chase, 2015, p. 69). Así se podrán comprender de una forma más completa las experiencias personales de estos sujetos, al comunicar el punto de vista del narrador, sus emociones, sus pensamientos e interpretaciones de su experiencia personal. Desde esta perspectiva, el narrador se vuelve un protagonista de una historia usurpada por el saber psiquiátrico, y la experiencia del “loco” se comprende desde su habilitación científica, es decir, desde el diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, entender la experiencia de vivir con un diagnóstico psiquiátrico es abrirnos a una narrativa sobre los acontecimientos perturbadores de la vida del “loco”, pero también a los modos en que este se ensambla a la vida social, más allá de los significados

personales: la narrativa revela una visión social y profundamente historizada de la locura. De alguna manera, esto tiene que ver con cómo los discursos psiquiátricos han transformado la vida de estas personas, moldeando hasta lo más oscuro de la subjetividad humana que reside en esas experiencias. Laslett (1999) dirá que estas narrativas personales nos pueden mostrar “la acción y los significados individuales y colectivos, así como los procesos sociales por los cuales la vida social y las relaciones humanas son hechas y cambiadas” (p. 392). En definitiva, la experiencia pasa a ser una cuestión de mucha más profundidad que contar historias en sí, ya que también devela procesos estructurales que se esconden en el interior del relato.

La violencia del encierro psiquiátrico

De acuerdo con la historia moderna de la psiquiatría, el hospital psiquiátrico —denominado también manicomio o asilo— ha sido la principal institución relacionada con esta disciplina médica. Simboliza el territorio de la locura en el mundo y el principal dispositivo que la psiquiatría ha empleado para el tratamiento de las enfermedades mentales. En ese sentido, se puede decir que las prácticas relacionadas con la locura fueron indexadas a un discurso médico desde el siglo XVIII, a lo que se llamó “medicalización de la locura”. Para ello se creó una institucionalidad *ad hoc* que propició el surgimiento de un “establecimiento especial”, como lo denomina Robert Castel (2009), que relacionaría intrínsecamente con una tecnología hospitalaria y generaría “(...) el despliegue de un nuevo tipo de poder en la institución, la adquisición de un nuevo mandato social, a partir de prácticas centradas en el principio sobre el bastión asilar” (p. 45). Esta tecnología hospitalaria llamada asilo, manicomio u hospital psiquiátrico —como la conocemos hoy— son instituciones de carácter totalitario (Castel, 2009) o, siguiendo a Goffman (1998), una institución total, que se mantiene sujeta a polémicas hasta el día de hoy.

El hospital psiquiátrico nace con la buena intención de tratar las enfermedades relacionadas con la locura, especialmente las denominadas por los padres de la psiquiatría Bleuler (1924) y Kraepelin (1919) como demencia precoz o esquizofrenia. Sin embargo, el cuidado y la protección de las personas afectas a estos diagnósticos se han visto altamente objetados por los continuos abusos a los derechos humanos detectados

en este tipo de instituciones, algo que el movimiento antipsiquiatría de los años setenta dejó patente con la Ley Basaglia en Italia (Basaglia, 1972; 2000). El problema surgido con el asilo o el manicomio —además de lo costoso que puede ser para el gasto público (Pérez Soto, 2012)— favoreció la creación de una política de desinstitucionalización de la locura que generó otros mecanismos de hospitalización fuera del asilo. Como consecuencia, este enfoque impulsó la creación de una política de salud denominada “psiquiatría comunitaria” (MINSAL, 2000) e influenciada por las reformas italianas, inglesas y españolas.

La lógica de la psiquiatría comunitaria tiene por objetivo fortalecer dispositivos de salud mental comunitarios que favorezcan el tratamiento fuera de las paredes de los hospitales psiquiátricos. Las hospitalizaciones ya no se llevarían a cabo en el manicomio, sino más bien en los hospitales generales, con la creación de servicios de psiquiatría, específicamente unidades de corta y mediana estadía para el tratamiento cerrado con personas con un diagnóstico psíquico descompensado por períodos cortos de tiempo.

Ante la imposibilidad de los cierres totales de los hospitales psiquiátricos en Chile y en gran parte del mundo, las unidades de corta estadía y los hospitales psiquiátricos comenzaron a convivir de manera armónica dentro de las prestaciones que la salud mental tiene en Chile (Saraceno, 2003). De esa manera, la hospitalización psiquiátrica, también denominada encierro o detención, en Chile se definió como una manera de intervenir en este campo, que la ley estableció como parte del tratamiento, indistintamente del lugar de encierro.

En definitiva, las hospitalizaciones psiquiátricas, ya sea en un hospital psiquiátrico o una unidad de corta o mediana estadía de un hospital general, significan el encierro de un sujeto que, bajo el argumento de la descompensación psicopatológica, representa la prueba necesaria de que una persona deba ser detenida en un centro de atención psiquiátrica por un tiempo determinado. Esta decisión puede ser voluntaria, decidida por un especialista o, en casos extremos, hasta involuntaria, cuando una resolución judicial determina tal situación (MINSAL, 2000).

Pero ¿qué problema tiene lo señalado?; ¿qué representa socialmente el encierro por motivos psiquiátricos?; ¿por qué el encierro psiquiá-

trico tiene una carga negativa desde el punto de vista social?; ¿cuáles son las consecuencias de ser hospitalizado en psiquiatría?

Estas preguntas muestran paradójicamente el problema de la hospitalización psiquiátrica; por un lado, tiene el objetivo de favorecer la recuperación de un “cuadro psicopatológico descompensado”, pero por el otro tiene la consecuencia de la pérdida de libertad de un sujeto, la hospitalización entendida como un territorio que representa un “no-lugar”, como diría Augé (1992). Este territorio al parecer tendría una serie de problemas que se relacionan justamente con esa pérdida de libertad. Pero además está el abuso sistemático de derechos. Con relación a esto, el informe anual sobre Derechos Humanos en Chile de 2018 (Universidad Diego Portales, 2018) —en su apartado sobre la protección de derechos de las personas con discapacidad mental, asociada a la ley N.º 20.584 (MINSAL, 2012) sobre derechos y deberes de los pacientes— aborda el problema en el país de los abusos sistemáticos contra los derechos humanos en las hospitalizaciones psiquiátricas. El informe indica en sus conclusiones que el Estado chileno no cumple cabalmente con la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica en contextos de atención en salud mental, especialmente en las hospitalizaciones psiquiátricas, y que en varios se dan casos de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes (Universidad Diego Portales, 2018, p. 583).

En una de las observaciones etnográficas que realizamos en una reunión de usuarios, se planteó lo siguiente:

Siempre son los terapeutas los que se allegan a nosotros, y nos llevan al COSAM [Centro Comunitario de Salud Mental], y nos encierran, y cuando ellos suponen que estamos mejor, nos liberan del cautiverio, ellos nos infantilizan y se hacen pasar por nuestros amigos, así confiamos en ellos, pero a la hora de encerrarnos, no lo dudarán, porque están convencidos que es lo mejor, y nosotros les seguimos creyendo. (...) No cuestiono a la relación que uno tenga con el terapeuta, es decir el psicólogo, el trabajador social, etc., a lo que uno le pueda decir, pero es cuestionable que eso se alargue en el tiempo, porque es un amigo prefabricado. Varios en ese momento decían “(...) sí, sí, es verdad eso (...)”, “ellos se hacen nuestros amigos, pero a la hora de encerrarnos deben hacerlo, somos como

perritos para ellos, nos hacen cariño, pero también nos maltratan, ellos son los amos. (Castro, 2021, p.113)

De acuerdo con lo anterior, la presencia de tratos inhumanos, crueles y relacionados inclusive con la tortura persisten en pleno siglo XXI, lo que revalida la tesis foucaultiana de vigilar y castigar, características de los dispositivos psiquiátricos del siglo XVIII y XIX (Foucault, 2002; 2010). En ese sentido, el encierro psiquiátrico se ha vuelto un lugar de impunidad, es decir, un sitio donde el “loco” pierde toda humanidad como resultado de la decisión que los especialistas de la salud mental toman por sobre el sujeto afecto a un diagnóstico psíquico. En otras palabras, la hospitalización psiquiátrica es un lugar de encierro donde el “loco” pierde la voz y, por tanto, su propia humanidad.

Así funcionan los hospitales psiquiátricos. Después de haber sido contenida mecánicamente, es decir, después de que con unas sábanas me amordazaron y tiraron al suelo, me inyectaron y me taparon con medicamentos. Yo quedé tan traumada, que después no quería ni caminar ni hablar, bueno, con los fármacos no podía ni leer, no podía hacer nada. La bomba de fármacos que me dieron después fue como en una película de terror y me da miedo volver a ese lugar hoy. Hoy sé que los psicofármacos son buenos, pero que te invadan con ellos y te amarren para que te los tomes o te inyecten, no sé, creo que hay algo mal en eso. (Castro, 2021, p. 119)

El encierro psiquiátrico representa un lugar de convivencia con la violencia sistemática, donde el sujeto “loco” no puede hablar, ya que su capacidad de decidir queda objetada ante la irracionalidad que supone la locura. Como consecuencia, emergen emociones relacionadas con el sufrimiento que determinan la forma de vivir la experiencia de estar encerrado y privado de la libertad.

Yo sospechaba que me querían hospitalizar en contra de mi voluntad, pero no sabía que mi mamá era la que estaba detrás de ello. Ella siempre me había dicho que no me iba a hospitalizar en contra de mi voluntad, así que ese día me decidí a ir con ella al Horwitz. Mientras iba en el auto, me decía a mí mismo “ayúdame, Jesús”, y cuando me bajo del auto están los carabineros esperándome en la entrada y me preguntan el nombre. Yo ahí entendí que no iba a un simple chequeo médico, sino que me iban a hospitalizar. Tuve tan-

to miedo, que me puse a orar, y ahí mi mamá me dijo “parece que tienes un delirio místico religioso”. Y cuando entramos, un enfermero me dice “a ver usted, venga para acá” y atrás mío los carabineros, mi mamá, y yo decido arrancar al segundo piso, corriendo, porque tenía mucho miedo, y sabía que me iban agarrar en algún lugar, pero intentaba escaparme. Fue tan traumático para mí, por eso hoy no me resisto y tengo tanto miedo a los carabineros y los enfermeros. Tenía miedo y quería morirme. Me agarraron, me tiraron al suelo, pusieron una rodilla en mi cabeza y ya no recuerdo nada, sino que despierto amarrado en una camilla. Igual que en las películas. (Castro, 2021, p. 120)

Las emociones que giran en torno al encierro estarían conectadas directamente con el miedo y lo traumático que significa estar en un lugar alejado de la libertad. No obstante, también se convierte en un lugar donde inmediatamente la persona se siente inferior al resto, al menos en relación con los trabajadores de la institución, lo que reconfirma la tesis goffmaniana sobre los asilos (Goffman, 1998). La hospitalización psiquiátrica, en ese sentido, representa el lugar del miedo, el silencio, la inferioridad y el sufrimiento de quien cruza por esa experiencia traumática; en definitiva, es un lugar inmerso en la violencia.

Por otro lado, la experiencia del encierro psiquiátrico pone en tensión la cuestión de la decisión y la libertad, ya que al definirse la hospitalización como un dispositivo terapéutico que busca la compensación psicopatológica, la opción de mantenerse en un lugar como estos no pasa por la persona en sí misma, es decir, por el “loco”, sino más bien por un equipo clínico-psiquiátrico que define la extensión de la estadía —o detención— de la persona afecta. En ese sentido, se pierde la capacidad de decisión al interior de un encierro psiquiátrico (o al menos en lo que respecta a su libertad ciudadana). Algunos relatos dan cuenta de ello:

No me gusta estar hospitalizada, y menos en contra de mi voluntad, es malo. Lo que quiero decir es que es una experiencia terrible estar encerrada, estás privada de libertad, que es un derecho fundamental. No puedes salir a la calle y a ningún lado. (...) es un momento triste y te sientes sola. Las personas que están adentro se sienten de la misma manera o peor. Sin embargo, los que están al cuidado tuyo son los que no son buenos y creo que es porque deben pensar que

somos inferiores por tener un diagnóstico de esquizofrenia. Después que he salido me pongo a pensar lo traumático que es hospitalizarse en psiquiatría, o en el Horwitz, y uno vive con temor porque siempre alguien puede volver a internarte en contra de tu decisión. (Castro, 2021, p. 129)

Este relato demuestra lo complejo y traumático que es vivir una experiencia relacionada con el encierro psiquiátrico. Las prácticas coercitivas existentes se adhieren a las vivencias y transforman al ser humano en lo más íntimo; pero también muestran la cara oculta de la psiquiatría: la coerción y la violencia (Castro, 2023).

La violencia se constituye como un elemento intrínseco de la intervención psiquiátrica y la salud mental. Los actos coercitivos que mortifican y destrozan la humanidad del “loco” favorecen la anulación de estos sujetos, quienes están a disposición de las tecnologías psiquiátricas empleadas en el encierro (muchas veces en contra de su voluntad). Ya sean médicos psiquiatras, profesionales o técnicos, todos se ven envueltos en un engranaje coercitivo que funciona con normalidad y al amparo de la pérdida de libertad de quien permanece encerrado. “No pedir permiso”, “no dar explicación”, “amarrar” o lo que en enfermería se denomina “contenciones mecánicas” se convierten en modos de intervención que son validados en este campo y funcionan al margen de cualquier forma de justicia: al final, todo queda borrado y olvidado. No obstante, esa violencia que existe tanto en la intervención psiquiátrica como en ese olvido es parte constitutiva (en muchos casos elemental) de las prácticas psiquiátricas en pleno siglo XXI, lo que perpetúa el sufrimiento psíquico del “loco”.

La violencia de las instituciones psiquiátricas se actualiza de forma permanente, lo que supone una contradicción del proceso terapéutico mismo, ya que hospitalizarse en un dispositivo de salud mental es parte de la mejoría y, por tanto, del incremento de calidad de vida del usuario. Sin embargo, la hospitalización psiquiátrica desarrollada como una práctica médica guarda un contenido violento que se dispone estructuralmente como metodología. Los protagonistas de estos hechos corroboran esa realidad:

O sea, lo que a mí me sucede cuando me descompenso, es por el simple hecho que coartan mi libertad. Si me quiero ir de una corta

estadía no puedo, y es simplemente porque anularon mi voluntad. Ahora que lo pienso bien, yo me quería ir de ahí y no podía, me lo impedían. Frente a eso, lo que ocurre es normal, es una reacción natural que uno se enoje porque lo tienen prisionero en contra de tu propia voluntad. Querer irme para mi casa es algo normal creo yo, estar libre. Pero después de eso me amarraron y me inyectaron. Es traumático ello. Uno debería elegir, tener el derecho a elegir si quedarme o no hospitalizado. (Castro, 2021, p. 120)

Pensar que la violencia de la hospitalización psiquiátrica en pleno siglo XXI no existe, pareciera sumamente ingenuo a la luz de las propias historias narradas por los sujetos afectados a este tipo de prácticas institucionales y estatales. De hecho, la violencia que contiene el ejercicio de la internación al parecer ha sido incalculable en sus alcances, ya que deja en evidencia la deshumanización de las personas que se ven afectadas por este tipo de intervenciones en la salud mental y, por otro lado, el trauma que se adhiere a quienes viven esas experiencias:

Me han llevado en contra de mi voluntad para encerrarme. Los carabineros me sacaron de la casa a la fuerza, porque me había encerrado en mi dormitorio. Me golpearon y me tiraron al suelo y pusieron sus piernas arriba de mi cabeza, como si fuera un delincuente. Por ello le tengo miedo a los carabineros, y me escondo cuando los veo en cualquier lugar. Después me sacaron y me esperaba una ambulancia, y nadie me preguntó si quería hospitalizarme. Después de eso, nunca más me resistí a una hospitalización. (Castro, 2021, p. 231)

Si bien la internación psiquiátrica, indistintamente del tipo de unidad donde se practique, es una herramienta que busca la compensación psicopatológica de quienes están cursando alguna crisis, termina convirtiéndose en un mecanismo coercitivo profundamente violento contra el cuerpo y las emociones del “loco”. Así, pensar que el sujeto que atraviesa esta intervención no se “da cuenta” de este tipo de situaciones (por estar “loco”) es desconocer la propia voz de un sujeto altamente vulnerable en esos contextos. Y también obviar el miedo que se axiomatiza en el individuo durante este proceso terapéutico, que se transforma en algo traumático para él.

Cuando supe que me hospitalizarían en el Peral se me vinieron inmediatamente las imágenes que salen en la televisión, esas que son tétricas, donde todos gritan, todos son violentos, etc., eso fue lo que se me vino a la cabeza. Además, pensaba en cómo sufrían los pacientes psiquiátricos, y ahora yo ya era uno de ellos (...). En el fondo me imaginé como lo peor del mundo, porque “el psiquiátrico” es lo más malo de la sociedad, por eso los encierran. (Castro, 2021, p. 231)

La violencia relacionada con la internación psiquiátrica se erige como una manera de conservar el control y el disciplinamiento sobre las conductas del “loco” —usando palabras foucaultianas—. Eso quiere decir que en este mecanismo coercitivo existe una violencia constitutiva que se genera no solo por el hecho de la privación de la libertad, sino porque —durante esa misma privación que busca una compensación psicopatológica (en la crisis)—emergen prácticas internas características de las instituciones totales, como las definió Goffman (1998) en su investigación sobre los internados; es decir, maltrato, deshumanización y mortificación del yo, que aún en pleno siglo XXI siguen siendo parte de la intervención en salud mental. Si bien estas prácticas se han problematizado desde algunas corrientes psiquiátricas, hoy siguen vigentes como un axioma dentro de la propia intervención en salud mental, y se echan a andar a partir de algo mucho más grande como es el sufrimiento del sujeto “loco”.

Esto no se va a explicar de otra manera, el abuso es abuso y es una reacción que comete el más fuerte contra el más débil, y los que tenemos un problema psiquiátrico somos los más débiles. Y en un lugar como un hospital psiquiátrico donde se debe ayudar a las personas se abusa de ellas y se les maltrata, a mí me ocurrió, y además lo vi (...) desde abusos verbales hasta golpes. Debe ser porque somos más vulnerables, porque somos esquizofrénicos, entonces todo el mundo cree que somos lo más bajo de la sociedad. Todos rechazan a quien tenga este tipo de enfermedad. (Castro, 2021, p. 101)

En consecuencia, podemos decir que el encierro psiquiátrico en sí mismo es un elemento violento en la experiencia de la locura. Si bien este no es percibido del mismo modo desde las políticas públicas —para las que es una de las principales formas de intervención de la salud mental y la psiquiatría—, la razón experiencial del “loco” evidencia que estamos frente a una práctica violenta que no está exenta de abu-

sos, deshumanización, tratos crueles e incluso golpes físicos y maltrato simbólico:

Se ven cosas malas en la hospitalización, uno sufre ahí. (...) no me hospitalizaría [otra vez] (...) me han contado varios compañeros que los maltratan en el psiquiátrico (...) le pegaron a un paciente, y los gallos no me gustaron (...) eran peligrosos esos enfermeros, como que siempre andaban como matones adentro de las salas del hospital. (Castro, 2021, p. 66)

El sufrimiento y la hospitalización psiquiátrica

La hospitalización psiquiátrica es una forma de intervención que la psiquiatría ha detentado desde sus orígenes. Desde que se conoce la forma de hacer psiquiatría en el mundo, la hospitalización o también denominada internación es el método por excelencia que la psiquiatría y la salud mental tienen para tratar las enfermedades mentales. En relación con ellas, siempre encontraremos personas con diagnósticos psiquiátricos variados, especialmente los del ámbito psicótico y anímico, que se vinculan a esta intervención clínica. Además, el mecanismo de la internación (voluntaria o involuntaria) se ha convertido en un lugar de alta complejidad en la salud pública, fundamentalmente en la salud mental y las unidades de hospitalización, sin dejar de mencionar los hospitales y clínicas psiquiátricas, públicas y privadas.

La historia de la locura y la psiquiatría están ligadas íntimamente a este dispositivo, para el que el hospital psiquiátrico (en todas sus denominaciones) resulta la institución por excelencia para intervenir al “loco” y su locura. Como ya dijimos, el hospital psiquiátrico surgió en el siglo XVII con la separación de los enfermos mentales de lugares comunes de exclusión como las cárceles. Fue ese el momento fundacional de la psiquiatría, con médicos como Pinel y Esquirol, quienes le dieron forma al discurso psiquiátrico inicial que perdura socialmente hasta el día de hoy. En esa línea, la hipótesis terapéutica que guarda en su seno la hospitalización psiquiátrica es que el aislamiento del paciente de su entorno permite una mejora en su sintomatología y una mejor calidad de vida.

De ese modo, ¿qué tiene que ver la hospitalización psiquiátrica con el sufrimiento?; ¿por qué asociamos con el sufrimiento a una institu-

ción tan noble que busca mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico?

Es Goffman (1998) quien primero nos advirtió de esa relación en su estudio sobre los internados en 1954, especialmente los de las instituciones hospitalarias de psiquiatría. Goffman mostró cómo los internados se constituyen como lugares de sometimiento del “paciente” al personal, al generar sumisión, obediencia y subordinación del loco frente al personal hospitalario. El autor será uno de los primeros que apuntará directamente al no sentido de las instituciones psiquiátricas y la hospitalización, ya que no cumplen el propósito por los cuales fueron creados, es decir, el bienestar, la protección y la mejora de quienes cursan un diagnóstico psíquico y se han desajustado socialmente. Por ende, los hospitales psiquiátricos o manicomios terminan siendo “(...) invernaderos donde se transforma a las personas (...)” (Goffman, 1998, p. 25) y donde esa transformación se ampara bajo un mecanismo coercitivo que favorece el sufrimiento, siempre asociado a la “mortificación del yo” (Goffman, 1998, p. 25).

En el caso directo de las personas que han atravesado esta experiencia (más adelante revisaremos sus casos con mayor detalle) se confirma de algún modo lo que Goffman nos ha venido diciendo desde hace casi más de cincuenta años. Más allá de ser un hospital psiquiátrico o una unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital general, lo que se vive alrededor y al interior de ellos refleja la más oscura experiencia que los sujetos locos pueden tener en toda su vida de persona diagnosticada.

Algunos sujetos indican que la hospitalización tiene significaciones positivas, creen que la hospitalización beneficia cuando están cursando crisis y, por tanto, tiene buenos efectos en sus vidas a largo plazo. Sin embargo, muchos aclaran que una cosa es el beneficio y otra es el hecho de estar hospitalizado, encerrado, privado de la libertad, y el miedo que ello produce.

El enfermero tomó al paciente, lo tiró al suelo, lo pateó y uno no puede decir nada. Yo vi eso y no estaba psicótico, ni nada de eso. (...) él se quería ir, y fue por eso que le pegaron. A mí me dio miedo esa situación y le conté a mi hermana, pero creo que eso no está bien, él solo les insistía que quería irse de ahí. A mí me dio miedo,

por eso no quisiera estar hospitalizado nuevamente. (Castro, 2021, p. 66)

Hoy en día, cuando nuestro país se ha adherido a posicionamientos de respeto a los derechos humanos, la hospitalización psiquiátrica sigue siendo tan polémica como en los tiempos del nazismo y la posguerra. A pesar de sus innumerables estrategias al respecto, Chile no ha podido limpiar la imagen del hospital psiquiátrico como un lugar relacionado con el dolor y el sufrimiento. Y en esa continuidad, las narrativas sobre estas experiencias que el sujeto “loco” guarda tiene sobre la internación siguen afirmando el sufrimiento que supone estar detenido en una institución con esas características.

Ese tiempo lo encontraba horrible, y me daba miedo hospitalizarme en un psiquiátrico (...) a mí me daba rabia las injusticias que ocurrían al interior del hospital psiquiátrico, en el encierro se abusa de las personas que son más vulnerables (...) además pensaba cómo sufrían los pacientes psiquiátricos, y yo era uno de ellos (...) En el fondo me imagine como lo peor del mundo, porque el [hospital] “psiquiátrico” es lo más malo de la sociedad. (Castro, 2021, p. 68)

La hospitalización, voluntaria o involuntaria emerge como una narrativa del sufrimiento en la que la soledad, la tristeza y el dolor, que en un principio se asocia a lo psíquico o a lo psicopatológico, emergen como una consecuencia radical del abandono. El hecho de estar apartado de la sociedad y vinculado a un relacionamiento hostil por parte de quienes deben preocuparse por el bienestar, se convierte en la principal arma de destrucción del yo.

Al principio cuando me iban a ver los doctores en el Horwitz, pasaban como en una junta médica día por medio para revisarme. Yo sentía que ellos pensaban que era un espécimen que tiene esto y esto otro. Es ahí que ellos mencionan el trastorno que tenía y me causó impacto, ¿que tendré?, me preguntaba, o ¿qué cosa tengo? Me asuste un poco, pero en mi mente pensaba que me tenía que mejorar. (Castro, 2021, p. 65)

Por otro lado, la vida cotidiana al interior de una hospitalización psiquiátrica funciona con una constante y persistente despersonalización de los sujetos locos. Nadie explica nada, y los internos se convierten en objetos que son manipulados y manejados de modos insospechados.

No obstante, estos mismos objetos de la psiquiatría cuentan sus experiencias de dolor y miedo en estos lugares, alejados de cualquier tratado internacional de derechos humanos o leyes que los resguarden.

Una vez una niña dijo que estaban golpeando a la puerta, como para entrar al box donde estábamos internadas, y la señorita, una psicóloga, se enojó, porque estaban golpeando, y yo le dije que estaban golpeando, reiteradas veces, y ella me dijo: aquí no se grita (...) y yo le contesté: ¡oiga yo no soy cualquier cosa!, aprenda a tratar a los pacientes, no porque grite un poco es más que yo, y es porque están golpeando la puerta (...). (Castro, 2021, p. 65)

La experiencia del dolor, relacionada con la hospitalización psiquiátrica, desorienta y deja sin explicación ni respuestas en muchas ocasiones. La hospitalización emerge como un mecanismo autoritario y coercitivo, desprovisto de explicaciones o razones, que violenta y absorbe cualquier racionalidad humana.

Al parecer, el sufrimiento psíquico de quienes han sido designados a través de un diagnóstico psiquiátrico siempre será homologable a su paso por la hospitalización psiquiátrica. La violencia como forma de coerción y tortura sobrepasa de manera espontánea en los relatos de las personas que han cursado la internación psiquiátrica (Mills, 2014), asociada al miedo y el castigo, y a una valoración negativa de sus experiencias. Una vez más, a pesar de que se insista en que la hospitalización es un recurso terapéutico para mejorar las condiciones de vida de las personas que lo necesitan, esta termina convirtiéndose en todo lo contrario.

Philip Fennel (2010), académico de la Universidad de Cardiff en Inglaterra nos dice al respecto que:

La detención, el tratamiento forzado sin consentimiento, la reclusión y la restricción son los principales mecanismos de poder clínico. Una persona puede consentir el tratamiento o permanecer en el hospital si sabe que se verá obligada en caso de rechazo. El cumplimiento a la sombra de la compulsión es una característica importante del sistema psiquiátrico. (p.13)

De ese modo, la hospitalización se constituye como un poder clínico (psiquiátrico) que funciona coercitivamente y doblega la voluntad de los sujetos afectos a esta condición de encierro. Vale resaltar que el

sometimiento al poder clínico-psiquiátrico recae sobre personas que cursan episodios psicóticos o afectas a estabilización del ánimo. Son estas experiencias las que revelan la cruda violencia de las instituciones de encierro en salud mental. Un usuario de los servicios de salud mental chileno revela en el siguiente relato el miedo que siente a internarse en uno de estos dispositivos:

Tengo serias dudas y miedos de irme al Hospital el Peral, pero todos me dicen que es una buena opción para tener un tratamiento, pero yo estoy inseguro, es estar seis meses internado, la gente no comprende eso y cree que porque uno tiene esquizofrenia debe someterse a estas cosas. (Castro, 2021, p. 65)

Encontramos otras formas de coerción a través del convencimiento que no solo están presentes en el interior de los hospitales psiquiátricos, sino también en los propios servicios de salud mental comunitarios, las familias, los espacios públicos, etc. Cuando un usuario del servicio de salud mental anteriormente citado expresa “(...) pero todos me dicen que es una buena opción para mi tratamiento (...)”, observamos una serie de mecanismos coercitivos y de intervención que funcionan implícitamente fuera de las paredes del hospital psiquiátrico, como parte de un tipo de narrativas que modulan las decisiones de las personas.

De algún modo, la coerción psiquiátrica queda vinculada al sufrimiento psíquico, a través de la violencia que ejerce de manera directa e indirecta (Castro, 2023). Pero, por otro lado, la coerción también queda anclada al miedo a la hospitalización psiquiátrica, aun cuando pudiera ser necesaria:

El psiquiatra de la corta estadía me mando, y me dijo que si no venía iba a estar más tiempo hospitalizado, y le hice caso, al final, eso está bien, no ve que me dan ganas de consumir. Y entre eso y estar encerrado más tiempo, mejor vengo, porque si me quieren otra vez encerrar, lo van a hacer, ellos son los que mandan. (Castro, 2021, p. 233)

Como Chile no tiene más alternativas para tratar las crisis de las personas que cursan diagnósticos psiquiátricos que la internación en dispositivos de encierro, esta se establece como la única vía de tratamiento o la vía principal durante periodos complejos. Sin embargo, el miedo que genera una hospitalización psiquiátrica por la validación de

la violencia al interior de estos espacios clínicos aleja a las personas de las intervenciones. Los estudios de Gooding, McSherry, Roper y Grey de la Universidad de Melbourne reafirman que la coerción psiquiátrica —especialmente durante la internación— genera miedo y aumento de coerción: “el miedo a la coerción puede mantener a las personas alejadas del tratamiento de salud mental, lo que puede aumentar el riesgo de coerción” (Gooding et al., 2018, p. 87). Aunque los profesionales investigados en estos temas desapruében teóricamente la coerción, en la práctica terminan fomentando este tipo de intervenciones (Gooding, 2018). Otra usuaria de los servicios de salud mental relata que “ese tiempo lo encontraba horrible, y me daba miedo hospitalizarme en un psiquiátrico” (Castro, 2021, p. 68). Esto último confirma lo que Gooding y sus colegas indican a propósito de los efectos de la coerción, ya que la privación de la libertad y/o la detención psiquiátrica favorece el abuso hacia el “loco”.

Son los propios “locos” quienes se dan cuenta de que hay injusticia al interior del internamiento psiquiátrico. Son ellos mismos quienes experimentan dolor y narran en primera persona el sufrimiento de ser alguien sin voz, sin derecho, sin humanidad: “(...) es que no te tratan humanamente”, y “aunque yo me niegue, si ustedes me ven mal, me hospitalizan” (Castro, 2021, p. 68).

La deshumanización de la persona que es internada voluntaria o involuntariamente en un centro de salud mental es el principio de una experiencia altamente compleja, que en muchos casos causa dolor y sufrimiento, no por el hecho de que esté cursando una crisis, sino porque se le suspende su propia calidad de ciudadana. Al mencionar que hay injusticias, uno de los relatos mencionados anteriormente deja ver el exceso de poder que se ejerce en estos dispositivos clínicos de salud pública, donde se mantienen hasta hoy prácticas de deshumanización sobre las personas por el solo hecho de ser “locas”. En ese sentido, la hospitalización revela el mal, ese mal al que hace referencia Levinas (2011) cuando dice que “La humanidad del hombre que sufre se halla abrumada por el mal que lo desgarrá” (p.116), y que puede asociarse a una cárcel, un encierro, una coerción, es decir, a una no libertad.

Las experiencias dolorosas vividas durante la hospitalización en hospitales psiquiátricos pueden adquirir aspectos más complejos, colocan a los sujetos “locos” en una posición desventajosa mediante la

suspensión legal o ilegal de sus derechos. Como diría Bourdieu (1999), “esa miseria de posición” (p. 10) es la que experimenta el sujeto diagnosticado, que ve cómo se hunde en lo más profundo del abismo la humanidad que quedaba en su cuerpo de “loco”.

La vida al interior del encierro psiquiátrico no es más que una vida de sufrimiento que revela la pureza de la maldad humana. Los dispositivos de miedo y control que se manifiestan por medio de lenguajes y formas de ser —a las que Goffman hizo referencia hace décadas— hacen que para muchas personas la hospitalización psiquiátrica sea el lugar más horrible de la humanidad, un submundo, el escenario de terror en el que terminan por una indicación o la persuasión médica.

Estar tantas veces internada en el psiquiátrico, de alguna manera hizo que yo aprendiera los códigos de cómo funcionaba el hospital psiquiátrico, ahí aprendí desde que la levantan a uno hasta qué es lo que se tiene que hacer y qué no hay que hacer. Uno después lo aprende, pero había niñas que las apartaban a ciertas horas del lado de nosotras, y se las llevaban a otro lugar; o que no podían comer, o no podían estar acá, porque le iban hacer algún tipo de tratamiento. Uno al principio como que mira raro, o no entiende qué es lo que está pasando, y de alguna manera uno va aprendiendo que ellas hacen su terapia en otro lado, y uno quedaba en otro. Recuerdo que todos bajaban, y a mí me tocaba terapia a las 10 am, y yo preguntaba por qué me tenía que quedar, ahí los funcionarios me decían que me harían terapia individual. “Ahora a ti te toca ir al psicólogo”, me decían, pero si uno no lo sabe o no se lo explican, no tenías como saberlo. Uno igual se siente media extraña, porque nadie te explica nada, es decir, todos los que trabajan ahí solo te miran, te hacen preguntas y se van, y no entiendes nada. Y si uno pregunta, se molestan. (...) Un hospital psiquiátrico cambia la vida, para bien y mal, es como que nunca más te puedes desentender de la psiquiatría. (Castro, 2021, p. 69)

Referencias

- Augé, M. (1992). *Los No Lugares, espacios del anonimato: una antropología de la sobremodernidad*. Gedisa.
- Barbato, A. (2015). Violence Against People with Mental Disorders. En J. Lindert e I. Levav (eds.), *Violence and Mental Health. Its*

- manifold faces*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- Basaglia, F. (2000). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia Editorial.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. Macmillan.
- Besser, A., Neria, Y. y Haynes, M. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences*, 47, 851-857. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.003>
- Bleich, A., Gekkopf, M. y Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290, 612-620. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.612>
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. Nueva Visión.
- Castro, M. A. (2021). *Los efectos performativos de la psiquiatría en la vida de las personas diagnosticadas psiquiátricas: el sufrimiento de la locura* [Tesis Doctoral en Sociología]. Universidad Alberto Hurtado.
- Castro, M. A. (2023). Coerción en las hospitalizaciones psiquiátricas en Chile: el sufrimiento de la locura en el siglo XXI. En *Salud Colectiva*, 19, e4348. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4349>
- Chase, S. (2015). Investigación Narrativa: Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En N. Denzin e Y. Lincoln (coords.), *Métodos de recolección y análisis de datos, Manual de Investigación Cualitativa, Volumen IV*. Gedisa.
- Collier, P. (1999). On the economic consequences of civil war. *Oxford Economic Papers*, 50, 168-183. <https://doi.org/10.1093/oep/51.1.168>
- De Fréminville, B. (1975). *La raison du plus fort*. Editions du Seuil.
- de Jong, J. (ed.). (2002). *Trauma, war, and violence: Public mental health in sociocultural context*. Kluwer Academic/Plenum.

- Fennel, P. (2010). Institutionalising the Community: The codification of clinical authority and the limits of rights-based approaches. En B. Mc Sherry y P. Weller (eds.), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*. Hart Publishing.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Gooding, P., McSherry, B., Rope, C. y Grey, F. (2018). *Alternatives to coercion in Mental Health: A literature Review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
- Goffman, E. (1998). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Hall, B.J, Hobfoll, S.E, Canetti, D., Johnson, R.J., Palmieri, P.A. y Galea, S. (2010). Exploring the association between posttraumatic growth and PTSD: A national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah war. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 180-186. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d1411b>
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Jordan J. y McNeil, D. (2019). Perceived Coercion During Admission into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts after Discharge. En *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 180-188. <https://doi.org/1111/sltb.12560>
- Kalyvas, S. (2006). *The logic of violence in civil war*. Cambridge University Press.
- Klingemann J., Switaj, P., Lasalvia, A. y Priebe S. (2021). Behind the screen of voluntary psychiatric hospital admissions: A qualitative exploration of treatment pressures and informal coercion in experiences of patients in Italy, Poland and the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/00207640211003942>
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia* (trans. by M.R. Barclay from 8th edn of Lehrbuch der Psychiatrie, vol. 3, 1913). E. & S. Livingstone.

- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. y Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478-485.
- Lacobucci, G. (2019). Police launch probe into 'horrific' abuse of patients by staff at care facility. *British Medical Journal*, 365, <https://doi.org/10.1136/bmj.l2329>
- Labrum, T. y Salomon, L. (2017). Rates of Victimization of Violence Committed by Relatives with Psychiatric Disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(19), 2955-2974. <https://doi.org/10.1177/0886260515596335>
- Laslett, B. (1999). Personal Narratives as Sociology. Featured essay. *Contemporary Sociology*, 28, 391-401. <https://doi.org/10.2307/2655287>
- Lake, K., Wilkins, V., Ford, E., Parish, S., Slattery, R., Russ, M. y Brody, B. (2023). A 23-year-old woman with psychotic mania and a report of sexual violence during a psychiatric hospitalization. *Harvard Review of Psychiatric*, 31(5), 234-241. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000375>
- Levinas, E. (2001). *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Pre-Textos.
- Lim, Z.Y, Idris, D.R., Abdullah, Hj.Md.A., y Omar, H.R. (2023). Violence toward staff in the inpatient psychiatric setting: Nurses perspectives: A qualitative study. *Archive of Psychiatric Nursing*, 46, 8-90. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.08.008>
- Lindert, J. (2015). Violence Exposure and Mental Health States. En J. Lindert e I. Levav (eds.), *Violence and Mental Health. Its manifold faces*. Springer.
- Lindert, J. y Levav, I. (eds.), *Violence and Mental Health. Its manifold faces*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8>
- McDonald, S. (2021). Therapeutic Institutions of violence, conceptualising the biographical narratives of mental health service users/survivors accessing long term «treatment» in England. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*, 7(2), 179-194. <https://doi.org/10.1108/JCRPP-02-2020-0027>
- Mills, Ch. (2014). *Decolonizing Global Mental Health, the psychiatrization of the majority world*. Routledge.

- Milgram, N.A. (ed.). (1986). *Stress and coping in times of war: Generalizations from the Israeli experience*. Brunner/Mazel.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (1998). *Circular No. 13. Decreto Supremo 578/98*.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2000). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*.
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2017). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- Murphy, G. (2019). Whorlton hall: a predictable tragedy? *British Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/bmj.14705>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.
- Pinel, P. (2014). *Tratado médico-filosófico de la enagenación [sic] del alma ó manía*. Nabu Press.
- Porter, R. (2008). *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Saraceno, B. (2003). *La Liberación del paciente psiquiátrico: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*, México, Editorial Pax.
- Scull, A. (1983). The domestication of madness. *Medical History*, 27(3), 233-248. Cambridge. <https://doi.org/10.1017/S0025727300042940>
- Swift, J. (1998). A character, panegyric, and description of the legion club (1736). En A. Carpenter (ed.), *Verse in English from eighteenth-century Ireland*. Cork University Press.
- Sungur E., Yenigün, E. y Yücens, B. (2022). Recognition of violence and being affected by violence in psychiatric outpatients. *Llinik*

Psikiyatri Dergisi-turkish Journal of Clinical Psychiatry,
23(3), 280-289.

- Universidad Diego Portales. (2018). *Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile, 2018*. Centro de Derechos Humanos UDP, Ediciones Universidad Diego Portales.
- Weisenger, G., Brooks, J.M., Ahmed, A. y Brawner, B. (2019). Experiences of hospitalization of patients with psychotic disorders on medical-surgical units. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 27(4). <https://doi.org/10.1177/1078390319892313>