Revista Prisma Social Nº 50

Reducción de las desigualdades para un desarrollo humano sostenible

3er trimestre, julio 2025 | Sección temática | pp. 188-213

Recibido: 23/4/2025 – Aceptado: 23/7/2025

VIOLENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y ACTIVISMO EN SALUD MENTAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO

PSYCHIATRIC VIOLENCE AND MENTAL HEALTH ACTIVISM: A QUALITATIVE STUDY

Juan Brea Iglesias / jubrea@ucm.es
Universidad Complutense de Madrid, España

Andrés Arias Astray / aariasas@ucm.es
Universidad Complutense de Madrid, España

David Alonso González / dalonso@ucm.es
Universidad Complutense de Madrid, España

prisma social
revista de ciencias sociales

RESUMEN

En la actualidad existen fuertes críticas vinculadas con la vulneración de derechos humanos en contextos hospitalarios y otros recursos psiquiátricos. Este artículo explora las experiencias y perspectivas de activistas del movimiento en primera persona en torno a las violencias psiquiátricas. Su objetivo es visibilizar las violencias psiquiátricas interpelando a la responsabilidad de los y las trabajadoras sociales que realizan su labor en estos ámbitos. Se empleó un diseño cualitativo descriptivo. Se llevaron a cabo cinco grupos de discusión (n=32) entre diciembre de 2021 y marzo de 2022. El muestreo fue intencional, conformándose por personas que han pasado por diferentes dispositivos psiquiátricos y que participan de colectivos, grupos o asociaciones en primera persona. El análisis de la información recabada se hizo con el apoyo del software Atlas.Ti 23. Los resultados muestran cómo los internamientos involuntarios, la contención mecánica, la sobremedicación o la terapia electroconvulsiva (TEC) son identificados como formas de violencia psiquiátrica. Además, se identifican formas más sutiles de violencia que han sido recogidas bajo el concepto de injusticia epistémica. Se hace una comparativa con la literatura académica y científica respecto de las diferentes formas de violencia psiquiátrica identificadas. La literatura existente avala, en gran medida, las denuncias y reivindicaciones expresadas por el movimiento en primera persona, igual que diferentes organismos internacionales. Se debe reflexionar sobre el papel de profesionales y académicos/as en la perpetuación o mitigación de estas violencias y colaborar con las activistas del movimiento en primera persona para impulsar un cambio hacia prácticas más justas y respetuosas.

PALABRAS CLAVE

Violencia psiquiátrica; Injusticia Epistémica; Activismo; Movimiento en primera persona; Derechos humanos; Trabajo Social; Investigación cualitativa

ABSTRACT

Currently, there is strong criticism related to the violation of human rights in hospital settings and other psychiatric resources. This article explores the experiences and perspectives of activists from the first-person movement regarding psychiatric violence. Its aim is to highlight psychiatric violence by calling into question the responsibility of social workers who carry out their work in these settings. A descriptive qualitative design was used. Five discussion groups (n=32) were conducted between December 2021 and March 2022. The sampling was intentional, consisting of people who have experienced various psychiatric services and who participate in first-person collectives, groups, or associations. The information gathered was analyzed with the support of Atlas.Ti 23 software. The results show that involuntary hospitalizations, mechanical restraints, overmedication, and electroconvulsive therapy (ECT) are identified as forms of psychiatric violence. Additionally, more subtle forms of violence were identified and categorized under the concept of epistemic injustice. A comparison is made with academic and scientific literature regarding the different forms of psychiatric violence identified. Existing literature largely supports the complaints and demands expressed by the first-person movement, as do various international organizations. There is a need to reflect on the role of professionals and academics in perpetuating or mitigating these forms of violence and to collaborate with activists from the first-person movement to promote a shift toward fairer and more respectful practices

KEYWORDS

Psychiatric violence; Epistemic Injustice; Activism; First-person movement; Human rights; Social Work; Qualitative research

1. INTRODUCCIÓN

Desde los movimientos sociales se ha impulsado una renovación en el cuestionamiento de las prácticas psiquiátricas. Este cuestionamiento se ha enfocado en la denuncia de la violación de derechos humanos en el ámbito hospitalario y en otros dispositivos de salud mental.

Estos cuestionamientos, que se remontan a los orígenes mismos de la psiquiatría (Scull, 2018; Foucault, 2018), cobran especial relevancia en los años setenta dentro del marco más amplio de la crítica a las instituciones: la fábrica, la escuela, la familia y, por supuesto, los manicomios y otras instituciones de resocialización, como las cárceles.

La crítica foucaultiana sobre el papel de las prácticas psiquiátricas como mecanismos de control social encontró eco en España en la obra de Fernando Álvarez-Uría. Álvarez-Uría (2020) expone cómo la psiquiatría ha funcionado históricamente como una herramienta para imponer un orden y una jerarquía sociales, vinculando la medicina al mantenimiento del orden público.

En este contexto surge el término de antipsiquiatría, que aglutina perspectivas teóricas y propuestas políticas diversas, como la psiquiatría democrática, las comunidades terapéuticas, los enfoques existencial-fenomenológicos o el psicoanálisis (Cooper, 1967; Basaglia, 1970; Szasz, 1974; Jervis, 1975).

En España, hubo varios conflictos y experiencias que podrían denominarse antipsiquiátricos y que estaban atravesadas por la lucha antifranquista. Este movimiento se organizó bajo la Coordinadora Psiquiátrica, un colectivo que funcionó de forma clandestina hasta el año 1977 (González Duro, 2021).

También surgieron colectivos de supervivientes de la psiquiatría que, aunque sus críticas y propuestas fueron menos conocidas, tuvieron un impacto notable. Una de sus figuras más significativas, Judi Chamberlin (2023), propuso, a raíz de su experiencia con diferentes instituciones psiquiátricas, alternativas autogestionadas y basadas en el apoyo mutuo. Sin embargo, resultaría reduccionista circunscribir este movimiento a esta figura, pues hubo colectivos en Canadá, Estados Unidos, Alemania, Francia o los Países Bajos, que oscilaban entre planteamientos reformistas y enfoques más radicales, al igual que la propia antipsiquiatría.

Posteriormente, surgieron expresiones como el Orgullo Loco (*Mad Pride*) y los Estudios Locos (*Mad Studies*), que constituyeron nuevas formas de activismo y producción de conocimiento en salud mental. Los Estudios Locos se han consolidado como un campo interdisciplinario que promueve el conocimiento desde la perspectiva de las personas diagnosticadas (LeFrançois, Menzies y Reaume, 2013). Esta perspectiva conecta con la noción de justicia epistémica (Fricker, 2007), que se propone reparar las injusticias producidas cuando ciertos grupos son silenciados o sus relatos son ignorados.

En el contexto español, se pueden encontrar algunos antecedentes de este movimiento en el colectivo Psiquiatrizados en Lucha, al que perteneció el poeta Leopoldo María Panero (Kadmon, 2019) y el fanzine *Enajenadxs*, que fue recogido en el año 2007 en el libro *UHP: Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs* (V.V.A.A., 2007; Erro, 2021).

En la actualidad, se ha configurado un movimiento en primera persona, autónomo y con voz propia, que difiere de las tradicionales asociaciones de familiares y profesionales. Este movi-

miento centra su denuncia en las violencias psiquiátricas, entendidas como prácticas abusivas y coercitivas que se ejercen en el ámbito de la salud mental.

El día del Orgullo Loco busca diferenciarse del Día Mundial de la Salud Mental, copado por actividades institucionales de asociaciones profesionales y familiares, de las que el movimiento en primera persona trata de distanciarse.

En este artículo se propone ahondar en las vivencias y percepciones de quienes han sufrido estas violencias y han decidido levantar la voz. Para ello, se explora el testimonio y la perspectiva de activistas del movimiento en primera persona que, desde su experiencia directa, exponen, definen y señalan estas prácticas.

Cabe preguntarse, además, cuál es el papel profesional frente a esta cuestión. Desde el trabajo social y otras disciplinas vinculadas con la salud mental surge la necesidad de reflexionar sobre su responsabilidad en la perpetuación o mitigación de estas violencias y de plantearse de qué manera pueden contribuir a la construcción de prácticas más justas y respetuosas.

El trabajo social anti-opresivo señala cómo las relaciones de poder atraviesan las instituciones y pueden perpetuar la desigualdad. Desde este marco se apuesta por una práctica que combine los derechos, la participación y la transformación social (Dominelli, 2002). En la misma línea, la tradición del trabajo social radical defiende la alianza con movimientos sociales y la acción colectiva para la emancipación y la justicia social (Bailey y Brake, 1975; Lavalette, 2011)

Será a partir de todo ello que se invite a reflexionar sobre la necesidad de transformación de un sistema que parece vulnerar con demasiada frecuencia la dignidad y los derechos fundamentales de las personas.

2. DISEÑO Y MÉTODO

2.1. ENFOQUE

Este estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de corte socio-hermenéutico (Alonso, 1998), cuyo alcance es descriptivo y exploratorio.

Se adopta explícitamente un marco basado en la teoría del punto de vista (Harding, 1991; Harding, 2004), que sostiene que los grupos oprimidos poseen un conocimiento epistémicamente privilegiado al situarse en la intersección de relaciones sociales de poder. Este marco privilegia la comprensión de las subjetividades y experiencias vividas de quienes dicen haber sufrido violencias psiquiátricas.

Desde esta perspectiva, se parte de la premisa de que el texto se sitúa en un contexto sociohistórico y en un marco situacional de producción del discurso concreto (Alonso, 1998). Además, el enfoque aborda el "área indexical" o "representativa" del discurso (Van Dijk, 2002, p.9). Es decir, se centra en cómo los enunciados hablan sobre, denotan o representan diferentes segmentos de la sociedad.

Este enfoque conlleva una lógica hermenéutica de carácter circular, por lo que se acude de forma iterativa a los diferentes momentos del proceso metodológico: lectura del material empírico, codificación, vuelta al marco teórico-analítico, recodificación, etc. Este proceso facilita realizar una síntesis interpretativa que trasciende la exposición fragmentaria de citas.

Así, se entiende que es fundamental conocer tanto el discurso de las personas que conforman el movimiento en primera persona como de aquellas que denuncian haber sido víctimas de violencias psiquiátricas.

2.2. PARTICIPANTES

Las personas participantes fueron hombres y mujeres que (1) habían sido pacientes de diferentes dispositivos psiquiátricos y que (2) actualmente son miembros de colectivos, grupos o asociaciones activistas en primera persona.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se hizo un primer contacto a través de correo electrónico, redes sociales o de contactos personales con la mayoría de las asociaciones, colectivos y grupos de ayuda mutua que conforman el movimiento en primera persona en España. Posteriormente, se difundió el estudio entre sus miembros.

Finalmente, participaron un total de 32 personas (17 hombres y 15 mujeres), de entre 24 y 62 años (edad media=44,6; DT=9,6). En cuanto al estado civil, la mayoría eran solteros/as (n=18), seguidos de casados/as (n=7) y divorciados/as (n=3). Respecto al nivel educativo, más de la mitad tenían estudios universitarios completos o incompletos (n=17), mientras que una cuarta parte había completado únicamente la educación obligatoria (n=8). La gran mayoría eran pensionistas (n=24), con una minoría en situación laboral activa como trabajadores/as (n=4) o estudiantes (n=2). En relación con el núcleo de convivencia, predominaba vivir en pareja (n=11) o solo/a (n=6), mientras que el nivel de ingresos medio de quienes lo especificaron (n=26) fue de 1006,8 □ mensuales (DT=529,8□) [Ver Tabla 1].

Tabla 1. Descripción de las personas participantes

Variable	Estadísticas
Edad	Media = 44,6 (DT = 9,4)
Estado civil	Solteros/as: 18
	Casados/as: 7
	Divorciados/as: 3
	Viudo/a: 1
	Separado/a: 1
	Pareja registrada: 1
	No especificado: 1
Nivel educativo	Universidad (completo o no): 17
	Formación profesional (FP): 5
	Bachillerato: 2
	Educación obligatoria: 8
Núcleo de convivencia	Con pareja: 11
	Solo/a: 6
	Piso compartido: 4
	Con padres: 3
	Con pareja e hija: 2
	Con madre: 1
	Con hija: 1
	Con padres e hijos: 1
	Con hermano: 1
	Otro: 1
Ingreso mensual (€)	Media = 1 006,8 (DT = 529,8)
	No especificaron: 7

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La información fue recopilada entre diciembre de 2021 y marzo de 2022. Se utilizó el grupo de discusión como técnica de investigación. Los 5 grupos fueron realizados telemáticamente a través de diversas plataformas (Jitsi, Microsoft Teams o Google Meet), dependiendo de la preferencia de las personas participantes. Antes de cada sesión, se recogieron datos sociodemográficos básicos mediante un breve cuestionario.

La facilitación de los grupos de discusión se basó en la introducción de un tema de provocación que no estuviese directamente relacionado con el objeto de estudio: la participación. El propósito era fomentar la discusión espontánea y alejarse del formato habitual de preguntas y respuestas. La violencia psiquiátrica surgió de forma natural dentro de todos los grupos de discusión realizados.

La duración de cada grupo fue de aproximadamente dos horas. Cada participante recibió un consentimiento informado por correo electrónico y tuvo la oportunidad de hacer preguntas antes, durante y después del grupo de discusión. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis.

Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la anonimización de la información y se implementaron medidas para garantizar la privacidad y seguridad de los datos almacenados.

3.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis se realizó mediante un proceso de codificación temática inductiva y axial. Para ello, se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas.Ti 23.

En primer lugar, se transcribió y realizó una lectura global de la información, formulando conjeturas iniciales. En segundo lugar, alineándose con el objetivo de la investigación, se aplicaron códigos descriptivos ad-hoc surgidos de los propios textos, sin categorías predefinidas. En tercer lugar, se establecieron relaciones entre los códigos emergentes y se generaron cinco categorías analíticas: contenciones mecánicas, internamientos involuntarios, sobremedicación, terapia electroconvulsiva e injusticia epistémica.

En cuanto a la presentación de resultados, se optó por un nivel interpretativo, realizando un ejercicio analítico de síntesis, selección e interpretación, más allá de una presentación continua de citas textuales. La propia lógica inherente a la metodología cualitativa, en donde los hallazgos surgen a través de un proceso de análisis e interpretación, conlleva presentar los resultados y el marco teórico-analítico en la misma sección.

4. RESULTADOS

4.1. CONTENCIONES MECÁNICAS

Las contenciones mecánicas suponen una de violencias psiquiátricas más señaladas por el movimiento en primera persona en España. Es uno de los asuntos en dónde se pone mayor énfasis y en donde existe un mayor consenso en los grupos de discusión.

En España existe poca investigación al respecto, siendo un tema poco explorado. No se cuenta con una monitorización ni un registro estatal del número de contenciones que se realizan. No obstante, en el año 2022, se reconocía en el BOE (Boletín Oficial del Estado), a través de la instrucción 1/2022, que tanto la contención mecánica como farmacológica podría vulnerar derechos fundamentales y debían ser usadas únicamente de forma excepcional, una vez agotadas todas las alternativas terapéuticas posibles. La definición de contención mecánica en esta instrucción es muy exhaustiva y merece la pena referirla en este trabajo:

> *[…] la contención se refiere a una medida de control del comportamiento a través de una limitación externa al sujeto ejercida por terceros bien a través del cuerpo (mecánica), bien a través de la sedación (farmacológica).*
>
> *Los ejemplos de contenciones físicas más frecuentes son las barras laterales, cinturones (abdominal o pélvico), chalecos (torácico o integral), muñequeras y tobilleras. No obstante, de acuerdo con el variado espectro de situaciones de contención observadas con la utilización de objetos o dispositivos, se incluyen: las barandillas de cama, las mesillas incorporadas a la silla, dispositivos textiles (ropas o sábanas ajustables a la cama –habitualmente con velcro–, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo. Incluso, pueden actuar como contención las butacas o sillas bajas, reclinables, sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, es decir, la disposición del mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad). (BOE, 2022, p. 18264)*

En los grupos de discusión, la contención mecánica es un evento traumático y vinculado a otras prácticas coercitivas, como la contención química o los ingresos involuntarios. Se narran prácticas que vulneran de forma evidente derechos humanos, así como algunos principios de la instrucción referida, en dónde se indica que las contenciones deben tener una duración mínima

> *Yo simplemente por un ataque de nervios acabé ingresada en el hospital y me ataron durante toda la noche hasta la mañana del día siguiente a la una… porque me desperté gritando, no sabía dónde estaba, me pusieron un chute, me quedé roque… y bueno… eh… No me imagino el compañero que estuvo doce días porque a mí esto ya me traumatizo… […] porque ya me dirás que peligro soy yo para que me aten a una cama dos tíos que parecían dos armarios y es… es muy a tener en cuenta eso… (G2M41)*

En la misma línea, se identifica la contención mecánica con una forma específica de tortura

> *[…] estoy completamente de acuerdo en que… en que esto es tortura, ¿vale? Y la gente que lo ha sufrido en sus carnes aun sabe perfectamente más todavía todos los daños y los pre… perjuicios que tiene esto, que conlleva (G4M37)*

En esta línea, existe un consenso claro en eliminar la violencia y el uso indiscriminado de las contenciones mecánicas, planteando el objetivo de cero contenciones.

En la literatura académica y científica se constata como la visión profesional de la contención mecánica ha sufrido una metamorfósis: se ha producido una transición desde un paradigma de tratamiento, en el que las medidas coercitivas eran consideradas como instrumentos con potenciales beneficios terapéuticos, hacia a un paradigma basado en la seguridad, en el cual la coerción es vista como una práctica no deseable, aunque se mantiene debido a su función en la gestión de riesgos y el mantenimiento del orden.

El paradigma de tratamiento es anecdótico en las publicaciones posteriores a 2010 (Doedens *et al.*, 2020). Así, las contenciones mecánicas se plantean como un "último recurso" cuando el resto de las intervenciones han fallado. El problema radica en la falta de una definición clara de "último recurso" y en la ausencia de un criterio técnico basado en evidencias científicas para aplicar o no las medidas coercitivas (Doedens *et al.*, 2020).

Esto explica las diferencias observadas entre diferentes dispositivos psiquiátricos a la hora de realizar contenciones mecánicas. Al no existir un criterio técnico para aplicar una contención mecánica, esta se aplica en función de la "cultura" de sala (ward culture; Keser *et al.*, 2015, p. 2887). Es decir, el ajuste del personal nuevo a los valores y emociones del resto del personal más veterano podría legitimar y justificar (o no) las contenciones mecánicas.

Krieger *et al.* (2020) destacan el papel central de las emociones en la toma de decisiones y señalan factores de riesgo para las contenciones mecánicas identificados por el personal sanitario, como el estrés, la falta de personal, la alta ocupación, o la presencia de ciertos profesionales. Además, las prácticas coercitivas no son bien vistas por parte de los y las profesionales que las aplican (Galbert *et al.*, 2023; Krieger, 2020; Manzano-Bort, 2021; Perez-Toribio, 2022): la contención mecánica se entiende como un fracaso que daña la relación terapéutica y puede disuadir a las personas de volver a buscar ayuda en servicios psiquiátricos.

Las contenciones mecánicas se perciben como actos punitivos y malas praxis médicas por quienes las aplican, situándolas entre las prácticas menos valoradas (Moreno-Poyato, 2021; Martinez-Martinez *et al.*, 2020).

En un estudio retrospectivo de ocho años, Perez-Revuelta *et al.*, (2021) llegaron a la conclusión de que determinados cambios organizativos pueden reducir el uso de contenciones mecánicas. En concreto, identificaron tres factores: una mayor formación del personal, una mayor implicación de las familias y de los propios pacientes en el funcionamiento de la sala y toma de decisiones, y la implementación de un registro y monitoreo exhaustivo de las contenciones.

Este último requisito, sobre el que incide la literatura científica y gris de los organismos internacionales, es una de las reivindicaciones que se plantean desde los grupos de discusión. Surge como una suerte de memoria histórica:

> *Mejorana ha sido una de las primeras asociaciones del estado que pidió y ha obtenido que exista un registro de contenciones. O sea: nombre, apellidos de la persona que ha sido contenida, a qué hora ha sido contenida, hasta que hora o que día, porque las contenciones pueden durar hasta varios días, y quien ha dado la orden de atarla, y que este registro sea hecho público. (G4H58)*

En consonancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019) está abogando por reducir el uso de las contenciones mecánicas y apostar por otras alternativas. La propia instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado, plantea el desiderátum de cero contenciones. No obstante, el texto recoge que España se encuentra todavía muy lejos de lograrlo, por lo que un primer paso sería establecer sistemas de supervisión y control. Es decir, establecer registros y monitoreos exhaustivos sobre el uso de las contenciones.

Para concluir este apartado, se incluye una última cita en la que se señala uno de los principales motivos por los que se comienza a participar en el movimiento en primera persona

Yo me metí en la lucha loca porque me ataron, así de simple. Si no me hubieran atado, yo igual no estaba aquí ahora. […] (G4H57)

4.2. INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS

Los internamientos involuntarios son una práctica común en los dispositivos de salud mental en España (Fiscalía General del Estado, 2022; Lázaro, Soldevila-Matias y González-Ayuso, 2023), pero también en la mayor parte de los países de nuestro entorno (Rains *et al.*, 2019). Según la Fiscalía General del Estado (2022), en 2021 se ordenaron un total de 60.253 internamientos involuntarios en España.

El internamiento involuntario es identificado como otra forma de violencia psiquiátrica. Existe un consenso notorio en cuanto a los efectos negativos que este puede causar, además de la posible vulneración de derechos humanos básicos, en concreto, a la libre circulación. Habitualmente, el internamiento involuntario no es una medida que se adopte de manera aislada, sino que viene asociado, entre otras prácticas coercitivas, a la contención mecánica y farmacológica.

Krieger *et al.* (2018) han indicado que las personas que estaban en situación de ingreso involuntario también habían experimentado contención mecánica (36,6%), reclusión (15%), medicación forzada (14, 1%) o videovigilancia (9, 4%).

Un ejemplo de lo que puede suponer un ingreso se expone en el siguiente verbatim:

> *[…] cuando tienes una crisis, que ayuda tienes al margen de los colectivos… ¡Coño! Aquí, llamar al 112. Y en Madrid que ocurre, que se presenta uno o varios coches de policía en tu casa, uniformados… Con lo cual ya tienes el expolio de todos los vecinos… Y dos sanitarios que no tienen, por supuesto, ni puñetera idea en salud mental. Que te inyectan algo y te meten en la ambulancia normal si tienes suerte, y si no la psiquiátrica y vas atado. Entonces, eso no puede ser… (G2M47)*

Los efectos negativos de estos procedimientos no se limitan únicamente al periodo de hospitalización, por lo que pueden ser duraderos (Khatib *et al.*, 2018). Por lo general, tienen un impacto indudable en la autoestima y en el estado emocional (Akther *et al.*, 2019), y provocan sentimientos de vergüenza, autoestigma o autodesprecio, predictores, a su vez, de una mala recuperación (Xu *et al.*, 2019).

El ingreso involuntario también repercute negativamente en la confianza hacia los dispositivos de salud mental y sus profesionales, lo que puede llevar a una menor disposición a revelar sentimientos o intenciones suicidas. Esta desconfianza se basa en la percepción de que el tratamiento hospitalario es más punitivo que terapéutico (Jones *et al.*, 2021). Además, las consecuencias de los ingresos involuntarios afectan a los y las cuidadoras principales, que viven una experiencia llena de contradicciones que se sitúan entre el alivio y la ansiedad o angustia (Stuart *et al.*, 2020).

Ferracuti *et al.*, (2020), en un estudio realizado en Italia, abordan la ausencia de garantías jurídicas en los ingresos involuntarios, así como la escasa concordancia entre la motivación de los ingresos y los criterios legales establecidos. Esto es llamativo, porque Italia es uno de los países de Europa más garantista en este tema y con la tasa de internamientos involuntarios

más baja (Rains *et al.*, 2019), probablemente por la influencia del movimiento de la Psiquiatría Democrática liderado por Franco Basaglia en los años 70.

Recientemente, en España, Lázaro, Soldevila-Matias y González-Ayuso (2023) han subrayado la necesidad de conocer la normativa legal vigente para evitar posibles vulneraciones del Código Penal en los internamientos involuntarios, referentes a la detención ilegal, coacciones, amenazas o incluso secuestro.

La indefensión que se produce en términos legales se expresa en la siguiente cita, en la que además se apunta cómo un ingreso involuntario daña la condición de ciudadanía, y se señala el carácter punitivo ya mencionado.

> *G4H57: Y luego los ingresos forzosos, sea, somos delincuentes preventivamente, o sea no hace falta que hayas hecho nada, a mí me han ingresado forzosamente, más de una vez y yo no he hecho nada, entonces me ingresan por si acaso, yo hago algo por lo que cualquier ciudadano que va por la calle, lo pueden coger y meterlo en la cárcel, por si se lo ocurre hacer algo.*
>
> *G4H43: Pero ellos tienen derecho, tú no tienes derecho a un abogado. A ti, si no te mueves tú solo o no conoces la ley, te ingresan y te quedas allí, hasta que el psiquiatra decide darte el alta, cuando ellos decidan una vez que te droguen, ya eres de ellos, ya no eres persona, no sé. (G4H57; G4H43)*

Entre los factores predictivos de los ingresos involuntarios se encuentra el haber sufrido ingresos involuntarios previos (Silva *et al.*, 2021; Walker *et al.*, 2019) o la privación económica (Walker *et al.*, 2019). También se ha destacado el origen migratorio (Rodrigues *et al.*, 2019; Schmitz-Buhl *et al.*, 2019), así como la ausencia de tratamiento ambulatorio previo o el ingreso fuera del horario habitual del servicio (Schmitz-Buhl *et al.*, 2019). Entre los factores protectores destaca estar casado o cohabitar, así como haber tenido algún intento previo de suicidio (Silva *et al.*, 2021). Los estudios disponibles concluyen que el factor que mejor predice el ingreso involuntario es tener un diagnóstico de psicosis (Schimtz-Buhl *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021; Walker *et al.*, 2019).

No obstante, la alta variabilidad del volumen de ingresos involuntarios entre los diferentes países de nuestro entorno, pero incluso entre territorios dentro de un mismo país, y su difícil explicación (incluso en términos legales), podrían responder a una aleatoriedad en su aplicación debido a la falta de criterios técnicos comunes (Rains *et al.*, 2019), difícilmente justificable en términos terapéuticos.

En una revisión de estudios cualitativos, tanto en ingresos voluntarios como involuntarios (Silva *et al.*, 2023), se destacó que las personas ingresadas tienen un mayor sentimiento de coerción cuando (1) no participan en la toma de decisiones; (2) no se percibe apoyo, respeto o relaciones significativas por parte del personal; o (3) sienten que los tratamientos en el hospital no fueron efectivos o seguros. En esta misma revisión se aborda que cuando las personas ingresadas se sienten coaccionadas, elaboran diferentes estrategias de afrontamiento. La experiencia puede afectar a áreas como el bienestar, las relaciones y vida social, la visión de uno mismo, o a las actividades y vida diaria. Por último, también se percibe que cuando la coerción es menor, los tratamientos son más efectivos (Silva *et al.*, 2023).

4.3. SOBREMEDICACIÓN

La cuestión de la medicación es uno de los temas que producen mayor controversia y en los que se observa mayor diversidad de opiniones entre las participantes. No obstante, existe consenso en torno a la identificación de la sobremedicación (y de la contención química) como una forma de violencia psiquiátrica. Es decir, existen diferentes posturas en torno a la toma de medicación y sus efectos; pero consenso en torno al exceso de medicación. En esta misma línea, se entiende que los fármacos pueden ayudar en un proceso de recuperación, pero no son la única alternativa terapéutica posible.

> *Yo estoy a favor del uso y no del abuso. Y no de la contención… Cómo la llamamos… La contención química, ¿no? Que también existe ese tipo de contención química. Que te aten, te meten ahí un chutazo o te medicas con quince pastillas y ahí vas… (G1M39)*

En la cita referida se hace alusión al concepto de contención química. La contención química se suele definir como la administración forzada (no consentida) de fármacos en una persona para evitar que se pueda causar daño a sí misma o a otros. Desde hace ya más de dos décadas existe un movimiento internacional para eliminar o reducir prácticas coercitivas de este tipo (Muir-Cochrane, Oster y Grimmer, 2020). La contención química debería utilizarse como último recurso para salvaguardar la seguridad de la propia persona, de otros pacientes, y de los y las trabajadoras y su entorno laboral. Se deben priorizar técnicas de desescalada como primera intervención (Muir-Cochrane, 2020). No obstante, el uso de la contención química y su defensa en el ámbito profesional todavía es común en todo el mundo (Muir-Cochrane *et al.*, 2020). Al igual que ocurre con las contenciones mecánicas, no existe una legislación específica que la regule en España, más allá de interpretaciones de leyes más genéricas que abordan cuestiones afectadas por su uso: la autonomía, la dignidad, o la libertad, entre otras.

El abandono de cualquier alternativa terapéutica que no sea el uso de la medicación es una de las críticas más indicadas en los grupos de discusión:

> *Porque la psiquiatría a mi lo único que me ha hecho ha sido medicarme, que he tenido… bueno… mogollón de efectos secundarios, secuelas de por vida, dos veces a punto de morir por reacciones alérgicas… Bueno, yo he sufrido lo indecible con la medicación… y… además de forma coercitiva… y de los ingresos mejor ni hablamos. Yo llevo diecinueve, a cada cual peor… Todavía tengo pesadillas con los ingresos… (G3M47)*

> *A mí me sobremedicaron mucho… o incluso yo siempre he pensado que el brote que he tenido más fuerte fue por un cambio muy brusco de medicación al cambiar de un centro a otro, dentro de la misma entidad… Me mandaron de un Pere Mata a otro Pere Mata… Me cambiaron totalmente la medicación… Total, por ahí porque el Depakine necesita una analítica mensual de cómo te llega y ellos no tenían laboratorio allí, en el otro… En el mío sí, en el que estaba yo, en el primero, y en el segundo no… (G5M48)*

Una de las citas más impactantes en cuanto a las consecuencias de la sobremedicación es la siguiente:

> *Pues respecto al tema que han dicho sobre la sobremedicación, yo estoy sobremedicada totalmente… Soy una persona nula total… Que no me deja, no me deja ser yo misma, no me deja pensar, no me deja expresarme, no me deja… Y es que cada ingreso…*

> *que ingreso habitualmente… me ponen una pastilla, y una pastilla más, y una pastilla más, y una pastilla más… O sea que no se dan cuenta de… de lo que estoy tomando… Nada más que me ponen una pastilla más, o dos pastillas más… Entonces, no me deja pensar, no me deja… Estoy bloqueada… Todo el día dormida, todo el día… [silencio]… Soy una persona nula… Y eso… Pues nada… Eso quería comentar… (G2M39)*

Las personas participantes verbalizan efectos secundarios de la medicación que les generan más problemas que beneficios, rompiendo con el principio bioético de primum non nocere (principio de no-maleficencia):

> *Yo antes corría, salía a correr… Dejé de correr porque no podía con mi alma… Dejé de hacer deporte porque no podía con mi cuerpo. Me engordé un montón… Yo pesaba 56 kilos y me engordé un montón… Me tocó la tiroides… Bueno… Fue un drama para mí la medicación… Luego me dio una alergia y me ingresaron una semana por alergia a la medicación, que estuve con fiebres y sarpullidos en la piel… Y me la tuvieron que quitar rápidamente… No pudieron darme esa… Y ahora no se atreven a cambiarme la medicación por miedo a que me de alergia otra vez, y estoy con la misma, ¿no? Pero claro… Yo sigo con mis síntomas, sigo con mis brotes… Sigo con… O sea, no se me quita nunca del todo, aunque tome la medicación. Siempre está ahí presente las voces. Siempre está ahí presente gente que veo por mi casa y… cosas así, ¿no? Y entonces a mi pues me pasó eso… La medicación para mi muy mal, muy mal… (G2M44)*

Desde las posiciones más críticas, se vincula la industria farmacéutica con el uso indiscriminado de los fármacos:

> *La industria farmacéutica supera a la del automóvil… Y no sé si a la armamentística también… No lo sé… Pero me refiero… que son los beneficios de una industria lo que está en juego… […] Lo de más psicólogos no va a solucionar nada. Va a conseguir que haya más… Que te amarren más al medicamento. (G2H24)*

Es evidente que la salud mental es un campo muy lucrativo de *disease mongering* (fomento exagerado de enfermedades), puesto que no existen criterios objetivos de diagnóstico ni pruebas físicas fiables. Además, se producen conflictos de interés entre quienes elaboran el DSM (el manual diagnóstico de referencia de la psiquiatría actual) y la industria farmacéutica: el 69% de los miembros del grupo de trabajo del DSM-V informó tener vínculos con la industria farmacéutica (Cosgrove y Krimsky, 2012).

La realidad es que España lidera el ranking mundial en consumo de psicofármacos de los últimos tres años. Es, en concreto, el primer país en consumo de benzodiazepinas (es decir, en consumo de Valium, Trankimacin u Orfidal, en sus nombres comerciales) (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2023).

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios también confirma este aumento en el consumo de psicofármacos. Según el último informe sobre ansiolíticos e hipnóticos con receta, desde el año 2010 hasta el año 2021 su consumo ha aumentado en 10,256 DHD (Dosis Diarias Definidas por 1000 Habitantes y Día), situándose en 93,304 DHD en el año 2021. En cuanto al consumo de antipsicóticos con receta, el aumento ha sido menor, pero aun así consi-

derable y mostrando una clara tendencia al alza, pasando de las 10,996 DHD en el año 2010 a las 13,863 DHD en 2021 (Observatorio de uso de medicamentos, 2022).

En los grupos de discusión se expresa, además, la dificultad para hablar con el psiquiatra de cara a reducir el consumo o incluso se señala el desconocimiento del profesional sobre los propios fármacos que receta:

> *Estoy de acuerdo en el uso, pero es muchas veces el uso mínimo. Pero es que no te lo planteas tú. No puedes planteárselo al psiquiatra. Yo, por ejemplo, intento mantener durante cuatro o cinco años, tomar tres pastillas. Solo tres. Un mínimo. Cada vez que cojo confianza con el psiquiatra para planteárselo… Pues lo cambian de destino. (G1H49)*
>
> *G4H58: hay que tener en cuenta que no saben ni ellos lo que nos están recetando, para que nos están recetando y eso. Yo te llevo el ejemplo mío. Un día con la psiquiatra le dije que estaba en un momento un poco mejor, y a la noche yo tomo Deprax y Sedotime, y ella me dice: bueno, empezamos con el Sedotime. Tú tomas dos, toma una y media. Entonces yo la miro: ¿Una y media? si son cápsulas, ¿cómo lo hago?, si son cápsulas. Ella se quedó sin palabras…*
>
> *G4H43: No dijo nada, no tenía ni idea. (G4H58; G4H43)*

Para terminar, cabe resaltar la naturalidad con la que diferentes participantes hablan de los fármacos que consumen, puesto que en otros entornos no vinculados con el activismo lo habitual sería la ocultación de la toma de medicación psiquiátrica:

> *G4H43: Yo soy de movimiento antipsiquiatría total, no sé si aquí hay alguien, todos, estoy en contra de las contenciones de, del TEC o como le queráis llamar, terapia electroconvulsiva y también en contra de… Estoy tomando mucha medicación y me olvido de lo que voy a hablar*
>
> *G4M37: Ya*
>
> *G4H57: No te creas que así andamos algunos.*
>
> *G4H43: Ya, yo tomo 5 pastillas al día, una barbaridad.*
>
> *G4H57: ¿Cinco? 22 y un pinchazo cada 21 días, 22 al día y un pinchazo cada 21 días.*
>
> *G4H43: ¿Qué llevas [G4H57]?*
>
> *G4H57: Y me estoy quitando, eh, me estoy quitando que antes era más.*
>
> *G4H58: Con [G4H57] es más rápido decir, ¿qué no tomas? es más rápida la cosa, el resto lo toma todo.*
>
> *G4H43: Ya.*
>
> *G4M37: Yo no conozco a una persona que tome menos que él, la verdad. Lo toma todo.*
>
> *(G4H43; G4M37; G4H57; G4H58)*

4.4. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es otra de las violencias psiquiátricas identificadas. Aun así, no ha tenido el protagonismo observado en otros territorios como en Chile (Erro, 2021). Esto se percibe en los grupos, en dónde se hace mayor hincapié en otras medidas coercitivas: ingresos involuntarios, contenciones mecánicas y farmacológicas, etc.

Sin embargo, recientemente ha traspasado a la prensa el caso de Iván, un joven de 30 años que recibió terapia electroconvulsiva en contra de su voluntad y la de su familia en el Hospital de Conxo en Galicia (Manteiga, 2023).

Este hospital ya había sido investigado en el año 2017 tras una inspección sorpresa del Defensor del Pueblo, en la que se detectaron prácticas cuestionables, como el tener atada a una persona de pies y manos durante doce días, o ingresos hospitalarios cuya duración podía alcanzar los cincuenta años. Además, se destacaba que las infraestructuras estaban obsoletas y que el modelo asistencial distaba mucho del propuesto por la Ley General de Sanidad de 1986 (Vizoso, 2021; Vizoso, 2018). El caso de Iván tuvo resonancia en las redes sociales y en los espacios de comunicación de los diferentes colectivos que componen el movimiento en primera persona en España.

Los grupos de discusión se llevaron a cabo antes de que el caso de Iván trascendiera a los medios. Aun así, existen varias alusiones a la Terapia Electroconvulsiva (TEC)

> *Yo conozco gente… o cuando a mí me hicieron TEC, terapia de electroshock… y hay gente que le han aplicado TEC y tiene carreras y másteres y no se acuerdan de leer… No te afecta… Hay gente que sí… (G5H40)*

A diferencia de otras medidas coercitivas, en la literatura académica y científica existe una defensa bastante notoria de la TEC. Se defiende su uso en casos de personas con depresión, manía y/o trastorno bipolar, y se critica el estigma producido por la antipsiquiatría y los medios de comunicación hacia su indicación (Bahji *et al.*, 2019; Bahji, 2022; Kellner, Obbels y Sienaert, 2020; Salagre, Rohde, Vieta y Østergaard, 2022). Al analizar los resultados clínicos de la TEC en casos de psicosis, manía, depresión, depresión psicótica y catatonia, Tor, Tan, Martin y Loo, (2021) concluyen que es un tratamiento agudo eficaz y que incluso en personas con esquizofrenia (o con síntomas psicóticos positivos) produce una mejora de la función cognitiva tras su aplicación.

A pesar de todo, Read, Kirsch y McGrath (2020) hicieron una revisión de la calidad de los estudios en los que se aplicaba TEC y TEC simulada (TECS) como grupo de control. En la TEC simulada se utilizaba anestesia, pero no se inducían convulsiones eléctricamente. Únicamente cuatro estudios tenían en cuenta la valoración de las personas a las que se suministraba TEC y ninguno realizaba una evaluación de la calidad de vida. Además, el número de participantes era pequeño, siendo la media de 37 personas. Únicamente dos estudios presentaban datos de seguimiento y sus resultados, por lo general, no eran concluyentes. En algunos casos no se observaban diferencias significativas con el grupo control, incluido uno en el que los y las psiquiatras observan diferencias, pero los y las pacientes no. Las conclusiones apelaban a la necesidad de una mayor investigación con estudios aleatorizados y controlados con placebo, teniendo en cuenta los riesgos que este tratamiento conlleva, principalmente pérdida de memo-

ria y un pequeño riesgo de mortalidad. Esta revisión venía a sumarse a otras revisiones previas que llegaban a conclusiones similares, y que denunciaban que desde el año 1985 no se han realizado estudios controlados con placebo (Read y Betanll, 2010; Read y Arnold, 2017).

Esta última revisión (Read, Kirsch y McGrath, 2020) ha sido criticada en artículos posteriores (Anderson, 2021; Cummings y O'Day, 2021) por la extrapolación de conclusiones basadas en datos del metaanálisis (que se limitan a investigaciones de TEC y TEC simulada) al conjunto de publicaciones existentes sobre el tema.

Cabe mencionar que el autor de uno de estos artículos (Anderson, 2021) declara un conflicto de interés al haber sido el investigador principal de un ensayo clínico que incluía el uso de TEC que se cuestionaba por motivos éticos.

Recientemente, se ha publicado una nueva revisión sistemática (Lupke *et al.*, 2022) sobre TEC en la que se cuestiona su efectividad para tratar el delirio poniendo énfasis, de nuevo, en la calidad de las investigaciones realizadas hasta el momento.

Otro estudio (Patel, Bachu y Youssef, 2020) alerta de que la combinación del uso de litio (utilizado para tratar la depresión) con el TEC podía tener como resultado un 542% más de probabilidades de deterioro cognitivo, así como una probabilidad 12 veces mayor de sufrir episodios delirantes (en comparación con la aplicación de la TEC sola).

Por último, otra revisión sistemática (Landry *et al.*, 2021) planteaba que no existe una estandarización en cuanto a la valoración de las consecuencias cognitivas del uso del TEC. No se incluye la memoria autobiográfica, la fluidez y la memoria verbales, siendo el Mini-Mental State Examination la prueba más utilizada. Por todo ello, es muy difícil comparar los resultados de los diferentes estudios disponibles.

De cualquier modo, en los grupos de discusión se pone el foco en la ausencia de un consentimiento informado adecuado o directamente sobre su inexistencia cuando se realizan tratamientos de forma coercitiva (como en el caso de Iván).

> *Cuando tuve el ingreso estaba en medio de un brote psicótico… Y no… Allí tú no puedes decidir nada… En ese momento… Pues… ¿Quieres que te pongamos electroshocks? Pues… Como si me hablaran en chino… No eres cons… En ese momento no eres consciente de nada… No puedes decidir nada… Al menos en mi caso… (G5H51)*

Dahlberg (2021) ha puesto de manifiesto la variabilidad existente en cuanto al consentimiento referente al TEC. En su estudio, 378 pacientes recibían 498 series de TEC y los consentimientos se diferenciaron en tratamiento basado en solicitud (54); consentimiento por recomendación (209); consentimiento tras vacilación (88); consentimiento presunto u observado sin especificación (114); o ausencia de consentimiento (21), mayormente con coacción documentada (19).

Cabe resaltar el número elevado de consentimiento presunto, de consentimiento tras vacilación, así como por recomendación. También, por supuesto, de la ausencia de consentimiento y con coacción.

4.5. INJUSTICIA EPISTÉMICA

Además de las apuntadas, existen otras formas de violencia identificadas, pero que no son físicas. Se ha decidido recoger estas formas de violencia bajo el epígrafe de injusticia epistémica porque producen una degradación en las personas en tanto sujetos epistémicamente válidos.

El concepto de injusticia epistémica fue acuñado por Miranda Fricker (2007; 2017). Esta autora distingue entre injusticia testimonial e hermenéutica. Ambas dañan a las personas en tanto sujetos capaces de generar conocimiento. La injusticia testimonial se produce cuando se menosprecia la credibilidad de una persona basándose en prejuicios y estereotipos. La injusticia hermenéutica se refiere a la falta de acceso a ciertas interpretaciones o conocimientos debido a desigualdades estructurales. Se puede utilizar en el campo de la medicina cuando las personas enfermas son estereotipadas negativamente. Las injusticias testimoniales ocurren cuando se desestima o no se reconoce adecuadamente la experiencia de vivir (o haber vivido) con una enfermedad (Carel y Kidd, 2017a; 2017b; Wardrope, 2015). Este fenómeno también se manifiesta en el ámbito de la salud mental (Scrutton, 2017) y resulta especialmente relevante en el caso de diagnósticos que incluyen delirios, donde la deslegitimación del testimonio de la persona puede derivar en la imposición de tratamientos coercitivos (Kyratsous y Sanati, 2015). En nuestra investigación, en gran parte de los grupos el diagnóstico se presenta como un elemento que dificulta la participación en cualquier ámbito de la vida cotidiana.

> *[…] Estamos excluidos de ella y somos los sin voz, los que… Los que nadie escucha… […] tener un diagnóstico quizá nos limita en ese sentido. Yo pienso que con el diagnóstico hay que ser muy crítico. Yo no os voy a decir el mío porque me parece una tontería. Yo lo tuve hace años, no lo tengo ahora. (G1H47)*

También de forma más específica en relación con los servicios de salud:

> *que se nos mire de una manera más humana, que se nos entienda, que se nos escuche. Yo quiero que se nos escuche, a ver que tratamiento es el más efectivo, pero teniendo en cuenta nuestras necesidades y lo que queremos. Que queremos nosotros…(G5M43)*

En general, existe consenso sobre que el diagnóstico opera de un modo que puede degradarte como ciudadano, vinculándolo con la noción de estigma:

> *La verdad es que nunca… casi nunca digo que tengo un trastorno mental, por el estigma que tiene y sólo lo saben mis… mis allegados… familiares más cercanos… mis amigos más cercanos… (G5H51)*

> *Que nuestra opinión sea válida… Porque la imagen que tiene la gente de la primera persona es aquella con la mirada perdida y… que se le cae la baba… Y no, nosotros tenemos que romper ese estigma… (G2H52)*

La noción de diagnóstico se asocia con un reduccionismo biologicista que puede situar a la persona en una posición ontológicamente diferente a la del resto de la ciudadanía:

> *yo estaba en la universidad estudiando y todo… y es como que se te rompe el proyecto de vida y es como que… cuando te dicen… no, esto es crónico. Crónico de por vida… y… Y no puedes hacer nada… Me dijeron… Entonces para mí fue una losa. Para mí fue una losa. Y entonces es como que me marcaba mucho lo biológico. Mira, es que esto*

> *es lo biológico, lo genético, tal, familiares, etcétera y tal. Y siempre he ido marcada con eso. Como he ido todo el rato con es que esto es lo que me ha tocado, esto es ya lo que tengo… Y eso no me ha dejado… […] A mí personalmente me ha paralizado. No me ha dejado avanzar en mis proyectos de vida por así decirlo… (G5M43)*

Así, se entiende que una consecuencia del reduccionismo biomédico es la producción de sujetos ontológicamente diferentes, naturalmente diferentes:

> *Cómo he comentado antes… que me traten como una persona, no como un tonto ni como un delincuente…(G2H27)*

> *Que no nos vean como simples objetos… que haya alguien que pega una cuchillada a otro y que digan ¡bah!… lo que tendrá es un problema de salud mental… Somos locos… No violentos o asesinos… (G2H52)*

> *[…] A mí también otra cosa que me frenaba el participar es el sentirme demasiado distinto… El que voy a participar y me van a tomar por una persona que no sabe ni lo que dice… o una persona que no tiene derecho a opinar… (G2H27)*

También se apunta que la etiqueta diagnóstica puede convertirse en un elemento totalizador de la identidad de las personas:

> *Pero, yo os pregunto: ¿Por qué, por haber tenido un impasse en la vida, nos quitan de lo que era nuestra vida anterior? Lo que tendría que ser es que tenemos un impasse, ¿vale? Y volvemos a trabajar, volvemos a ser los mismos. (G5M48)*

Así mismo, puede asociarse a la idea de enfermedad absoluta. Es decir, la interpretación por parte de la sociedad (con el beneplácito del saber psiquiátrico) de que las personas afectadas son enfermas crónicas y su identidad es la enfermedad. Se elimina así cualquier atisbo de individualidad, de intereses, afectos o deseos. En esta línea, el peso de lo biológico cae "como una losa":

> *si una persona tiene algún problema de otro tipo, físico, del corazón, del riñón, de lo que sea… Su presentación no va a ser: Hola, soy eh… y tengo un problema físico y tal… Pues lo mismo tendría que ser con un problema de salud mental. O sea que… yo estoy contigo en que las etiquetas, los diagnósticos, las patologías… tiene que quedar entre el médico y el paciente… y la persona explicarlo en el entorno que considere… […] Pero para nada es… es una presentación… No nos define por así decirlo. Para nada… (G5M43)*

En los grupos de discusión se aportaron numerosos ejemplos directos de injusticia epistémica al referirse a la atención recibida en dispositivos médicos:

> *Muchas veces noto que el psiquiatra me habla desde aquí arriba, con un nivel de sabiduría tan alto y tan… a veces me sale decir… tan prepotente que me deja aquí abajo… que todo lo que me dice lo tengo que hacer o todo lo que me dice… es algo que tiene que ir a misa… Eso es algo que a mí me duele… porque cuando yo le comento un miedo, o cuando le comento algún síntoma… Pues a lo mejor… después de contárselo pienso, se lo tenía que haber dicho o no se lo tenía que haber dicho… Entonces no se crea esa relación o ese vínculo de tanta seguridad o de tanta participación… (G2H27)*

Como se puede observar, la posición epistémicamente privilegiada del psiquiatra anula la agencia epistémica de la persona afectada. Es decir, quien es susceptible de producir conocimiento y aplicarlo es el psiquiatra, que produce un saber experto. Por el contrario, la persona diagnosticada no tiene credibilidad y no se siente escuchada, hasta el punto de dudar sobre lo que debe decir.

En el siguiente verbatim, dos participantes hablan sobre el privilegio epistémico del psiquiatra:

> *G5M42: Claro, es que normalmente tu confías en tu médico. En tu psiquiatra y si… si él te aconseja tomarte tantas pastillas al día… Dices, bueno, pues será lo que me… lo que me recomienda será porque lo necesito…*
>
> *G5M48: No, y además te lo tomas convencido… (G5M42; G5M48)*

Carel y Kidd (2017a; 2017b) analizan las injusticias hermenéuticas que ocurren en el ámbito de la salud pública. Si bien la mayoría de las personas enfermas son capaces de describir su propia experiencia de enfermedad, sus relatos suelen ser considerados, por un lado, inapropiados para el debate público y, por otro, carentes de relevancia en los procesos de toma de decisiones.

En el ámbito de la salud mental, esta problemática resulta aún más apremiante. Recientemente, se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura sobre la injusticia epistémica en la práctica e investigación psiquiátricas, mostrando cómo este concepto ha sido progresivamente incorporado al campo de la psiquiatría (Kidd, Spencer y Carel, 2023).

A continuación, se presenta un ejemplo claro de injusticia epistémica y de negación de la agencia epistémica:

> *Hay una que tiene un… O sea, que tiene problemas de rodilla y no va a la sanidad pública porque fue… cuando fue por problemas de rodilla acabó ingresada en psiquiatría. (G3H25)*
>
> *También acabamos muchas veces atados porque no se nos ve como personas… El tema de que el loco no sufre… Y nos quedamos tan anchos… y a veces parece hasta divertido pinchar a un loco (G2M54)*

Así, no es casualidad que en los grupos de discusión la principal crítica hacia la psiquiatría haya sido un cuestionamiento de su carácter científico:

> *G3H43: A mí me han llegado a decir… Que no sé si lo sabréis o que opináis… que la psiquiatría es una pseudociencia.*
>
> *[risas generales de sorna y aprobación]*
>
> *G3H25: Pues yo estoy de acuerdo. Yo estoy de acuerdo. La psiquiatría y la psicología. Las dos. Sí, completamente.*
>
> *G3H43: Pues eso ya un poco lo dice todo, ¿no? (G3H43; G3H25; G3H43)*
>
> *Porque es una pseudociencia. Porque no… Porque son cosas de perogrullo que no me convencen […] No hay nada científico… Entonces yo me siento como una cobaya, como un conejillo de indias, con el que experimentan a nivel psicológico y físico… […] (G3M47)*

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En términos generales, la literatura académica refleja en gran medida las demandas promovidas por el movimiento en primera persona. No obstante, persiste una brecha evidente entre la literatura y la práctica profesionales.

En primer lugar, la contención mecánica constituye una medida coercitiva y potencialmente traumática que, en numerosos casos, se asocia con otras formas de coerción, como la contención química y los ingresos involuntarios. La falta de una definición precisa de "último recurso", junto a la ausencia de criterios basados en evidencias científicas para su aplicación, plantean desafíos significativos en la práctica clínica y subrayan la necesidad de revisar las estrategias actuales desde una perspectiva de seguridad y eficacia terapéutica. Así mismo, la falta de monitorización y registro estatal del uso de contenciones mecánicas en España resulta preocupante, lo que subraya la necesidad de establecer sistemas de supervisión y control que garanticen su uso estrictamente excepcional, asegurando que se agoten todas las alternativas terapéuticas antes de recurrir a estas medidas.

En segundo lugar, los internamientos involuntarios representan una forma de coerción psiquiátrica que suscita serias preocupaciones tanto en el plano de los derechos humanos como en la práctica clínica. Si bien estas prácticas suelen justificarse apelando a la seguridad pública y al bienestar del individuo, su impacto en la autoestima, el estado emocional y la confianza en los servicios de salud mental puede ser significativo y duradero. La insuficiencia de garantías jurídicas, junto a la percepción de que el tratamiento hospitalario es más punitivo que terapéutico, contribuyen a la estigmatización y al distanciamiento de los servicios de salud mental, lo que, a su vez, puede disuadir a las personas de buscar ayuda en el futuro. En este contexto, la implementación de sistemas de registro y monitoreo exhaustivos, la formación especializada del personal y la participación de las personas afectadas y sus familias en la toma de decisiones, son pasos cruciales para mejorar la calidad de la atención y garantizar enfoques más respetuosos con los derechos y dignidad de las personas en el campo de la salud mental.

En tercer lugar, la sobremedicación emerge como un eje central de preocupación, evidenciado por los testimonios de participantes que destacan tanto los efectos perjudiciales del uso excesivo de fármacos como la limitada disponibilidad de alternativas terapéuticas. Más allá de los riesgos que implica para la salud física y mental de las personas, la sobremedicación pone de manifiesto problemáticas más amplias, como la tendencia a la medicalización excesiva y la influencia de intereses comerciales de la industria farmacéutica en la práctica clínica.

En cuarto lugar, la controversia en torno a la TEC refleja la divergencia de posturas tanto en la comunidad científica como entre las personas afectadas. Mientras que algunos sectores defienden su eficacia en el tratamiento de ciertos trastornos psiquiátricos, otros cuestionan su uso coercitivo y advierten sobre los riesgos asociados, incluidos la pérdida de memoria y los efectos adversos en la función cognitiva.

Por último, el concepto de injusticia epistémica proporciona un marco teórico para comprender cómo las personas diagnosticadas con trastornos mentales enfrentan discriminación y exclusión en términos de credibilidad, acceso a conocimientos y participación en la toma de decisiones sobre su propia salud. La estigmatización asociada al diagnóstico, junto con las asimetrías en

las interacciones con los profesionales de la salud, subrayan la necesidad de abordar las desigualdades estructurales en el campo de la salud mental.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la importancia de promover la autonomía, la dignidad y la participación activa de las personas concernidas, así como de considerar los factores sociales, económicos y políticos que contribuyen a perpetuar las injusticias en el ámbito de la salud mental.

6. REFERENCIAS

Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., y Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. BJPsych Open, 5(3), e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19

Alonso, L. E. (1998). La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Madrid: Fundamentos

Álvarez-Uría, F. (2020). Miserables y locos: Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX. Dado Ediciones.

Anderson, I. M. (2021). Electroconvulsive therapy (ECT) versus sham ECT for depression: do study limitations invalidate the evidence (and mean we should stop using ECT)?. BJPsych Advances, 27(5), 285-291. https://doi.org/10.1192/bja.2021.23

Bahji, A. (2022). The Rise, Fall, and Resurgence of Electroconvulsive Therapy. Journal of Psychiatric Practice, 28(6), 440-444. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000666

Bahji, A., Hawken, E. R., Sepehry, A. A., Cabrera, C. A., y Vazquez, G. (2019). ECT beyond unipolar major depression: systematic review and meta-analysis of electroconvulsive therapy in bipolar depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 139(3), 214-226. https://doi.org/10.1111/acps.12994

Bailey, R., y Brake, M. (Eds.). (1975). Radical Social Work. Edward Arnold.

Basaglia, F. (1970). La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barral Editores.

Boletín Oficial Del Estado. (2022). Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contenciónmecánicos o farmacológicos en unidadespsiquiátricas o de salud mental y centrosresidenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad (pp. 18260–18279).

Carel, H. y Kidd, I. J. (2017a). Epistemic Injustice and Illness. Journal of Applied Philosophy Special Issue: Applied Epistemology, 2(33), 172–190. https://doi.org/10.1111/japp.12172

Carel, H. y Kidd, I. J. (2017b). Epistemic Injustice in Medicine and Healthcare. En I. J. Kidd, J. Medina, y G. Pohlhaus Jr. (eds.). The Routledge Handbook of Epistemic Injustice. Routledge Handbooks in Philosophy. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315212043-33

Chamberlin, J. (2023). Por nuestra cuenta. Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental. Katakrak

Cooper, D. (1967). Psychiatry and anti-psychiatry. Tavistock Publications.

Cosgrove, L., y Krimsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. PLoS medicine, 9(3), e1001190. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190

Cummings, M. A., y O'Day, J. A. (2022). Should electroconvulsive therapy (ECT) be banned for schizophrenia?. CNS spectrums, 27(4), 383-385.

Dahlberg, J., Øverstad, S., Dahl, V., y Coman, A. (2021). Autonomy and consent assessment for electroconvulsive therapy (ECT). A retrospective study of medical records. International Journal of Law and Psychiatry, 77, 101716. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101716

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., y de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. Journal of psychiatric and mental health nursing, 27(4), 446–459. https://doi.org/10.1111/jpm.12586

Dominelli, L. (2002). Anti-oppressive Social Work Theory and Practice. Palgrave Macmillan.

Erro, J. (2021). Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile. Barcelona: Virus

Ferracuti, S., Parmigiani, G., Catanesi, R., Ventriglio, A., Napoli, C., y Mandarelli, G. (2021). Involuntary psychiatric hospitalization in Italy: critical issues in the application of the provisions of law. International Review of Psychiatry, 33(1-2), 119-125. https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1772581

Fiscalía General del Estado. (2022). Memoria de la Fiscalía General del Estado. Fiscalía General del Estado. Ministerio de Justicia.

Foucault, M. (2018). Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.

Fricker, M. (2007). Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Fricker, M. (2017) Evolving concepts of epistemic injustice. En I. J. Kidd, J. Medina, y G. Pohlhaus Jr. (eds.). En The Routledge Handbook of Epistemic Injustice. Routledge Handbooks in Philosophy. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315212043-5

Galbert, I., Azab, A.N., Kaplan, Z. y Nusbaum, L. (2023). Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. Int J Mental Health Nurs, 32, 106-116. https://doi.org/10.1111/inm.13064

González Duro, E. (2021). Historia de la locura en España. Siglo XXI

Harding, S. (1991). Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives. Nueva York: Cornell University Press.

Harding, S. (2004). The feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies. Nueva York: Routledge.

Jervis, G. (1975). Manuale crítico di psichiatria. Giacomo Feltrinelli Editore

Jones, N., Gius, B. K., Shields, M., Collings, S., Rosen, C., y Munson, M. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1-11. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2023). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2022. Viena: Naciones Unidas.

Kadmon, A. (2019). Panero y la antipsiquiatría. Antipersona

Kellner, C. H., Obbels, J., y Sienaert, P. (2020). When to consider electroconvulsive therapy (ECT). Acta Psychiatrica Scandinavica, 141(4), 304–315. https://doi.org/10.1111/acps.13134

Keser Özcan, N., Bilgin, H., Ak□n, M. y Bad□rgal□ Boyac□o□lu, N.E. (2015), Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. J Clin Nurs, 24, 2881-2889. https://doi.org/10.1111/jocn.12903

Khatib A, Ibrahim M, Roe D (2018) Re-building trust after physical restraint during involuntary psychiatric hospitalization. Arch Psychiatr Nurs. 32:457–461. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.01.003

Kidd, I. J., Spencer, L., y Carel, H. (2023). Epistemic injustice in psychiatric research and practice. Philosophical Psychology, 1-29. https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333

Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M (2018) Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. Psychiatry Res. 260, 478–485. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T.M., Fischer, R. y Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. J Psychiatr Ment Health Nurs, 28, 149– 162. https://doi.org/10.1111/jpm.12643

Landry, M., Moreno, A., Patry, S., Potvin, S., y Lemasson, M. (2021). Current practices of electroconvulsive therapy in mental disorders: a systematic review and meta-analysis of short and long-term cognitive effects. The Journal of ECT, 37(2), 119-127. https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000723

Lavalette, M. (Ed.). (2011). Radical social work today: Social work at the crossroads. Policy Press.

Lázaro, J., Soldevila-Matias, P. y González-Ayuso, V. (2023). Internamiento involuntario vs. Retención ilegal en pacientes con trastorno mental grave. Papeles del Psicólogo, 44(1), 22-27. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3007

LeFrançois, B. A., Menzies, R., y Reaume, G. (Eds.). (2013). Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies. Canadian Scholars' Press.

Lupke, K., Warren, N., Teodorczuk, A., Steele, S., Kolur, U., Wand, A., ... y Parker, S. (2022). A systematic review of modified electroconvulsive therapy (ECT) to treat delirium. Acta Psychiatrica Scandinavica, 147(5), 403-419. https://doi.org/10.1111/acps.13492

Manteiga, M. (19 de abril de 2023). Iván abandona el hospital tras recibir diez sesiones de electroshock. El Correo Gallego. Recuperado de: https://www.elcorreogallego.es/concellos/2023/04/19/ivan-abandona-hospital-diez-electroshocks-86218626.html

Manzano-Bort, Y., Mir-Abellán, R., Via-Clavero, G., Llopis-Cañameras, J., Escuté-Amat, M., y Falcó-Pegueroles, A. (2022). Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 31, 2142– 2153. https://doi.org/10.1111/jocn.16027

Martínez□Martínez, C., Sánchez□Martínez, V., Ballester□Martínez, J., Richart□Martínez, M., y Ramos□Pichardo, J. D. (2021). A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28(4), 721-737. https://doi.org/10.1111/jpm.12727

Moreno-Poyato, A.R., El Abidi, K., Rodríguez-Nogueira, Ó., Lluch-Canut, T. y Puig-Llobet, M. (2021). A qualitative study exploring the patients' perspective from the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention in acute mental health units. Int J Mental Health Nurs, 30, 783-797. https://doi.org/10.1111/inm.12848

Muir□Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace, A., Bastiampillai, T., y Oster, C. (2020). Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta□synthesis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27(4), 425-445. https://doi.org/10.1111/jpm.12585

Muir□Cochrane, E., Oster, C., y Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. Journal of evaluation in clinical practice, 26(3), 927-956. https://doi.org/10.1111/jep.13232

Observatorio de Uso de Medicamentos. (2021). Utilización de medicamentos y ansiolíticos en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Recuperado de: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos

Patel, R. S., Bachu, A., y Youssef, N. A. (2020). Combination of lithium and electroconvulsive therapy (ECT) is associated with higher odds of delirium and cognitive problems in a large national sample across the United States. Brain stimulation, 13(1), 15-19. https://doi.org/10.1016/j.brs.2019.08.012

Pérez-Revuelta, J. I., Torrecilla-Olavarrieta, R., García-Spínola, E., López-Martín, Á., Guerrero-Vida, R., Mongil-San Juan, J. M., Rodríguez-Gómez, C., Pascual-Paño, J. M., González-Sáiz, F., y Villagrán-Moreno, J. M. (2021). Factors associated with the use of mechanical restraint in a mental health hospitalization unit: 8-year retrospective analysis. Journal of psychiatric and mental health nursing, 28(6), 1052–1064. https://doi.org/10.1111/jpm.12749

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Roldán-Merino, J. F., y Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29, 688– 697. https://doi.org/10.1111/jpm.12860

Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., ... y Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. The Lancet Psychiatry, 6(5), 403-417. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2

Read, J., Kirsch, I., y McGrath, L. (2020). Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT versus sham ECT trials and meta-analyses. Ethical Human Psychology and Psychiatry, 21(2). https://doi.org/10.1891/EHPP-D-19-00014

Read, J., y Arnold, C. (2017). Is electroconvulsive therapy for depression more effective than placebo? A systematic review of studies since 2009. Ethical Human Psychology and Psychiatry, 19(1), 5-23. https://doi.org/10.1891/1559-4343.19.1.5

Read, J., y Bentall, R. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19(4), 333-347. https://doi.org/10.1017/S1121189X00000671

Rodrigues, R., MacDougall, A. G., Zou, G., Lebenbaum, M., Kurdyak, P., Li, L., ... y Anderson, K. K. (2020). Risk of involuntary admission among first-generation ethnic minority groups with early psychosis: a retrospective cohort study using health administrative data. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e59. https://doi.org/10.1017/S2045796019000556

Salagre, E., Rohde, C., Vieta, E., y Østergaard, S. D. (2022). Electroconvulsive therapy following incident bipolar disorder: When, how, and for whom?. Bipolar Disorders, 24(8), 817-825. https://doi.org/10.1111/bdi.13254

Sanati, A. y Kyratsous, M. (2015). Epistemic injustice in assessment of delusions. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21, 479-485. https://doi.org/10.1111/jep.12347

Schmitz-Buhl, M., Gairing, S. K., Rietz, C., Häussermann, P., Zielasek, J., y Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019). A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. BMC psychiatry, 19(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2096-5

Scrutton, A. P. (2017). Epistemic injustice and mental illness. En I. J. Kidd, J. Medina, y G. Pohlhaus Jr. (eds.). The Routledge Handbook of Epistemic Injustice. Routledge Handbooks in Philosophy. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315212043-34

Scull, A. (2018). Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429455988

Silva, B., Bachelard, M., Amoussou, J. R., Martinez, D., Bonalumi, C., Bonsack, C., ... y Morandi, S. (2023). Feeling coerced during voluntary and involuntary psychiatric hospitalisation: A review and meta-aggregation of qualitative studies. Heliyon, 9(2).

Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., y Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. International journal of mental health systems, 15, 1-11. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4

Szasz, T. (1974). La fabricación de la locura. Kairós.

Stuart, R., Akther, S. F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., y Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. BJPsych Open, 6(2), e19. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101

Tor, P. C., Tan, X. W., Martin, D., y Loo, C. (2021). Comparative outcomes in electroconvulsive therapy (ECT): A naturalistic comparison between outcomes in psychosis, mania, depression, psychotic depression and catatonia. European Neuropsychopharmacology, 51, 43-54. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.023

Van Dijk, T. (2002). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social, 1(1), 18–24. https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n1.22

Vizoso, S. (20 de marzo de 2021). Conxo, un hospital psiquiátrico para enfermos olvidados. El País. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2021-03-20/conxo-un-hospital-psiquiatrico-para-enfermos-olvidados.html

Vizoso, S. (23 de julio de 2018). Un psiquiátrico bajo sospecha. El País. Recuperado de: https://elpais.com/politica/2018/07/19/actualidad/1532017540_588602.html

V.V.A.A. (2007). UHP. Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs en la guerra contra la mercancía! Ediciones Sin Nombre y Taller de Investigaciones Subversivas.

Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Rains, L. S., Leverton, M., Dalton-Locke, C., ... y Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. The Lancet Psychiatry, 6(12), 1039-1053. https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2185454

Wardrope, A. (2015). Medicalization and epistemic injustice. Medicine, Health Care and Philosophy, 18, 341-352. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9608-3

World Health Organization. (2019). Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training - Course guide. World Health Organization.

Xu Z, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, Lengler S, Blank C, Müller M, Mayer B, Rössler W, Rüsch N (2019) Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: A 2-year study. Epidemiol Psychiatr Sci. 28:458–465. https://doi.org/10.1017/S2045796018000021