

Experiencias de niños y adolescentes en unidades psiquiátricas: Revisión sistemática de literatura Experiences of children and adolescents in psychiatric wards: A systematic literature review

Andrea González-Urbina

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile
Università degli Studi di Milano, Milán, Italia
Università di Torino, Turín, Italia

La hospitalización psiquiátrica infantojuvenil es una opción común para tratar sintomatología aguda descompensada. Poca relevancia se ha dado a la experiencia de dicha población durante la internación. Esta revisión sistemática de literatura bajo metodología PRISMA tiene como objetivo conocer los hallazgos publicados sobre la experiencia subjetiva de niños y adolescentes al ser hospitalizados en unidades psiquiátricas. Estudios empíricos publicados a nivel mundial entre 2011 y 2022 (Scopus, PubMed y WoS), realizados con población infantojuvenil hospitalizada en unidades psiquiátricas, con énfasis en su experiencia subjetiva, fueron revisados. Se excluyeron trabajos con énfasis biomédico y evaluaciones de intervenciones. En 13 artículos se analizaron: limitaciones y sesgos, y principales resultados, problematización de la justificación y consideraciones éticas. Tras un análisis de contenido, los hallazgos observados se organizan en categorías: apreciación general de la experiencia de hospitalización, diseño e intervenciones, relaciones con *staff*, relaciones con pares hospitalizados, relación dentro/fuera de la hospitalización, coerción, estrategias de afrontamiento, y autopercepción. Se observaron convergencias en la experiencia de los participantes, y una insuficiente problematización ética y de posicionamiento. Se discuten implicancias para la práctica y para la investigación con la población en cuestión.

Palabras clave: hospitalización psiquiátrica, niños, adolescentes, experiencia subjetiva, revisión sistemática

Children' and adolescents' psychiatric hospitalization is a commonly chosen approach to address acute decompensated symptomatology. Little relevance has been given to understanding the subjective experiences of these populations during hospitalization. This systematic literature review under PRISMA methodology aims to identify and analyze academic findings on children' and adolescents' subjective experience when hospitalized in psychiatric units. Empirical studies published worldwide between 2011 and 2022 (Scopus, PubMed and WoS), carried out with child and adolescent populations admitted to psychiatric units, with emphasis on their subjective experience, were reviewed. Papers with biomedical emphasis and assessments of specific therapeutic interventions were excluded. In 13 articles the following were analyzed: limitations and bias, main results, problematization of the justification and ethical considerations. After a content analysis, findings were organized into categories: overall perception of the hospitalization experience, design and interventions, interaction with staff, interaction with hospitalized peers, inside/outside the ward, coercion, coping skills, and self-perception. Convergences were observed in the participants' experience, and also an insufficient ethical and positioning problematization. Implications for practice and research with the aforementioned population are discussed.

Keywords: psychiatric hospitalization, children, adolescents, subjective experience, systematic literature review

Agradecimientos: Esta investigación ha sido realizada gracias a la Beca de Doctorado Nacional ANID N.º 21210368.

Contacto: A. González-Urbina. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, avenida El Bosque 1290, Viña del Mar. Correo electrónico: andrea.gonzalez.u@mail.pucv.cl

Cómo citar: González-Urbina, A. (2024). Experiencias de niños y adolescentes en unidades psiquiátricas: Revisión sistemática de literatura. *Revista de Psicología*, 33(1), 1-14.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2024.70791>

Introducción

Hospitalización psiquiátrica

A nivel mundial, la población adolescente diagnosticada con trastornos mentales representa un 13% (UNICEF, 2021a), mientras que en Europa la proporción es de un 20% (Organización Mundial de la Salud, 2018). Al mismo tiempo, la población de entre 10 y 19 años que cuenta con diagnósticos mentales en Latinoamérica varía entre un 12,1% y un 17,6% en diferentes países (UNICEF, 2021b).

Si bien existen países, como por ejemplo Italia (Basaglia, 2007), en donde la hospitalización psiquiátrica infantojuvenil se ha reformulado hasta disminuir significativamente, en contextos en donde esta sigue formando parte del sistema de provisiones comunes en salud mental, se ha consolidado como la principal opción para tratar casos de malestar psíquico agudo y en estado de descompensación en la población (Ministerio de Salud, 2016; Salvo & Gallardo, 2021), siendo los hospitales psiquiátricos los que consumen la mayor parte del presupuesto gubernamental destinado a salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En países con alto nivel de desarrollo humano (United Nations Development Programme, 2023), la demanda de hospitalizaciones psiquiátricas en la población general alcanza una relación de 142 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por su parte, en países como Canadá, Dinamarca, Australia y España, los porcentajes de hospitalización de adolescentes consultantes en urgencias van desde el 12,4% al 32,35% (Fernández-Quintana et al., 2018).

En términos académicos, se han encontrado estudios que se han interesado en explorar diversas dimensiones del proceso de hospitalización psiquiátrica en niños y adolescentes. Algunos de ellos han puesto énfasis en la observación de medidas farmacoterapéuticas, optimización institucional y variables demográficas, entre otras (Kinchin et al., 2020; Uzar et al., 2018). De manera emergente, otros estudios han abordado la experiencia de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil, aunque desde la perspectiva de los adultos involucrados en dicho proceso, sean estos padres o miembros del equipo tratante (Söderberg et al., 2022; Wang et al., 2022). Por su parte, Mistry et al. (2015) exploraron la expe-

riencia de hospitalización en población mixta entre adultos y adolescentes, donde estos últimos quedaron subrepresentados en número.

Experiencia subjetiva

Se ha destacado que la hospitalización psiquiátrica podría convertirse en un espacio en donde el control de los síntomas se priorice por encima de la comprensión de la experiencia de los pacientes, lo que puede ser percibido por estos como disonante, agravando aún más el malestar inicial y generando una sensación de cosificación (Castro, 2020).

En el caso de niños y adolescentes tratados por instituciones de salud mental, un abordaje dirigido al mero control de síntomas podría dificultar su proceso de integración en la sociedad. Formas de entender la subjetividad infantojuvenil implican, entre otras ideas, la entrega de oportunidades para participar activamente en los procesos que les implican (Novella Cámara et al., 2021), con el fin de ser capaces de enfrentar y transformar la agudización de su sufrimiento (Cardoso da Silva & Forati Mendez, 2019). Así, un paradigma que fomente un rol activo y que promueva la escucha de las experiencias de niños y adolescentes en esta situación, puede contribuir con su bienestar integral ante su condición de salud y con el curso de su desarrollo evolutivo (Remorini & Rowensztein, 2022).

En relación a lo anterior, existe escasa teorización académica interesada en destacar la relevancia de que ambos temas (experiencia subjetiva y hospitalización psiquiátrica) se encuentren y dialoguen, con el fin de realizar una propuesta al abordaje de la experiencia infantil en las intervenciones de la especialidad. En vista de ello, este estudio apunta a conocer cuáles son los hallazgos reportados en la última década en torno a la exploración de la experiencia subjetiva de niños y adolescentes hospitalizados en unidades psiquiátricas, y conocer cómo los estudios revisados han enfocado la comprensión del fenómeno, en términos metodológicos, de posicionamiento ético e investigativo, en consideración de la construcción de la subjetividad infantojuvenil como proceso indisociable de estos términos.

Método

Diseño y estrategia de búsqueda

Se condujo una revisión sistemática siguiendo el método PRISMA¹ (Page et al., 2021), según los siguientes criterios: i) publicación entre enero de 2012 y julio de 2022; ii) participantes menores de 18 años (child*, adolescent*, infant*, niño*); iii) contexto: unidades de hospitalización psiquiátrica (psychiatric hospitalization, psychiatric ward, psychiatric unit, psychiatric inpatient, psychiatric admission, psychiatric department, hospitalización psiquiátrica, unidad psiquiátrica, admisión psiquiátrica, internación psiquiátrica); iv) a. exclusión de conceptos biomédicos que incorporaran variables de análisis diferentes a las dos principales (plasma*,

blood, mri, chromosom*, intramusc*, laborator*, serotonin*, antipsycho*, psychotro*, pharma*, brain, injury, noradren*); b. y de conceptos relacionados con población hospitalizada por motivos adicionales a la descompensación psicopatológica aguda (criminal*, delinq*, offender*, criminal*, pregnant, diabet*).

No se utilizaron en la búsqueda filtros o límites más que operadores booleanos (AND, OR, NOT). La figura 1, a continuación, representa el flujo de selección de los estudios analizados.

De las bases de datos Web of Science (n = 1.606), Scopus (n = 1.026) y PubMed (n = 119) se obtienen durante julio de 2022 un total de 2.751 registros, eliminando luego 705 duplicados a través de la aplicación de filtros en la hoja de registro.

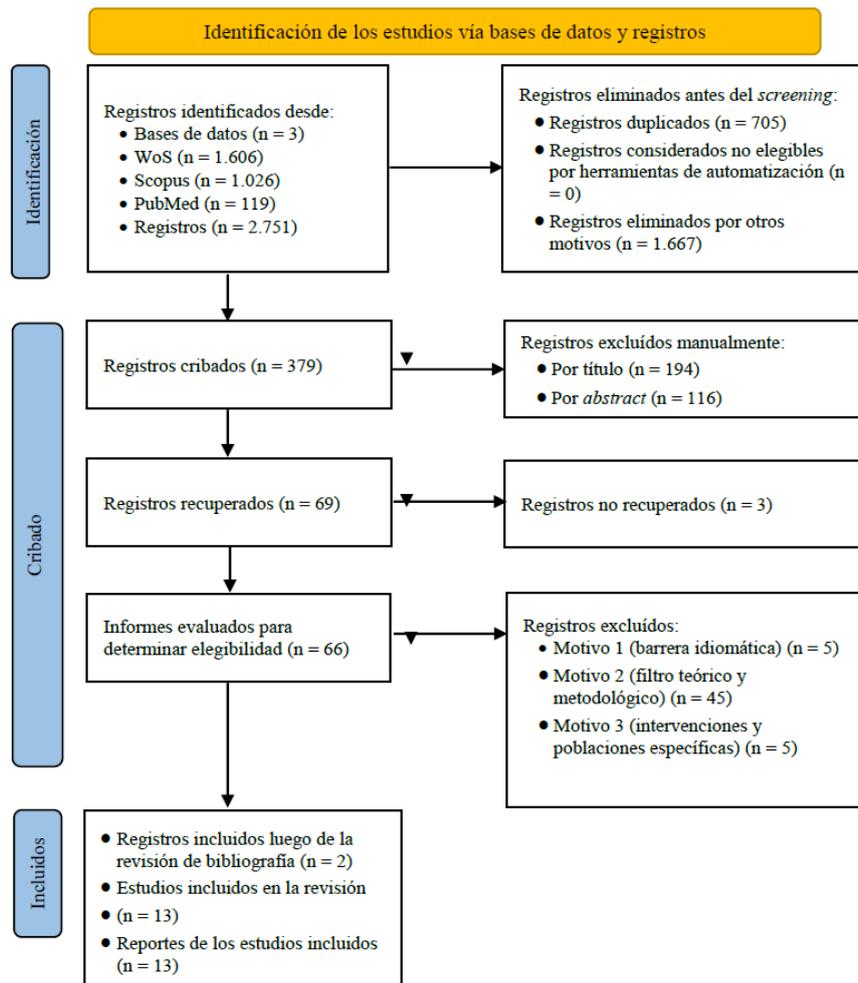


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA de la estrategia de búsqueda y selección de estudios.

¹ Esta revisión no ha sido aún registrada en bases de registros pertinentes a revisiones sistemáticas. El protocolo completo puede ser solicitado a la autora.

A partir de la revisión de literatura sobre la exploración de la experiencia subjetiva, se identificaron conceptos clave para nombrar esta dimensión y se filtraron registros manualmente en función de su inclusión en título y/o *abstract* (experienc*, perspectiv*, discurs*, opinio*, voz, voce*, voic*, fenomen*, phenomen*, entrevist*, interview*, observ*, particip*, subject*, subjet*, etnogra*, ethnograp*, shadow, compre, vivenc*, derech*, right*, narrat*, reaction*, reacci*, need*, necesid*, attitu*, actitud*, expecta*), reduciendo el volumen a 379 registros. Un filtro de lectura completa de *abstract* y título descartó 316 trabajos que no consideraban la experiencia subjetiva como objeto de estudio ni participantes infantojuveniles.

De 69 trabajos, se recuperaron 66 para lectura completa, descartando 5 por barrera idiomática (3 en francés y 2 en alemán), 45 por no ajustarse a la exploración de experiencias desde la perspectiva de los pacientes, y 5, tras la lectura completa, por centrarse en intervenciones y poblaciones específicas, tales como población con temáticas de abuso de sustancias (2), reclusión en sistemas penales (2), o circunscritos a un solo diagnóstico particular (1). Las referencias bibliográficas de 11 artículos fueron revisadas y se decidió incluir 2 artículos anteriores al 2012 (Haynes et al, 2011; Moses, 2011), debido a su relevancia en el marco teórico de 6 de ellos, obteniendo un total de 13 artículos.

La autora ejecutó el proceso de cribado bajo constante, sometándolo a revisión por pares expertos. No se utilizaron herramientas de automatización. A continuación, se detallan los procesos de evaluación y detección de sesgos de los estudios.

Evaluación de sesgos y calidad

Con el fin de observar posibles sesgos en el diseño y análisis de datos, estudios cualitativos fueron evaluados con la *Qualitative Studies Checklist* (Critical Appraisal Skills Programme, 2023), y estudios cuantitativos, con la escala *Risk of Bias Instrument for Surveys of Attitudes and Practices* (Clarity Group, 2023). Un estudio

mixto fue evaluado con la *Mixed Methods Appraisal Tool* (Pluye et al., 2009). Aunque todos los estudios incluidos fueron catalogados con un bajo riesgo de sesgo, componentes específicos de cada uno son problematizados en la sección de resultados.

Pares investigadores entregaron retroalimentación en torno a la estructura completa de búsqueda, selección de los registros y escritura del presente reporte. El análisis y revisión de sesgos fueron realizados por la autora.

Extracción y análisis de datos

Los datos fueron extraídos según los lineamientos Cochrane para revisiones sistemáticas de literatura (Higgins & Green, 2011), considerando el diseño del estudio, los participantes y la estrategia de análisis. Adicionalmente, se examinaron aspectos éticos, como la relevancia y justificación del estudio, así como los resguardos éticos y los resultados informados en cada estudio. Los principales hallazgos se organizaron en categorías temáticas mediante un análisis de contenido y se resumen en la sección de análisis de resultados.

Ética

Este estudio no ha requerido aprobación de comité de ética, en tanto no utilizó datos de primera fuente ni participantes directos en su ejecución.

Resultados

Descripción de los estudios

La tabla 1 sintetiza las principales características metodológicas y contextuales de los estudios seleccionados. 13 artículos revisados reportan hallazgos de 13 diferentes estudios (10 cualitativos, 2 cuantitativos, y 1 mixto). 8 presentan un diseño transversal, 1 comparativo y 4 retrospectivos².

Con excepción de un estudio realizado en Chile, los demás fueron llevados a cabo en países categorizados en un alto nivel de desarrollo humano (United Nations Development Programme, 2023).

² Los estudios serán referidos en adelante por la asignación numérica en la tabla 1.

Tabla 1

Descripción de artículos incluidos en la revisión

Artículo	País	Diseño	Pregunta / Objetivo	Caracterización instituciones	Muestra / Inclusión y exclusión	Estrategias / Análisis
1. Wallström et al. (2020)	Suecia	Cualitativo, transversal	Analizar experiencias positivas y negativas en relación al proceso de recuperación.	No detallado.	27 blogs de mujeres de 12-18 años, hospitalizadas entre 2010-2018 / Inclusión: referir experiencias en primera persona de hospitalizaciones psiquiátricas en Suecia; acceso online libre.	Análisis de blogs / Análisis de contenido cualitativo.
2. Hutton et al. (2021)	Australia	Cualitativo, transversal	¿Puede el diseño ambiental de las unidades mejorar la respuesta emocional?	Hospital base.	3 pacientes y 5 expacientes, de 15-18 años. Preselección por enfermera / No detallado	Entrevistas, grupos focales / Análisis de contenido.
3. Fernández et al. (2021)	Chile	Cualitativo, retrospectivo	Describir experiencia de hospitalización de adolescentes con intento suicida.	Unidad en hospital clínico universitario privado.	N=10, 16-18 años, hospitalizados o de alta por intento suicida entre 2017-2018. Mayoritariamente mujeres, estrato social medio / Exclusión: cuadros psicóticos, alteración de capacidades cognitivas, ideación suicida activa.	Entrevista semiestructurada / Teoría fundamentada.
4. Salamone-Violi et al. (2015)	Australia	Cualitativo, transversal	Identificar y entender experiencias de admisión.	Unidad de hospitalización psiquiátrica en Australia.	6 varones y 5 mujeres, 15-17 años. Preselección por psiquiatra / Exclusión: relación terapéutica con el entrevistador.	Entrevistas semiestructuradas / Análisis temático.
5. Rice et al. (2021)	Estados Unidos	Cualitativo, transversal	Entender cómo jóvenes navegan su tratamiento.	Unidad infantojuvenil en hospital psiquiátrico.	N=25, 13-17 años, / Inclusión: hospitalización involuntaria judicial; angloparlantes, 13-17 años; preselección según características personales.	Entrevistas semiestructuradas / Análisis temático.
6. Biering & Jensen (2017)	Islandia	Cualitativo, retrospectivo	¿Cómo adolescentes describen la satisfacción usuaria? ¿Qué influye?	Hospital universitario.	8 mujeres y 6 hombres, 14-17 años / Inclusión: no suficientemente especificados.	Entrevistas semiestructuradas / Análisis temático.
7. Gill et al. (2016)	Inglaterra	Cualitativo, transversal	Comprender expectativas de adolescentes en transición al hogar posalta, y factores influyentes.	3 unidades de cuidados psiquiátricos infantojuveniles.	n=12, 14-17 años, preseleccionados por staff / Inclusión: 13-18 años; al menos 2 meses de hospitalización; sin psicosis activa. Exclusión: dificultad de aprendizaje o trastorno de desarrollo.	Entrevistas semiestructuradas / Análisis temático.
8. Schneidtinger & Haslinger-Baumann (2019)	Austria	Cualitativo, retrospectivo	¿Cómo adolescentes experimentan recuperación personal tras hospitalización?	Unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil.	8 mujeres y 10 varones, 15-19 años, posalta / Inclusión: autodefinidos como "recuperados" o "en recuperación".	Entrevistas / Análisis de contenido.

9. Reavey et al. (2017)	Inglaterra	Cualitativo, retrospectivo	Comprender la experiencia de hospitalización.	Unidades de hospitalización psiquiátrica para adolescentes.	12 mujeres y 8 varones, 14-18 años, posalta / Exclusión: dificultades de aprendizaje, no angloparlantes, no tener aprobación de coordinadores clínicos.	Entrevistas y fotoelicitación / Análisis de descomposición temática.
10. Haynes et al. (2011)	Inglaterra	Cualitativo, transversal	Explorar experiencias de hospitalización.	Una unidad en red pública y otra en hospital independiente.	6 mujeres y 4 hombres, 13-19 años / Inclusión: 2< semanas de internación en últimos 18 meses. Preselección médica. Exclusión: dificultades de aprendizaje y del desarrollo.	Entrevistas semiestructuradas / Grounded theory.
11. Moses (2011)	Estados Unidos	Mixto, transversal	Examinar significados sobre aspectos más y menos beneficiosos de hospitalización.	Unidad en hospital comunitario.	N=80, 13-18 años, hospitalizados voluntariamente / Inclusión: angloparlantes, primera hospitalización. Exclusión: trastorno del desarrollo o discapacidad intelectual.	Entrevistas semiestructuradas y escalas de rateo / Codificación abierta y axial. Grounded theory.
12. Nytingnes et al. (2018)	Noruega	Cuantitativo, transversal	Conocer nivel de experiencias coercitivas. Explorar variables predictivas.	10 unidades psiquiátricas para adolescentes.	Cuestionarios, reportes del <i>staff</i> , registros clínicos de 66 mujeres y 30 varones hospitalizados / Inclusión: 13-17 años; capacidad de comprender cuestionario.	<i>The Coercion Ladder and The Experienced Coercion Scale</i> / Tests paramétricos (t-tests, Cohen's D Effect Size, and ANOVA).
13. Hottinen et al. (2012)	Finlandia	Cuantitativo, comparativo	Comparar actitudes de pacientes con <i>staff</i> hacia medidas de contención.	Unidades de hospitalización adolescentes en hospital general.	Pacientes n=81. <i>Staff</i> n=128 / Inclusión: capacidad de consentir según criterio de enfermería.	<i>Attitude to Containment Measures Questionnaire</i> / Mann-Whitney U-test

Los objetivos de los reportes analizados apuntaron a conocer la experiencia subjetiva de niños y adolescentes con respecto a la hospitalización (3, 4, 5, 9 y 10), y a identificar factores que influyen en la recuperación personal y los resultados del proceso (1, 6, 8, 11, 2, 7). 2 trabajos se centraron en la experiencia específica de coerción (12, 13).

Mientras un estudio utilizó información de blogs disponibles en la web (1), el resto incluyó la participación directa de pacientes o expacientes, con y sin hospitalización involuntaria, de entre 13 y 19 años. Uno incluyó, además, información de fichas clínicas (12), y otro aplicó cuestionarios al *staff* y a pacientes (13). Varios de estos estudios contemplaron como criterio de inclusión de pacientes la autorización y opinión favorable previa del *staff* (2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13), y como criterio de exclusión, el tener un cuadro psicótico o discapacidad cognitiva (3, 7, 9, 10, 11).

Exceptuando estudios cuantitativos y un trabajo en base a weblogs, todo el resto realizó entrevistas semiestructuradas, combinadas en ocasiones con *focus group* (2), fotoelicitación (9) y escalas de rateo (11). Estudios cuantitativos aplicaron cuestionarios (12, 13).

El análisis temático de contenido fue el método para analizar datos construidos, seguido por la teoría fundamentada (3, 10, 11) y el análisis de descomposición temática (9). También se utilizaron test paramétricos (12) y no paramétricos (13).

Posicionamiento

Se discuten, a continuación, aspectos en torno a la justificación de cada estudio, consideraciones éticas, sesgos y limitaciones, resumido además en la tabla 2.

Tabla 2

Análisis de aspectos relacionados al posicionamiento y de los principales resultados de los estudios incluidos

Relevancia y justificación	Consideraciones éticas	Sesgos y limitaciones	Resultados
1. Mejorar resultados de intervenciones. Comprender procesos de recuperación.	Blogs de libre acceso. Anonimización. No identificabilidad.	Desconocimiento de autores de blogs. No reporta caracterización sociodemográfica. Solo población con lectoescritura y alfabetización digital.	Sensación de abandono al ingreso. Ser <i>considerados</i> por staff permite lidiar con ello. No escucha potencia malestar, <i>acting-out</i> e impotencia. / Ser tratado como persona da esperanzas. / Ambientes tranquilos y disponibilidad del <i>staff</i> entrega seguridad, facilitando estadía y tratamiento. Coerción genera inseguridad.
2. Incluir necesidades sentidas en el diseño de unidades.	Comité de ética. Consentimiento informado de participantes. Sin consentimiento de padres.	Preselección de participantes por enfermería. No se detallan criterios de inclusión ni exclusión. No reporta caracterización sociodemográfica. Estrategia verbal.	Seguridad de la unidad se valora. Se sugiere mayor comodidad, espacios recreativos y privacidad. / Valoran: abordaje centrado en la persona; intervenciones no farmacológicas que disminuyen el aburrimiento, potencian independencia y autovalía, y mejoran relaciones entre pares; relación cercana con enfermeras. / Sensación de aprisionamiento.
3. Hospitalización psiquiátrica como recurso terapéutico necesario según epidemiología y estadísticas de intento suicida.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado. Ante ideación suicida activa se gestiona hora con psiquiatra y se excluye del estudio.	Exclusión cuadros orgánicos y/o episodios psicóticos. Estrategia verbal. No incluye red pública de salud.	Rechazo inicial vs. sensación de seguridad en hospitalización. Seguridad genera cambio subjetivo. Críticas a la infraestructura, privación de libertad, coerción, estigma y vergüenza. Valoración posalta del espacio de reflexión, disponibilidad del <i>staff</i> , apoyo entre pares y de familia. / Cambios facilitados: actitudinales, relacionales, anímicos y nuevas estrategias de afrontamiento. Beneficios coexisten con malestar. Inseguridad de poder mantener avances posalta.
4. Mejorar resultados de intervenciones y aumentar la satisfacción usuaria.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado. Exclusión pacientes en relación terapéutica con entrevistadores.	Se excluyen pacientes psicóticos. Estrategia verbal. Preselección médica.	Resignación, impotencia y miedo a lo desconocido ante hospitalización. / <i>Staff</i> : Altas expectativas que no siempre se cumplen. Se critica falta de disponibilidad. Se valora su experiencia profesional. / Hospitalización involuntaria predispone a más exigencia y emociones negativas. / Relaciones con pares amenazantes, pero también ayudadoras. / Se valoran cuidados ante autolesiones y cambios actitudinales obtenidos. / Críticas: infraestructura, diseño estético, escasa entrega de información, falta de recreación y de plan de alta coconstruido.
5. Identificar factores favorecedores y obstaculizadores de resultados. Mejorar estrategias que favorecen la resiliencia.	Consentimiento y asentimiento informado.	Solo hospitalizaciones involuntarias. No justifica criterios de inclusión.	Sensaciones de criminalización y estigma. / Sensación de severidad de la propia condición. / Apoyo de pares equilibra aspectos negativos con acompañamiento, respeto, comprensión y aceptación. / Cambios profundos hacia el final de la hospitalización (introspección, diálogo, nuevas estrategias) relacionadas con vínculo con funcionarios.
6. Comprender concepto de satisfacción usuaria. Atender a demandas de población adolescente.	Comité de ética. Consentimiento informado de padres. Solicitud de participación a adolescentes.	No se especifican criterios de inclusión ni exclusión.	Contribuyen con satisfacción: confianza y reconocimiento entre pares y funcionarios; apoyo de pares; escucha; ser tratados como personas. / Críticas: desconexión con "mundo exterior"; aburrimiento; disciplinamiento como "amor duro". / Satisface la mejoría de la salud mental, desarrollo estrategias, sanar, mejorar relaciones familiares.

7. Conocer factores favorecedores u obstaculizadores de transición posalta y mantención de mejoría.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado.	No justifica criterios de inclusión y exclusión según sintomatología ni edad. Preselección por <i>staff</i> . Unidades autoseleccionadas.	Se valora: vinculación con pares y <i>staff</i> . / Desventajas: sensación de "mundo falso". / Cambios personales positivos y preocupación por cómo continuar tras alta.
8. Disminuir probables consecuencias negativas de hospitalización. Conocer factores que facilitan el proceso.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado. Consideración de documentos técnicos en ética de la investigación.	Preselección por <i>gatekeepers</i> . Solo participantes hospitalizados voluntariamente.	Factores internos influyentes: autopercepción, actitud optimista, estrategias de afrontamiento. / Factores externos: relaciones familiares, relaciones con pares (de ayuda, pero también estresores), hospitalización restrictiva, pero también de cuidado. / Ambivalencia hacia factores internos y externos. Aspectos beneficiosos y obstaculizadores en cada uno.
9. Contribuir al vacío teórico. Explorar más que satisfacción usuaria. Mejorar entrega de servicios.	No se detalla consentimiento, asentimiento ni comité de ética.	No se justifica exclusión de diagnósticos. Preselección por profesionales.	Críticas a vigilancia constante. Vigilancia ≠ cuidado. / Falta de conexión afectiva con <i>staff</i> . / Escasa participación. / Temor a la estigmatización. / Sensación de "contexto artificial". / Relaciones con pares: apoyo y aprendizaje mutuo. Dinámicas restrictivas las obstaculizan, aumentando malestar. / Unidad como lugar de desplazamiento emocional.
10. Contribuir al desarrollo de servicios. Comprender experiencias humanas en sí mismas.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado. Consideración de desbalance de poder investigador-participantes. Diario de investigación reflexivo.	Preselección por médicos. No se justifican criterios de inclusión ni exclusión.	Peores aspectos: sensación de "realidad alternativa", restricción y control. / Desconexión con exterior genera desesperanza y temor. / Relaciones con <i>staff</i> polarizadas: valoración de cercanía vs. críticas. / Relaciones con pares disminuyen aislamiento, pero generan estrés. / Nuevas estrategias: relaciones de apoyo; actividades recreativas, estrategias de intelectualización, autocuidado.
11. Comprender experiencias adversas durante hospitalización puede evitar carga negativa adicional.	Aprobación de comités institucionales. Asentimiento y consentimiento informado.	Preselección por <i>staff</i> . No se justifican criterios de exclusión por diagnósticos.	Valorado: apoyo de pares y aprendizaje mutuo; conexión emocional con funcionarios; intervenciones psicosociales; actividades; espacios seguros. / Menos valorado: rigidez; restricciones; aprisionamiento; intervenciones nocivas y fútiles; intrusividad; maltrato por funcionarios; medicalización. Experiencias ansiógenas: exceso de entrevistas, distanciamiento del hogar, observar crisis, incertidumbre, estigma y vergüenza.
12. Contribución al vacío teórico en coerción. Visibilizar el tema en políticas públicas e investigación.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado.	Muestra pequeña. Escalas no validadas para población adolescente. No justifica inclusión por rango etario.	El 34,4% de los participantes reportó experiencias de alta coerción (73,7% para pacientes involuntarios y 24,7% en hospitalización voluntaria). / Sobre 50% en desacuerdo con su hospitalización.
13. Relevante conocer percepción sobre medidas de contención en población en vías al logro de independencia y autonomía.	Comité de ética. Consentimiento y asentimiento informado.	Bajas tasas de participación entre pacientes. No reporta caracterización sociodemográfica. Preselección por <i>staff</i> .	Adolescentes más críticos que funcionarios. Mayor aprobación: medicación, observación intermitente y <i>tiempo fuera</i> . Menor aprobación: cama tipo jaula, medicación intramuscular y contención física. Adolescentes no siempre tuvieron certeza de haber vivido coerción, aunque lo sospechaban.

Relevancia y justificación. Todos los estudios reafirman sus esfuerzos en la necesidad de desarrollar los servicios de hospitalización y responder a las necesidades de la población. Entre las justificaciones se mencionan la necesidad de comprender a través de la investigación la urgen-

cia epidemiológica de intentos suicidas en adolescentes (3), y 2 refieren a la satisfacción usuaria como parte de los derechos fundamentales de pacientes en la institución hospitalaria (4, 6). 3 estudios destacaron la necesidad de fortalecer el potencial terapéutico de la hospitalización (1, 4, 5).

Otros trabajos enfatizaron la necesidad de disminuir efectos perniciosos de la hospitalización (8, 11, 13), mientras que un grupo mayor discutió la necesidad de trascender el paradigma de la satisfacción usuaria (9), intentando comprender la experiencia humana en sí misma (10), y la experiencia de niños y adolescentes por sobre la visión de adultos involucrados (9).

También se menciona la necesidad de modificar el diseño de las unidades en función de atender las demandas específicas de niños y adolescentes (2, 6), y de conocer los factores que facilitan su experiencia (1, 8, 5). Por último, 1 estudio se interesó por incorporar las experiencias de coerción en el trabajo de políticas públicas y en investigación en salud (12).

Ética. Comúnmente los estudios reportaron la aprobación de comités de ética o institucionales, consentimiento de cuidadores legales y asentimiento de participantes. Se exceptúan de esto, casos en donde la normativa legal no exige consentimiento de padres (2), que utilizaron datos de libre acceso (1), o en donde se infiere —pero no se clarifica— el cumplimiento de dichos requerimientos al pertenecer a un estudio de mayor envergadura (9). Todos los trabajos tomaron medidas de anonimización.

En casos excepcionales, se reporta explícitamente resguardo de la no identificabilidad de los participantes (1); la consideración de la relación participante-entrevistador (4, 6); cuidados del participante al excluir casos con ideación suicida (3); y consideración del desbalance de poder entre investigadores y participantes debido a edad y estatus social (10).

Sesgos y limitaciones. Gran parte de los estudios empleó el criterio subjetivo de funcionarios de las unidades durante la etapa de muestreo, para juzgar la idoneidad de los participantes (2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13), siendo esto justificado generalmente por la condición clínica de los jóvenes.

También en relación al muestreo, algunos estudios no incluyeron información sociodemográfica clara (1, 2, 13); fueron inespecíficos en torno a la descripción y justificación de algunos de los criterios de inclusión y exclusión (2, 5, 6, 7, 10, 11, 12); y excluyeron participantes con diagnósticos específicos, como discapacidad cognitiva y psicosis (3, 7, 9, 10, 11). Por último, estudios transparentaron dificultades de representatividad debido al tamaño muestral (12, 13), a la predominancia de participantes femeninas (3), y a sesgos de selección (4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13).

Resultados reportados

A continuación, se comentan los resultados ofrecidos por los reportes incluidos en el presente estudio, organizados en 8 categorías:

Apreciación general de la experiencia. En general, la hospitalización fue reconocida como un espacio de cuidados y de recepción de ayuda. Sin embargo, sensaciones de ambivalencia se hicieron presentes en general (3, 8) y al reportarse sensaciones de temor inicial al observar situaciones críticas (4, 11), restricción (8), impotencia (4) y de abandono (1). En ocasiones existiría un cuestionamiento hacia el valor de la hospitalización (9), en tanto más de la mitad de los participantes de un estudio refirió estar en desacuerdo con su hospitalización (12). Cabe destacar que las percepciones negativas serían más frecuentes en las hospitalizaciones involuntarias (4).

Diseño e intervenciones. Los aspectos de la hospitalización que fueron más valorados tuvieron que ver con la oportunidad de recibir cuidados en un ambiente tranquilo y de seguridad (1, 4). Aun así, participantes refirieron que el diseño del servicio es perfectible, siendo necesario reforzar condiciones de comodidad física, infraestructura y estética (2, 3, 4), y tener más espacios recreativos y de privacidad (cerrar puertas de baños o tener espacios para recepción de visitas) (2).

En términos de intervenciones terapéuticas, se valoró la oferta programática que contribuyera a combatir el aburrimiento, que les brindara una distracción con respecto de su malestar sintomatológico (11), y reforzara su independencia y sensación de autovalía (2). Además, en unidades en donde niños y adolescentes criticaron la baja frecuencia de intervenciones psicosociales, existía además disconformidad ante la falta de actividades al aire libre (6) y actividades recreativas en general (4).

La farmacoterapia fue referida como una medida coercitiva, aunque más aprobada en comparación a la contención física o el tiempo fuera (13). Se destacó, además, que podría acentuar la sensación de patologización (11), y que sería una estrategia eficaz solo al compensar la inexistencia de oportunidades para expresar el malestar de manera dialogante (9). En este sentido, se valoran más las intervenciones que apuntan a ser “tratados como personas” (1, p. 5) con respeto y en una escucha atenta por parte de los habitantes de la unidad (6).

La necesidad sentida de niños y adolescentes de poder tener algún nivel de participación en las decisiones en torno a su tratamiento, se hizo presente. Participantes realizaron críticas a la falta

de coconstrucción del plan de alta (4), y a la incertidumbre acerca de la fecha de alta y la duración de su internación (9), pudiendo dichos factores volverse elementos ansiógenos durante la estadía (11). Así, se visibiliza el deseo de los participantes de mantener una mayor agencia con respecto a su experiencia (9).

Relaciones con *staff*. Estas relaciones fueron destacadas por los participantes de todos los estudios, con excepción de 2 (12, 13), enfocados mayormente en la exploración cuantitativa de la experiencia de coerción.

La relación con el *staff* de la unidad hospitalaria fue mejor evaluada que la relación establecida con el *staff* de dispositivos de salud mental comunitaria, debido a que los primeros eran vistos como poseedores de una mayor preparación profesional contribuyente a su recuperación (4).

También se valoró la vinculación a nivel personal y a nivel humano con el *staff* (2, 3, 6, 11); una relación basada en la comprensión y apoyo (7), con un trato amable (9), comprensivo y no crítico (5), fue experimentada como aliviadora de la sensación de abandono inicial al ingreso de la hospitalización (1), y un elemento clave para ver la unidad como un espacio seguro (6).

Sin embargo, estas relaciones estarían también sujetas a polarizaciones y críticas. El manejo poco asertivo que el *staff* podría tener en situaciones de riesgo (10), las ocasiones en donde no existía conexión emocional (9), y la ocurrencia de tratos peyorativos del *staff* hacia pacientes (ej: intrusividad, faltas de respeto, actitudes crueles), fueron de los aspectos menos valorados y más criticados de la experiencia hospitalaria, reportándose como actitudes que podrían aumentar el malestar subjetivo, la ocurrencia de *acting-out* para recuperar la atención ausente, y sensaciones de impotencia (1).

En este sentido, si bien las relaciones con el *staff* pueden significar un factor de ayuda cuando toman un carácter positivo para los pacientes, conductas que ponen en riesgo el vínculo y la escasa disponibilidad del *staff* para poder atender las necesidades relacionales de los pacientes, pueden ser factores obstaculizadores (4, 9).

Relaciones con pares. Las relaciones entre pacientes hospitalizados fueron también caracterizadas por opiniones polarizadas. Encontrar apoyo de pares contribuye a la sensación de comprensión, compartir experiencias en común y de generar aprendizaje mutuo (4, 6, 11, 9, 3), pudiendo además equilibrar las experiencias negativas asociadas a la hospitalización (5), como la sensación de aislamiento (10). Sin embargo,

también fueron descritas como un factor de potencial estrés (8), pudiendo resultar amenazantes o atemorizantes (4), especialmente ante eventos críticos por descompensación sintomatológica (10).

Relación dentro/fuera. La experiencia de hospitalización, frecuentemente fue referida como una instancia de reclusión o de un adentro, en contraposición a un espacio exterior o de afuera, denominada también como una realidad alternativa (10), un ambiente artificial (9), un mundo falso, debido a las rutinas extremadamente diferentes a las de la vida cotidiana (7), y como una prisión (2, 11), haciendo alusión al encierro y medidas de aislamiento del exterior. Este aspecto será mayormente desarrollado en la sección nominada coerción, a continuación.

Esta división entre una dimensión de reclusión y una de apertura, fue vinculada por los participantes con varias preocupaciones: de perder conexión con la realidad exterior (6), por desconexión de rutinas y tradiciones familiares (celebraciones, ver crecer a hermanos menores, entre otros); el debilitamiento de las relaciones con amigos (10), y por la transición a la vida cotidiana y de poder o no mantener los avances logrados dentro de la hospitalización al perder la estructura intensiva de cuidados (7, 3).

Coerción. Se reportaron vivencias de coerción en la mayoría de los trabajos revisados. Si bien no todos los pacientes estarían completamente seguros de qué es una medida coercitiva, la mayoría de ellos sospecha haberla experimentado y se muestran críticos hacia ellas, valorando algunas (como la medicación, la observación intermitente y el tiempo fuera) mejor que otras (como las camas tipo jaula, la medicación intramuscular y la contención física) (13).

El 34,4% de los participantes de un estudio reportó una alta sensación de coerción, entendida como la experiencia negativa generada a partir de medidas forzadas de tratamiento. De un total de 96 participantes del estudio, 50 mostraron desacuerdo con la medida propuesta de ser hospitalizados, mientras que el 73,7% de los pacientes hospitalizados involuntariamente reportó haber sufrido coerción (12).

Varias de las menciones hacia la experiencia de coerción relacionan la hospitalización con el estar en una prisión (2, 11), debido a la rigidez del funcionamiento de la unidad, sentida como innecesaria (11); a la privación de libertad (3), de restricción, control y vigilancia por parte de ter-

ceros (10). Sobre este punto, participantes diferenciaron entre cuidados y vigilancia, en tanto esta última no es garante de la primera (9).

Así, las emociones negativas desprendidas de estas prácticas serían mayores en pacientes en hospitalización involuntaria (4). La coerción ejercida por parte del *staff* llevaría también a mayores sensaciones de inseguridad (1), a atribuir las experiencias de disciplinamiento a un “amor duro” (6), y a la obstaculización de las relaciones de apoyo mutuo entre pares cuando estas son restringidas (9).

Estrategias de afrontamiento. La experiencia de hospitalización fue percibida como una oportunidad para generar cambios profundos y desarrollar nuevas estrategias personales (5, 3, 6, 10, 7, 8, 11). Se destacan el desarrollo de una actitud positiva, poder pedir ayuda (4, 8), autorreflexión (3), y la percepción de sentirse fortalecido (7), siendo clave las intervenciones terapéuticas no farmacológicas que apuntan al objetivo de desarrollar nuevas herramientas (11).

Algunos participantes habrían reportado también el desarrollo de estrategias para lidiar con situaciones específicas situadas dentro de la unidad, tales como estrategias de ocultamiento de los afectos destinadas a evitar dañar a otros, y para afrontar el malestar adicional ante situaciones de poca contención afectiva por parte del *staff*, describiendo a la unidad como un lugar de desplazamiento emocional (9).

Autopercepción. La experiencia de hospitalización permitió a los niños y adolescentes participantes reevaluar retrospectivamente y redefinir su propia identidad, nivel de funcionamiento y aspectos identitarios. En pacientes hospitalizados involuntariamente por orden judicial, predominó la sensación de ser criminalizados, estigmatizados y marginados, tanto por la decisión de los profesionales de hospitalizarlos como por las experiencias interpersonales dentro de la unidad durante su estancia (5).

La sensación de estigmatización, vergüenza, y ocultamiento de sintomatología, fueron también vividas por población hospitalizada voluntariamente, con la hospitalización a menudo percibida como un paréntesis en la biografía que se desearía disimular (3, 9, 11). Esto sería reforzado por la impresión de que los servicios de salud mental comunitarios y ambulatorios no fueron capaces de solucionar su situación debido a la gravedad de su cuadro (5).

Por último, se observó una preocupación por parte de los participantes acerca de no lograr mantener, tras el alta, cambios logrados en la

hospitalización, recuperación atribuida principalmente a las acciones terapéuticas profesionales (3, 7).

Discusión y conclusiones

En general, los estudios revisados evidenciaron la capacidad de los jóvenes pacientes de evaluar y criticar el diseño de la estrategia hospitalaria, y discernir abordajes que contribuyen o no a tener una experiencia subjetiva de bienestar. Se destaca la importancia de considerar integralmente al paciente infantojuvenil y su experiencia subjetiva como un fin en sí mismo, y no como una estrategia para evaluar intervenciones médicas. Sin embargo, este posicionamiento continúa dejando aspectos que atender. Si bien los estudios cumplen con los requerimientos éticos básicos, mayores consideraciones en torno a la población específica, de desbalances de poder entre investigadores adultos y participantes jóvenes, son escasas.

Lo anterior permea la dimensión metodológica, observándose frecuentemente la participación de adultos funcionarios en la selección de participantes, arriesgando incurrir en un sesgo de enfoque selectivo. Decisiones metodológicas tomadas para garantizar la factibilidad de estudios, muchas veces no quedaron suficientemente justificadas. Más aún, criterios como límites de edad mínima para la participación y la exclusión de ciertos diagnósticos, contribuyen a perpetuar la marginación de discursos no hegemónicos.

Se observó también una postura ambivalente en niños y adolescentes sobre su hospitalización. La internación podría experimentarse bien como protectora y útil para la propia recuperación, o como gatillante de malestar subjetivo debido a condiciones restrictivas, la estructura rígida, y la exposición a eventos estresores. Importa así preguntarse si dichas vicisitudes estarían ausentes o mitigadas en abordajes de tipo comunitario.

Un hallazgo relevante es el del valor que niños y adolescentes dan a su relación con funcionarios, sobre aquellas basadas en la confianza y en el reconocimiento mutuo. Ser tratado como persona entrega garantías de seguridad y, por lo tanto, de una experiencia subjetiva de bienestar. Al contrario, prácticas coercitivas aumentan sensaciones negativas. Llama aquí la atención cómo los participantes equiparan disciplinamiento y coerción con “amor duro”, dejando entrever cómo la ambivalencia se expresa también en términos vinculares.

En paralelo, se ha evidenciado además un vacío en la investigación empírica en relación a la temática en el hemisferio sur y, en particular, desde la comunidad académica latinoamericana. Del volumen revisado, el único trabajo que no pertenece a países con alto desarrollo social y económico (United Nations Development Programme, 2023) es el realizado en Chile (Fernández et al., 2021), siendo oportuno reflexionar sobre este hallazgo.

Por una parte, países involucrados en la revisión, como Inglaterra y Estados Unidos, comenzaron sus esfuerzos para modernizar la provisión institucional de servicios de psiquiatría infanto-juvenil varias décadas atrás (Cáceres Lara, 2020), pudiendo haber derivado en, y haber sido potenciado por, un mayor interés académico en la temática. También es posible preguntarse si comunidades académicas latinoamericanas se han interesado suficientemente en abordar prácticas altamente institucionalizadas como la hospitalización psiquiátrica, o si se han mantenido enfocadas en medidas comunitarias del abordaje de salud mental. Si bien este reporte considera que las medidas comunitarias representan alternativas de peso ante la sobreinstitucionalización de la salud mental, también interesa visibilizar que en América Latina “el desarrollo de las políticas, las leyes, los programas y los servicios de salud mental con un enfoque comunitario sigue siendo insuficiente” (Organización Panamericana de la Salud, 2020). La invitación a la comunidad científica es, entonces, a trabajar colaborativamente en y con todos los niveles de acción disponibles en la red, intencionando una transición orgánica hacia formas que impliquen relevantemente a la población.

Esta revisión invita a repensar el modelo de hospitalización psiquiátrica, dado que aspectos relativos a la reclusión no serían propiamente vivenciados por niños y adolescentes como experiencias que contribuyan a su bienestar, sino al contrario, la privación de libertad y desconexión con el mundo exterior pueden potenciar el malestar subjetivo. Así, se vuelve fundamental abrir vías a una reformulación de las provisiones de la especialidad con una mirada territorial, centrada y localizada en la comunidad.

Futuras consideraciones para la investigación tienen que ver con la extrema escasez de trabajos realizados en Latinoamérica, cuyas particularidades hacen que los resultados aquí revisados puedan no ser totalmente representativos. Además, urge problematizar aspectos éticos en la investigación y su metodología con la población

involucrada. Técnicas corporales y gráficas, entre otras, podrían permitir en la construcción de datos la inclusión de formas de existir generalmente subrepresentadas. También se considera necesario ampliar la investigación hacia una mirada interseccional, considerando factores socio-culturales que tienen lugar durante la hospitalización.

Posibles limitaciones de este trabajo se relacionan con aspectos lingüísticos (Pieper & Puljak, 2020) durante la etapa de lectura completa, siendo excluidos cinco trabajos por barreras idiomáticas (De Luca & Chenivresse, 2017; Gaine et al., 2022; Guidi et al., 2018; Prehn-Kristensen et al., 2013; Zerbe et al., 2021). Por otro lado, este trabajo utilizó solo bases de datos de alto impacto, implicando un posible sesgo en la representatividad de contextos diversos en los resultados reportados. Dichos resultados deben ser comprendidos en consideración de la posibilidad de que existan trabajos realizados en otras latitudes y que no hayan sido difundidos a nivel global.

Referencias

- Basaglia, F. (Ed.) (2007). *Franco Basaglia: L'utopia della realtà*. Fabbri Editori.
- Biering, P. & Jensen, V. H. (2017). The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: A qualitative study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(4), 162-169. <https://doi.org/10.1111/jcap.12189>
- Cáceres Lara, M. (2020). *Salud mental y existencia de paridad en Estados Unidos, Irlanda, Inglaterra y Países Bajos*. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de <https://shorturl.at/QZRk7>
- Cardoso da Silva, J. & Forati Mendes, C. (2019). Medicalização da infância: Produções de sentido sobre o discurso de profissionais de saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 24(4). <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190039>
- Critical Appraisal Skills Programme (2023). *Qualitative Studies Checklist*. Recuperado de <https://shorturl.at/20Fyk>
- Castro, M. A. (2020). El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura. *Revista Perspectivas*, (35), 51-74. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2391>
- Clarity Group (2023). Risk of Bias Instrument for Cross-Sectional Surveys of Attitudes and Practices. McMaster University. Recuperado de <https://shorturl.at/WaQmo>
- De Luca, M. & Chenivresse, P. (2017). The benefits and experiences of therapeutic isolation in a psychiatric ward for adolescents and young adults.

- L'information Psychiatrique*, 93(10), 825-832. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1722>
- Fernández-Quintana, A., Novo-Ponte, A., Quiroga-Fernández, C., Méndez-Iglesias, R., & Pereiro-Gómez, C. (2018). Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(1), 17-30. Recuperado de <https://shorturl.at/orOr4>
- Fernández, O., Jeréz Venegas, R., & Ulloa García, K. (2021). Hospitalización por intento de suicidio en adolescentes: Mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados. *Terapia Psicológica*, 39(3), 445-465. <https://doi.org/m3zj>
- Gaine, G. S., Dubue, J. D., Purdon, S. E., & Abba-Aji, A. (2022). Psychiatric hospital experiences that support and frustrate emerging adults' psychological needs: A self-determination theory perspective. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(4), 402-409. <https://doi.org/10.1111/eip.13179>
- Gill, F., Butler, S., & Pistrang, N. (2016). The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives. *Journal of Adolescence*, 46(1), 57-65. <https://doi.org/f79x98>
- Guidi, J., Sigaud, J. P., & Guiot, F. (2018). Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte. *L'information Psychiatrique*, 94(3), 183-188. Recuperado de <https://shorturl.at/otbGI>
- Haynes, C., Eivors, A., & Crossley, J. (2011). 'Living in an alternative reality': Adolescents' experiences of psychiatric inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(3), 150-157. <https://doi.org/fc3t3z>
- Higgins, J. & Green, S. (Eds.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. John Wiley & Sons.
- Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Noda, T., & Lindberg, N. (2012). Underaged patients' opinions toward different containment measures: A questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(4), 219-223. <https://doi.org/10.1111/jcap.12006>
- Hutton, A., Wilson, R., & Foureur, M. (2021). Comfort equals nurturing: Young people talk about mental health ward design. *Health Environments Research & Design Journal*, 14(4), 258-269. <https://doi.org/10.1177/19375867211022684>
- Kinchin, I., Russell, A. M. T., Byrnes, J., McCalman, J., Doran, C. M., & Hunter, E. (2020). The cost of hospitalisation for youth self-harm: Differences across age groups, sex, Indigenous and non-Indigenous populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 425-434. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01807-6>
- Ministerio de Salud (2016). *Modelo de gestión*. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). Recuperado de <https://docplayer.es/61552006-Unidad-de-hospitalizacion-de-cuidados-intensivos-en-psiquiatria-para-poblacion-adulta-e-infanto-adolescente-uhcip.html>
- Mistry, H., Levack, W. M. M., & Johnson, S. (2015). Enabling people, not completing tasks: Patient perspectives on relationships and staff morale in mental health wards in England. *BMC Psychiatry*, 15(307). <https://doi.org/f72h5w>
- Moses, T. (2011). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatric Quarterly*, 82, 121-137. <https://doi.org/10.1007/s11126-010-9151-1>
- Novella Cámara, A. M., Mateos Blanco, T., Crespo Torres, F., & López González, A. (2021). Escenarios de participación de la infancia: Oportunidades para la coproducción en los municipios. *Pedagogía Social*, (38), 61-76. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.38.04
- Nytingnes, O., Ruud, T., Norvoll, R., Rugkåsa, J., & Hanssen-Bauer, K. (2018). A cross-sectional study of experienced coercion in adolescent mental health inpatients. *BMC Health Services Research*, 18(389), 1-10. <https://doi.org/m3zm>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos*. Recuperado de <https://shorturl.at/WNFvV>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Adolescent mental health in the European Region*. Recuperado de <https://shorturl.at/5W83D>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://shorturl.at/yREWh>
- Page, M., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ Open*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pieper, D. & Puljak, L. (2020). Letter to the editor: Language restrictions in systematic reviews should not be imposed in the search strategy but in the eligibility criteria if necessary. *Journal of Clinical Epidemiology*, 132, 146-147. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.12.027>
- Pluye, P., Gagnon, M-P, Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-546. <https://doi.org/bvqw98>
- Prehn-Kristensen, A., Molzow, I., Maurischat, C., & Baving, L. (2013). Das Improvisationstheater in der kinder- und jugendpsychiatrischen sta-

- tionären. Regelversorgung – eine explorative Vergleichsstudie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 49(3), 221-237.
<https://doi.org/10.13109/grup.2013.49.3.221>
- Reavey, P., Poole, J., Corrigan, R., Zundel, T., Byford, S., Sarhane, M., Taylor, E., Ivens, J., & Ougrin, D. (2017). The ward as emotional ecology: Adolescent experiences of managing mental health and distress in psychiatric inpatient settings. *Health & Place*, 46, 210-218.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.05.008>
- Remorini, C. & Rowensztein, E. (2022). ¿Existe una normalidad en el desarrollo infantil?: Alcance y usos del concepto de desarrollo normal en la clínica y en la investigación con niños y niñas. *Salud Colectiva*, 18, 1-18. <https://doi.org/m3zw>
- Rice, J. L., Tan, T. X., & Li, Y. (2021). In their voices: Experiences of adolescents during involuntary psychiatric hospitalization. *Children and Youth Services Review*, 126, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106045>
- Salamone-Violi, G. M. L., Chur-Hansen, A., & Winefield, H. R. (2015). “I don’t want to be here but I feel safe”: Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person’s perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 569-576.
<https://doi.org/10.1111/inm.12163>
- Salvo, G. L. & Gallardo, G. P. (2021). Tendencia de las hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estadía de Psiquiatría del Hospital Clínico Herminda Martín durante 14 años. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 59(1), 16-26.
<https://doi.org/m3zx>
- Schneidtinger, C. & Haslinger-Baumann, E. (2019). The lived experience of adolescent users of mental health services in Vienna, Austria: A qualitative study of personal recovery. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 112-121. <https://doi.org/10.1111/jcap.12245>
- Söderberg, A., Ejneborn Looi, G.-M., & Gabrielsson, S. (2022). Constrained nursing: Nurses’ and assistant nurses’ experiences working in a child and adolescent psychiatric ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 189-198.
<https://doi.org/10.1111/inm.12949>
- United Nations Development Programme (2023). *Human Development Index*. Recuperado de <https://shorturl.at/fx9lg>
- UNICEF (2021a). *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Oficina de Visión y Política Global de UNICEF. Recuperado de <https://shorturl.at/HbVEe>
- UNICEF (2021b). *Resumen regional: América Latina y el Caribe. Estado mundial de la infancia: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Recuperado de <https://shorturl.at/nPSpg>
- Uzar, M., Guśtak, E., Matusiak, F., & Borys, E. (2018). Changes in the clinical picture of conduct disorders in adolescents hospitalised for mental health reasons in 1990–2015. A comparative study. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(2), 127-136. <https://doi.org/ghj4tk>
- Wallström, R., Lindgren, E., & Gabrielsson, S. (2020). “Don’t abandon me”: Young people’s experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 1-9. <https://doi.org/gjb3wd>
- Wang, X., Huang, X., Huang, X., & Zhao, W. (2022). Parents’ lived experience of adolescents’ repeated non-suicidal self-injury in China: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03715-7>
- Zerbe, P. S., Schulz, E., Dixius, A., & Körner, M. (2021). Wunsch und Erleben von Partizipation für Kinder und Jugendliche in der stationären Psychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(3), 213-226.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000797>

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2023

Fecha de recepción revisión 1: 25 de abril de 2024

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2024