



**L'estigma
i la discriminació
a la atenció a la salut**

**L'ESTIGMA I LA
DISCRIMINACIÓ
EN SALUT MENTAL**

a Catalunya 2016



**L'estigma
i la discriminació
a la atenció a la salut**

**L'ESTIGMA I LA
DISCRIMINACIÓ
EN SALUT MENTAL**

a Catalunya 2016

ÍNDIX

PRÒLEG | 4

INTRODUCCIÓ | 6

1. LA XARXA ASSISTENCIAL DE SALUT | 8

- 1.1 Manca d'eines per oferir un tracte adequat i específic | **10**
- 1.2 Pràctiques discriminatòries als entorns sanitaris | **16**
 - Interpretació dels comportaments socialment inapropiats com un símptoma del TM | **18**
 - Atenció basada en l'expectativa que les persones amb TM són inestables | **19**
 - Derivació del pacient a altres professionals | **20**
 - La contenció | **21**



- Ús d'expressions discriminatòries | **23**
- El biaix diagnòstic | **26**
- L'alta prematura | **30**
- 1.3 La gestió de l'estigma i la discriminació | **31**

2. LA XARXA DE SALUT MENTAL | 34

- 2.1 La percepció dels serveis de salut mental | **38**
 - El desconeixement de la xarxa de salut mental i el tractament | **39**
 - L'imaginari social negatiu dels serveis de salut mental i del tractament | **40**
 - L'imaginari social i l'autopercepció | **42**
 - La diferenciació dels serveis de salut mental | **44**
 - La desconfiança envers el tractament | **45**
 - L'etiqueta diagnòstica | **46**
- 2.2 Quines formes tenen els professionals de la salut mental de relacionar-se amb les persones amb un TM? | **48**
 - L'assistencialisme i paternalisme | **52**
 - L'estigma i la discriminació estructural | **56**
 - Tracte injust o negatiu als serveis i recursos de salut mental | **59**
- 2.3 La intromissió | **63**

3. SERVEIS I RECURSOS D'ATENCIÓ A LES PERSONES | 68

- Situacions específiques de discriminació i maltractament | **72**
- La pressió i la intromissió dels Serveis Socials en la vida de la persona amb TM | **73**

4. CONCLUSIONS | 74

- Xarxa assistencial de salut | **75**
- Xarxa de salut mental | **77**
- Residències, fundacions tutelars, serveis socials i pisos tutelats | **81**

CRÈDITS | 83

PRÒLEG

La recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya* té com objectiu analitzar l'estigma i la discriminació en salut mental que pateixen les persones amb un TM a Catalunya, analitzant les diferents formes en què opera.

Aquesta recerca s'ha dut a terme mitjançant la combinació de metodologies quantitatives i qualitatives. Durant la fase qualitativa, s'han realitzat 14 grups focals a: persones amb un trastorn mental (5 grups), familiars (2 grups), professionals de la salut mental (2 grups), professionals de la salut (1 grup), personal de recursos humans i contractació (1 grup), professionals de l'educació (1 grup) i joves (2 grups). En total s'han entrevistat 112 persones.

Per implementar la metodologia quantitativa, s'ha elaborat un qüestionari a partir de l'anàlisi dels resultats obtinguts en els grups focals i a partir de fonts secundàries. En total, s'han rebut un total de 967 qüestionaris vàlids administrats a persones que viuen o han viscut un TM al llarg de la seva vida. Les dades obtingudes aporten uns resultats amb un nivell de confiança del 95,5 % (2 sigma) i un error màxim admissible de 3,44 % sota el supòsit de màxima variància ($p=q=0,5$).

Les persones amb TM han rebut històricament un tracte deshumanitzador i discriminatori, per la qual cosa la societat té un deute amb elles. En l'actualitat, encara romanen pràctiques que les estigmatitzen i discriminen que cal revertir. En aquest context, aquesta recerca s'orienta a conèixer i identificar aquells aspectes negatius que minven la qualitat de vida i les oportunitats socioeconòmiques a les persones amb un trastorn mental.

És molt important remarcar que l'objectiu d'aquest document, així com el de tots els documents de la recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya*, és:

Explorar i identificar els aspectes que estan relacionats amb l'estigma i la discriminació que pateixen les persones amb un trastorn mental.

Per tant, encara que a continuació s'exposaran un conjunt de pràctiques i formes de fer que redunden en l'estigmatització i la discriminació d'aquest col·lectiu, val la pena fer palès que aquestes pràctiques estigmatitzadores no són les úniques que es donen en les relacions entre les persones amb un TM i la societat.

Aquesta recerca no té per objectiu culpabilitzar cap col·lectiu, sinó posar en relleu un conjunt d'elements clau sobre els quals cal incidir. La lluita contra l'estigma necessita, obligatòriament, el treball i l'actuació conjunta i coordinada dels diferents agents socials. Per aquest motiu, la recerca present ha de servir per traslladar a l'agenda política i social la necessitat de transformar certes pràctiques socials i concepcions socialment hegemòniques en relació amb la salut mental.

Finalment, la recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya* està constituïda per un document marc de la percepció de la salut mental i sis documents específics referents als àmbits següents: àmbit educatiu, àmbit laboral, àmbit familiar, àmbit de parella, àmbit de la salut i àmbit de les relacions socials.

INTRODUCCIÓ



En aquest document s'analitza com l'estigma i la discriminació en salut mental operen en l'àmbit de la salut. Es defineix l'àmbit de la salut com la xarxa assistencial de salut de Catalunya (XAS), és a dir, el conjunt de serveis i dispositius que donen cobertura a totes les necessitats sanitàries de la ciutadania (serveis d'atenció primària i comunitària, serveis d'atenció especialitzada i hospitalària d'aguts, serveis d'atenció socio sanitària i serveis d'atenció a la salut mental i addiccions)¹.

El primer apartat se centra en les relacions que s'estableixen entre les persones amb un TM i els serveis de salut generals: principalment amb els centres d'atenció primària (CAP), els hospitals, la UCI i els serveis urgències mèdiques. Així, es prioritzen aquells aspectes relacionats amb l'estigma i la discriminació que apareixen quan les persones amb un TM accedeixen als serveis de la xarxa assistencial de salut per ser ateses o tractades d'alguna dolença física.

El segon apartat se centra en les relacions que s'estableixen entre les persones amb un TM i els serveis de la xarxa de salut mental: CSMA, CSMIJ, unitats d'hospitalització psiquiàtrica, hospital de dia, centres de dia, etc. En aquest apartat, s'abordarà, fonamentalment, quina és la percepció sobre les pràctiques discriminatòries que apareixen quan les persones amb un TM accedeixen als serveis de salut mental per ser ateses o tractades d'alguna problemàtica.

1 Principalment, serveis i dispositius públics. Així mateix, en aquest capítol també incorporem serveis i dispositius de la xarxa d'assistència social: residències, clubs socials o serveis socials.

1.

LA XARXA ASSISTENCIAL DE SALUT



La xarxa assistencial de salut (XAS) està conformada pel conjunt de serveis i dispositius que donen cobertura a les necessitats sanitàries de la població, tant públiques com privades. Com ja s'ha comentat en la introducció, en aquest apartat s'analitzaran els processos i les condicions en què l'estigma i la discriminació tenen lloc a la XAS, sense incloure la xarxa de salut mental (XSM)². Així, aquest apartat es focalitza en el que es pot anomenar com a serveis de salut física o generals.

La percepció sobre la salut mental que té el personal sanitari determinarà el tracte que dispensaran a les persones amb un TM. Així mateix, aquesta influència de la percepció vers les persones amb un TM també afectarà la qualitat dels tractaments de salut.

En aquest punt és rellevant remarcar la diferència entre el tracte i el tractament. Com exposa Marina Garcés (2014): «El trato no es un programa de acción sino un modo de relación a la vez activa y receptiva, que contempla precisamente la necesidad de atender a la potencia, nunca del todo previsible, de cada situación». Així, el tracte suposa un fet no esperat i espontani que emergeix en la relació entre persones que comparteixen una situació. El tracte no es redueix a un pla d'intervenció en què tots els passos estan programats i estipulats prèviament en relació amb una teoria o un saber.

Els serveis de la XAS estan orientats oferir tractament als seus pacients. El tracte, és a dir, la manera de relacionar-s'hi és un aspecte que queda relegat a un segon pla. No és un element primordial. L'escolta, l'atenció, l'amabilitat, l'empatia, les mirades, les converses efímeres, l'humor, el contacte físic, etc. queden supeditats a l'èxit del tractament sanitari. Així, les relacions que s'estableixen amb les persones estan enfocades al tractament, a posar fi a les dolences i malestars, ja que l'objectiu de la relació sanitari-pacient és guarir-lo.

2 Tot i que parlem de salut general, també s'inclou la relació amb els professionals del CAP vinculats al Programa d'Atenció a la Primària (PAP).

1.1 MANCA D'EINES PER OFERIR UN TRACTE ADEQUAT I ESPECÍFIC

« **P3:** Yo pienso que es importante tratar la enfermedad mental con el mismo conocimiento que tratamos las enfermedades que han ido surgiendo. Nos formamos con el sida porque no lo conocíamos, con hepatitis que están saliendo que antes pensábamos que no existían, y nos hemos ido formando. Entonces esta formación en psiquiatría pienso que es limitada.

E1: ¿La vuestra quieres decir?

P8: Sí, sí.

P3: En general.


P6: Hay mucha separación respecto a otras especialidades.» (6.c)

Els serveis i dispositius de la XAS s'especialitzen en diferents branques del saber mèdic que poden conviure i operar en el marc del mateix servei o dispositiu. En un hospital, es troben diferents sabers mèdics (especialitats mèdiques) treballant organitzadament, però de forma paral·lela.

Així, cada planta d'un hospital o d'un centre d'atenció primària pot comptar amb una especialitat i uns equips professionals. A vegades, comparteixen ubicació amb serveis de la xarxa de salut mental. Tanmateix, cada especialitat mèdica treballa en la seva àrea i el pacient pot ser derivat d'una a l'altra sense que necessàriament hi hagi una tasca de coordinació o comunicació entre serveis.

La XAS no està especialitzada en l'atenció de les problemàtiques de salut mental. Les diferents figures professionals que hi treballen no disposen de més coneixements sobre salut mental que els que van assolir durant l'etapa de formació universitària o els que hagin pogut aprendre per interès personal. En aquest sentit, els professionals sanitaris no estan especialitzats en l'administració de tractaments de salut mental. Per aquest motiu, el conjunt del personal sanitari manifesta una certa indefensió davant l'atenció a les persones amb un TM i exposen que no saben com tractar-les perquè no és la seva especialitat i no han rebut cap formació específica.

El personal sanitari manifesta que amb més informació i formació sobre les problemàtiques de salut mental, com ha passat amb altres dolences, com el VIH o les hepatitis, estarien més preparats per fer front a l'atenció de les persones amb un TM. En resum, s'expressa una necessitat per comprendre la salut mental i per saber-s'hi posar davant a l'hora de tractar-la. Com veurem durant aquest capítol, la manca d'eines per oferir una atenció adequada a la salut mental per part del conjunt de professionals no especialitzats en aquest àmbit sanitari contribueix a l'aparició de pràctiques discriminatòries.


P3: *Y porque viene un estudio preoperatorio, y el médico en la reserva quirúrgica ya nos informa y nos explica. En quirófano normalmente sí que vienen identificados. Lo que sí que nos podemos encontrar con dos tipos de pacientes diferentes, uno que lo que necesita es mucha información porque el hecho de entrar en quirófano ya le incomoda y le da inseguridad y quiere saberlo todo, y pues nos hemos encontrado con pacientes que hay que explicarles todo, todo. Y aquí, y no sé qué, y esto y lo otro y como va a ser el proceso. Sin embargo, hay otros que lo que tenemos que hacer es agilizar y que vaya muy rápido el tema de sedarlo. Entonces se acelera todo, la premedicación, antes de entrar a quirófano para que no se ponga nervioso y en algunos pacientes lo que tenemos que hacer es que entre su persona de referencia, algunos tienen.*

E1: *¿Profesional?*

P3: *No, da igual. Porque algunos enfermos mentales tienen una persona de referencia, sobre todo los niños y entonces pues si no están con esa persona pues se ponen agresivos (...), entonces dejamos entrar a esa persona hasta que este dormido.» (6.c)*

L'atenció sanitària de les persones amb TM pot requerir, segons el cas, haver de transformar algunes pràctiques mèdiques per ajustar-les a les necessitats del pacient. Donar resposta a aquestes necessitats pot suposar haver de sortir de la zona de confort: haver de canviar algunes pràctiques, haver de dedicar més temps de l'habitual, etc. En definitiva, oferir un tracte singular, específic.

Tal com s'ha explicat, la manca generalitzada d'eines per dur a terme una atenció adequada que atengui les necessitats diverses de les persones amb un TM fa que el desenvolupament de bones pràctiques com les que s'exposen a la cita anterior responguin a una iniciativa personal més que no pas a protocols estandarditzats d'atenció a les persones amb TM.

Aquesta atenció especialitzada, de fet, ja es duu a terme en relació amb diferents poblacions, com per exemple els infants. L'atenció a les necessitats especials de les persones amb TM, en canvi, estan menys interioritzades i es tenen en compte més esporàdicament. Malgrat això, s'han detectat un grapat de bones pràctiques en l'atenció a les necessitats de les persones amb TM entre el personal sanitari. Aquestes pràctiques no responen a un programa d'atenció prèviament dissenyat, sinó a la bona voluntat, la iniciativa personal i la sensibilització en relació amb la salut mental dels professionals que les duen a terme.

En el transcurs dels grups de discussió s'han identificat actuacions sanitàries que responen adequadament a les necessitats diverses de les persones amb TM. Així, per exemple, alguns professionals sanitaris ofereixen informació enormement detallada a aquelles persones amb TM que així ho sol·liciten, per reduir-ne l'ansietat. En altres casos, es procura reduir el temps d'espera a aquelles persones que, pel tipus de TM que tenen, es poden angoixar si l'espera s'allarga massa.

« Por lo tanto, yo jamás he tenido problemas con un paciente. (...), en un último caso, pero esto no es algo que haga especialmente con los pacientes que puedan tener algún antecedente psiquiátrico, procuro escucharlos, hablar con ellos y en general la gente, cuando coge un poco de confianza, no suelen ser problemáticos, y yo les pongo la medicación. A veces es el propio paciente o un familiar el que te pide la consulta al psiquiatra y te dice es que mira él está con una depresión, o me gustaría que me viera un psiquiatra, entonces le pido la consulta al psiquiatra. Pero porque el paciente o el familiar me lo pide, pero en general, que yo me encuentre un paciente que se brota y no sé qué, no. Una vez tuve una esquizofrénica, que tenía alucinaciones estando ingresada y me decía ahora estoy escuchando las voces, y las voces me dicen que tal. Y yo la escuchaba normalmente y jamás hizo ningún brote, bueno, que tenía sus alucinaciones y tal, pero aparte de esto nada más.» (6.c)

De forma similar, hi ha professionals que atenen les persones amb TM sense que aquest fet intercedeixi negativament ni en la relació metge/pacient, ni en l'atenció sanitària que li dispensa. En aquests casos, el tracte amb el pacient, seguint la proposta de Garcés, és activa i receptiva i està oberta a atendre aquelles situacions mai del tot previsible que suposa l'atenció sanitària a les persones amb TM.

Aquest conjunt de bones pràctiques d'atenció sanitària, malgrat tot, no es duen a terme per part de la totalitat dels professionals. En alguns casos, atesa la manca d'eines i recursos per a l'atenció a les necessitats de les persones amb TM, emergeixen entre els professionals de la salut un conjunt de percepcions sobre la salut mental que coincideixen amb els estereotips presents entre la població general.

L'escissió professional entre la salut mental i el tractament dels trastorns orgànics i/o físics, com es veurà, contribueix al fet que els estereotips presents a la XAS tinguin força similituds amb els que es poden rastrear entre la població general.

1.2 PRÀCTIQUES DISCRIMINATÒRIES ALS ENTORNS SANITARIS

La separació disciplinària i professional entre la branca sanitària i la de la salut mental, la manca d'eines i recursos per a l'atenció i el tracte amb persones amb TM, etc. fan que el conjunt de professionals sanitaris hagin de fer front a l'atenció a la salut mental sense més eines que el coneixement i experiència adquirida durant la seva trajectòria professional o l'interès personal i sensibilització per l'àmbit de la salut mental.

Per tots els motius fins aquí exposats, pot succeir que apareguin certes pràctiques de discriminació de les persones amb TM als entorns sanitaris.

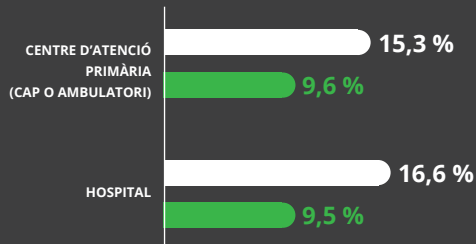
Al gràfic següent es mostra quina és la percepció de les persones en relació amb el tracte injust rebut en els entorns sanitaris.

GRÀFIC 6.1.

T'han tractat injustament en algun dels serveis següents pel fet de tenir un TM?

POQUES
VEGADES

BASTANTES
O MOLTES
VEGADES



3 S'han interposat en la meua economia, m'han pressionat a no tenir fills, m'han pressionat a no tenir parella, m'han pressionat a no emancipar-me, m'han pressionat a treballar, m'han pressionat a no treballar, m'han pressionat a estudiar, m'han pressionat a no estudiar, s'han interposat en el meu rol de mare o pare, han explicat que tinc un TM sense el meu consentiment.

Una de cada 4 persones amb TM s'ha trobat amb situacions de tracte injust degut al seu TM quan ha visitat el CAP o l'ambulatori (24,9 %) i aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent en una de cada 10 persones. A l'hospital la presència d'aquest tipus de situacions és força semblant, el 26,1 % afirma haver estat tractat injustament en alguna ocasió, i el 9,5 % bastant o molt freqüentment.

A més, s'han detectat diferències significatives a tots dos serveis pel que fa al sexe. En el cas de l'hospital, el 32,2 % de les dones ha patit un tracte injust en alguna ocasió, 11,5 punts més que els homes. Al CAP o ambulatori aquesta diferència puja fins a 17,6 punts (33,5 % en les dones i 15,9 % en els homes).

Les pràctiques concretes de pressió o intromissió en la vida de la persona amb TM per part dels professionals de la salut general són poc freqüents. El 9 % de les persones amb TM han rebut algun tipus de pressió o intromissió per part dels professionals de la salut pel fet de tenir un TM³.

En el transcurs dels grups de discussió han aparegut algunes pràctiques que es poden donar per part dels professionals que afecten negativament les persones amb TM. A continuació s'exposa la informació obtinguda relacionada amb aquest aspecte.

INTERPRETACIÓ DELS COMPORTAMENTS SOCIALMENT INAPROPIATS COM UN SÍMPTOMA DEL TM

« A les unitats, a vegades, tens pacients que no saps si estan diagnosticats o que s'està tractant d'alguna (...) i moltes vegades, davant d'un comportament agressiu o d'un comportament inexplicable, quantes vegades no has sentit l'expressió de et matarà! o té una malaltia mental! I no ho sabem. Fem aquesta expressió quan tenim una resposta, a vegades, de persones que surten una mica dels cànons de comportament.»
(6.c)

Tal com s'ha vist al document marc, hi ha una tendència social a associar les actituds o comportaments estranys amb el TM, al marge de si les persones que els duen a terme en tenen o no. Una de les pràctiques discriminatòries que es poden donar en l'entorn sanitari emergeix quan es reproduïx aquesta associació davant de comportaments que s'interpreten com a estranys o que no s'adeqüen a les normes socials. Així, aquells comportaments, que són vistos com anormals, agressius o fora del comú, tendiran a ser interpretats com a conseqüència d'un TM.

En aquests casos, el TM dona sentit a allò que no se sap explicar i a l'aparició de comportaments socialment inapropiats. La importància d'aquests estereotips negatius no rau en el seu valor de veritat. En aquest sentit, no és rellevant si la realitat d'aquell comportament es deu a un mal dia, a un problema de comunicació o a un símptoma d'un TM. Aquests estereotips tenen la funció social d'atorgar un significat, un ordre, a una situació estranya, més enllà de quina sigui la seva correspondència amb la realitat.

ATENCIÓ BASADA EN L'EXPECTATIVA QUE LES PERSONES AMB TM SÓN INESTABLES

« Jo al principi de... no sé si era un canvi de medicació o algo així, em vaig anar al psiquiatre i em va canviar la medicació. Me la va donar nova i vaig anar al metge de capçalera perquè em fes la recepta i el tio no entenia que jo tenia un trastorn mental i que... Diu: "però si tu... si tu analitzes molt bé...". Dic: Em vols fer la recepta? O sigui..." Tinc un trastorn mental i aquestes pastilles m'ajuden, o sigui, tu no estàs aquí per analitzar si jo tinc una visió distorsionada de la realitat o no. O sigui, el psiquiatre m'ha donat això i a més és un tio que té molt poc tacte.» (6.a)

Tal com s'ha revisat en apartats anteriors, una de les característiques que socialment s'atribueix a les persones amb TM és que es troben en un estat d'instabilitat permanent. Es considera que viuen una ruptura permanent de la realitat que les envolta, que es troben en estat de crisi, desconnectades de la realitat o bé incapacitades per dur una vida normalitzada.

Aquesta concepció de la salut mental es pot rastrejar, també, en certes pràctiques dels entorns sanitaris. Quan un pacient amb TM no respon a l'expectativa estereotipada segons la qual ha de ser una persona inestable, poden sorgir actituds o comportaments que busquen confirmar l'expectativa. Això porta, en ocasions, al fet que alguns professionals sanitaris, en comptes de considerar que el pacient es troba en una fase estabilitzada del trastorn, perseveren en la recerca de les característiques que esperen trobar. La resistència a abandonar aquest prejudici afecta negativament la relació entre el personal sanitari i el pacient, que es veu pràcticament abocat a justificar perquè no compleix amb l'expectativa, a respondre a la pregunta: «Com és que vostè no està actuant com se suposa que actuen els "bojos"?» Aquest tipus de situacions esdevenen molt desagradables per a la persona.

DERIVACIÓ DEL PACIENT A ALTRES PROFESSIONALS

«Una sèrie de coses d'aquestes que són generals, com per exemple la diabetis, la sabràs tractar, tens unes pautes, però jo crec que la veterania, en aquesta com en molts altres coses, és un grau, i jo crec que per tractar aquest tipus de pacients jo crec que és imprescindible.»

E1: És clar, per això fem aquesta pregunta. Això té a veure amb la veterania, amb un coneixement del tracte, però i si jo no sóc veterà? Doncs ho faré malament.

P4: Doncs bueno.

P1: Hauràs d'anar a buscar la companya veterana, tires de la companya, del metge, de qui sigui. Clar, les coses s'han d'aprendre. Aquest gestionar s'ha d'aprendre.» (6.c)

En alguns casos, el personal sanitari considera que les persones amb un TM es troben en un estat d'equilibri precari. Com que es considera que l'estabilitat de la persona amb un TM es pot modificar i alterar amb extrema facilitat, emergeix la preocupació que l'atenció mèdica pugui ser-ne el detonant.

Hi ha una manifesta preocupació pels efectes que el comportament propi pot tenir sobre una persona amb un TM i que l'atenció sanitària desencadeni la ruptura de la seva estabilitat. Quan apareix aquesta por o recança, es provoca una important desajustament de l'atenció sanitària perquè els professionals no se centren a atendre, sinó a buscar altres professionals que els substitueixin. Tot i que la derivació és una pràctica habitual, hi ha un desajust en la derivació quan l'únic criteri de derivació és que hi ha un TM i no un criteri mèdic. Així, davant aquestes situacions o bé s'acudeix a altres professionals del servei o de planta «veterans» i amb més experiència perquè se'n facin càrrec, o bé es busca una derivació o suport dels equips especialitzats en salut mental.

LA CONTENCIÓ

« **P9:** A mi el que em va passar una altra vegada és que vaig anar una vegada al metge perquè estava molt nerviós i no em donaven medicació per estar més tranquil. I lo que no em va agradar és que em va mirar com si fos un gos. Lligat a una camilla i durant dues hores, tres hores allí, lligat a una camilla, i no et fan cas ni res, i jo lo únic que volia era medicació.

P2: Urgències és un caos.

P9: I no feia mal a ningú.

E: Això et va passar a urgències?

P9: Sí, sí a urgències. I jo l'únic que feia és demanar una pastilla perquè estava nerviós i em feia mal això, i volia una pastilla. Doncs ells van actuar, directament agafant-me i lligant-me com si fos un gos. I això a mi no em va agradar. Aquesta manera que tenen ells no m'agrada a mi, que et lliguin d'aquesta manera així, a un llit, no.»(6.a)

Quan els professionals sanitaris atenen persones amb TM tenen a mà el recurs de la contenció física. Aquest recurs pot ser necessari per atendre la persona correctament o per evitar que es lesioni o danyi terceres persones. Altres vegades, però, esdevé un recurs comodí que es pot fer servir quan no es disposa d'eines suficients per dispensar a la persona amb TM l'atenció que requereix.

LA CONTENCIÓ ÉS
DISCRIMINATÒRIA
QUAN ES DUU
A TERME PER
ATENDRE PER
RESOLDRE UNA
SITUACIÓ QUE
ES VIU AMB
INCOMODITAT
I CONFLICTE
PER PART DEL
PERSONAL
ASSISTENCIAL

Als serveis d'urgències i la unitat de cures intensives (UCI) tenen, sovint, condicions que faciliten la coordinació entre salut física i mental: la proximitat entre serveis, la presència d'especialistes en psiquiatria als serveis de salut general, o quan l'atenció es dóna dins del mateix servei de SM. Aquesta coordinació encara és més senzilla quan es disposa de protocols d'actuació. En aquests casos, si hi ha una urgència, els professionals de psiquiatria poden atendre el pacient molt ràpidament. Contràriament, quan aquestes condicions no es compleixen, els professionals sanitaris es veuen obligats a gestionar el TM durant un període més llarg de temps. Aleshores, poden fer ús de l'administració farmacològica i de la contenció física. Així, el personal sanitari aplica la contenció física o farmacològica per gestionar el que relaten com a situacions de descontrol del pacient o de problemes de relació amb el personal mèdic.

En alguns casos, la contenció pot esdevenir una resposta necessària, sobretot, quan es considera que la dolença orgànica posa en perill la salut de la persona. En canvi, altres vegades, pot esdevenir un comportament discriminatori, d'evitació i de buig. La contenció és discriminatòria quan no es duu a terme per atendre correctament les necessitats de la persona, sinó per resoldre una situació que es viu amb incomoditat i conflicte per part del personal assistencial. Aquestes situacions es poden donar, per exemple, quan una persona amb TM arriba a urgències amb atacs d'ansietat, o quan alguna intervenció quirúrgica els genera angoixa.

ÚS D'EXPRESSIONS DISCRIMINATÒRIES

P1: Yo pienso que los profesionales de la salud en general también necesitan mucho, mucho aprendizaje con respecto a la enfermedad mental, eh. Porque en general yo he estado trabajando en la interconsulta de XXXX y sinceramente tela marinera.

(...)

E2: Perdón. “Tela marinera”, ¿qué quiere decir? ¿Lo que nos has dicho antes de esto de las etiquetas?

P1: Sí, por supuesto: “Ahí te hemos dejado tu loco, vete a verlo.”

E2: Vale, ya está.

P1: O sea, así, por el medio de un pasillo.» (6.d)

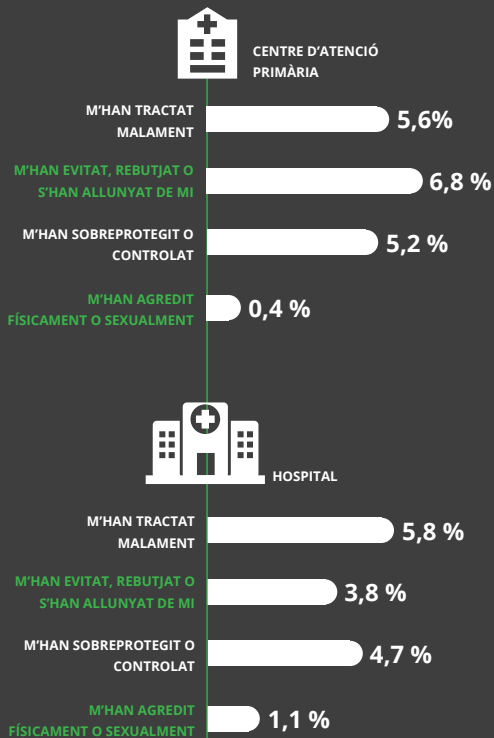
De la mateixa manera que entre la població general, el personal sanitari també pot fer servir expressions discriminatòries i usos lingüístics inapropiats. El llenguatge i les formes d'anomenar són pràctiques discursives que constitueixen un element fonamental del tracte que rebem les persones. En alguns casos, els pacients i els seus acompanyants han hagut de fer front a situacions de rebuig als recintes sanitaris.

S'explica que, en alguns entorns sanitaris, l'atenció al TM és vista com un cas que no els correspon i sobre el qual no volen intervenir. Igualment, les necessitats especials que pot requerir una persona amb TM són interpretades per alguns professionals de l'atenció sanitària com una sobrecàrrega.

Aquestes impressions també es veuen reflectides en el llenguatge que fan servir. Així, en el transcurs dels grups de discussió s'ha fet referència a certes formes de menyspreu i rebuig cap a les persones amb un TM. Aquestes formes de tracte discriminatori es poden donar tant en entorns privats, tals com en l'habitació, com en espais més públics, el passadís, per exemple.

GRÀFIC 6.2

T'has trobat en alguna de les situacions següents pel fet de tenir un TM?
(segons tipus de servei)



El gràfic 6.2 aporta informació sobre les situacions específiques de tracte discriminatori i maltractament que es donen als serveis de salut general, concretament al CAP o ambulatori i als hospitals. En termes generals, es pot observar que aquests tipus de comportament tenen una baixa freqüència. Amb l'excepció de les agressions físiques o sexuals, la resta de pràctiques discriminatòries han afectat entre el 3,8 % i el 6,8 % de persones al llarg de la seva vida, per cada servei analitzat.

A tall de resum, el 17,6 % de persones amb TM han patit alguna de les situacions descrites al gràfic al llarg de la seva vida, ja sigui al CAP o ambulatori o a l'hospital.

EL BIAIX DIAGNÒSTIC

P4: *También, a veces, no se les explora físicamente porque todo se atribuye a la enfermedad mental. ¿No? Por ejemplo, un chico jovencito, pues que estaba grave y se estabiliza y tal, y empiezan unos dolores y empieza a decir que está embarazado, que se pensaba mujer, que estaba embarazado y tal. Y lo que tenía era una peritonitis. Y se tardó en detectar esto porque, claro, se pensó que formaba parte del delirio ¿no? Y los padres, los padres y tal, y de repente...claro, dices: “jolin, es que no...” vale que no se les explora a lo mejor como como a la persona que no tiene la enfermedad.*

E2: *Esto puede pasar. Estamos hablando de un contexto de... de un CAP, por ejemplo. Y el, y el médico de cabecera sabe esto y entonces no explora bien ¿estamos hablando de este contexto?*

P4: *Claro, si te viene uno que te delira con que es mujer no sé qué y te empieza a decir que está embarazado y que tiene no sé qué, pues no te lo escuchas. Y lo tomas por loco, claro, no le escuchas. Y en este caso, pobre, pues sí que tenía dolores reales. Lo que pasa que los interpretaban de manera delirante.*

E2: *Por lo tanto, cuando tomamos a alguien por loco ¿no lo escuchamos, a veces?*

P4: *Pues muchas veces no, claro.» (6.d)*


El diagnòstic és una de les pràctiques professionals de la xarxa de salut que es pot veure influenciada negativament per certs estereotips vinculats a la salut mental. Els professionals de la xarxa assistencial poden saber que una persona té un TM o bé perquè disposen de l'historial mèdic, o bé perquè els ho explica el pacient. En algunes ocasions, ser coneixedors del diagnòstic en TM pot intercedir i/o esbiaixar el diagnòstic de la dolença per la qual acudeix la persona a la consulta.

Aquesta pràctica professional esbiaixada es produeix quan s'atribueixen erròniament els motius de la con-

sulta manifestats pel pacient a diferents efectes del seu TM: al·lucinacions, confabulacions, somatitzacions, etc. Els símptomes de la dolença expressats pel pacient no es tenen en compte, ja que s'atribueix el relat al seu TM i no pas a un malestar real. Aquesta interpretació està fortament influenciada pels estereotips en salut mental, més que en una anàlisi professional de l'estat mental i físic del pacient. La diagnosi que atribueix el malestar a la mera confabulació del pacient no està mèdicament contrastada, ni professionalment avaluada, sinó que és producte de la impressió «a cop d'ull».

« Jo vaig anar a l'endocrina i en el meu historial posava trastorn bipolar, no? I llavors em va dir: “No, no sé què”. Això és així, eh. “És que a tu lo que et passa, que no tens la regla”. Jo no tinc la regla des dels 13 anys, tinc ovaris poliquístics, vale?”, “No tens la regla perquè estàs gorda. Perquè clar, com que ets bipolar segurament estàs menjant molt, no?”. (riures). Dios... “Sap què senyora? Que me'n vaig a un altre metgessa.» (6.a)

Una altra pràctica professional esbiaixada que pot aparèixer pel desconeixement sobre aspectes relacionats amb la salut mental, consisteix a reinterpretar el problema orgànic manifestat pel pacient com un efecte secundari del tractament farmacològic, o com un efecte del propi TM. Davant d'això, les persones amb un TM afirmen sentir-se poc escoltades, que allò que expliquen no és tingut en compte.

 **P2:** *A mi em va passar, perquè a mi amb el meu TOC em donava per pensar que tenia enfermetats, i llavors recordo que una vegada tenia faringitis, súper bèstia, que no podia ni parlar i vaig anar al metge, i el metge va veure les receptes que he tingut al llarg del temps i llavors el metge em va mirar i em va dir: “No t’ho estaràs imaginant?” I dic: “Tio, no puc parlar”, vull dir.*

E: *T’ho va dir?*

P2: *Sí, i va ser en plan, no, no m’ho estic imaginant.*

P1: *Hipocondríac, no?*

P2: *Sí, exacte, i li dic: “No, de veritat que no m’ho estic imaginant”. La meva mare li va haver de dir: “No, no, és que no pot aixecar-se del llit, li fa molt mal el coll, no pot respirar bé, però no és ansietat”. Llavors sembla que les coses es barregen una mica, el metge no et creu.*

E: *I al final què va passar? És a dir, et va receptar algo pel coll o no?*

P2: *Sí, al final sí.*

E: *O sigui al final et va creure, diguéssim.*

P2: *Sí al final em va creure, però perquè hi havia la meva mare. Si hagués anat jo sol no m’hagués cregut pas.» (6.d)*

En altres casos, el diagnòstic es veu afectat per la història prèvia del pacient. Si la persona ha acudit prèviament a la consulta amb un relat que, en efecte, estava propiciat per alguna al·lucinació confabulatòria, aleshores, es produeix un efecte que podem anomenar «que ve el llop!». Aquesta pràctica professional esbiaixada es produeix quan el professional sanitari —que ja coneix el pacient i el seu historial mèdic— pot tendir a atribuir, automàticament, la seva consulta a un nou episodi confabulatori, sense avaluar-ne detingudament l'estat. En aquest cas, es duu a terme el diagnòstic a partir de la història prèvia i no pas a noves proves diagnòstiques.

Per contrarestar les probabilitats que els atorguin un diagnòstic erroni pel fet de tenir un TM, els pacients recorren a diferents estratègies. Així, per exemple, algunes persones expliquen que acudeixen a la consulta acompanyades d'un familiar que corrobora la seva explicació i aconseguir, així, ser adequadament escoltada i atesa.

L'ALTA PREMATURA



P1: *A O de la UCI, directament, sin pasar por planta te lo envían ya a hospitalización para...*

P4: *Claro, por miedo.*

E2: *Com, com, com?*

P6: *De la UCI, jo què sé. Un té un autolític. Una dona que s'havia penjat i me la porten que no ventilava. I havia passat per l'hospital general. Però clar, és que, és que a veure si se'ns tornarà a suïcidar aquí a l'hospital.» (6.d)*

Els estereotips negatius en relació amb el TM incideixen, a vegades, en la qualitat de l'atenció sanitària rebuda. A les entrevistes es relaten casos de pacients amb un TM que han rebut l'alta sanitària precipitadament, abans d'acabar el procés de recuperació. Aquesta pràctica sanitària respon a la por que el pacient pugui tenir comportaments inapropiats, encara que aquests no hagin tingut lloc. Els estereotips d'inestabilitat permanent, impredictibilitat i perillositat constitueixen la base a partir de la qual es poden dur a terme altes hospitalàries a corre-cuita. Així, l'acceleració del procés de tractament i la reducció dels terminis preestablerts disminueix la qualitat de l'atenció sanitària.

1.3 LA GESTIÓ DE L'ESTIGMA I LA DISCRIMINACIÓ



Les estratègies emprades a l'hora de gestionar i regular la discriminació als entorns sanitaris són l'ocultament del trastorn i, en menor mesura, la seva revelació. Les persones amb TM avaluen la situació en què es troben i decideixen si expliquen que tenen un TM o no en funció dels beneficis que esperen obtenir-ne.

Tanmateix, hi ha moltes situacions en què no és possible ocultar el TM, o bé no depèn de la voluntat de la persona. En l'àmbit sanitari, la medicació i l'historial clínic són dos operadors que en visibilitzen la presència.

« I vaig anar allà igual de feliç que han anat alguns companys a vegades i pren Olanzipina, ai Olanzapina. I em van dir “ah, sí, pues a partir d’ara només podràs conduir... o sigui hauràs de renovar el carnet cada dos anys i no cada 10. Què més em van dir? Bueno, no em van donar el certificat, vaja. Em van dir que necessitava no sé quantes coses i no em van donar el certificat. I bueno, vaig soltar els 60 pepinos que em va costar, però vaig dir “bueno, 60 pepinos que m’ha costat tenir la experiència aquesta de no dir enlloc que prenc Olanzapina”. Llavors vaig anar a un altre metge, a una altra clínica i vaig fer el certificat i no vaig dir per enlloc que prenia Olanzapina i re, em van donar el certificat i tot va sortir perfecte i jo no tenia cap... (riu) cap cosa rara que no em pogués donar aquest certificat, no?» (6.a)

El TM es pot ocultar ja que a cop d’ull no es percep. L’ocultament es fa servir per evitar la discriminació o l’estigma.

Un cas en què és habitual ocultar-lo són les revisions mèdiques per a la renovació del carnet de conduir. Les persones amb un TM consideren que la mesura que estipula que l’han de renovar cada dos anys és discriminatòria. Per sortejar aquesta disposició legal neguen tenir un TM o estar sota tractament psicofarmacològic.

En alguns casos no és possible ocultar que se’n té. Si el personal sanitari disposa de l’historial mèdic o coneix la medicació que està prenent, el TM queda desvetllat.



P2: *Es lo que iba a decir yo, esto es como las enfermedades orgánicas, el historial de enfermería, cuando ingresa un paciente en planta, vas a hacer la historia, la enfermera hace la historia, y entonces va preguntando y hay unos momentos que hay un horario y unas horas para hacer la historia, a veces no se tiene que hacer toda de golpe pero bueno a veces hay que ir más deprisa. Cuando empiezas a ver que se despistan un poco y que hay problemas, pues pasemos a la medicación. Y entonces con la medicación, si hay una medicación de estas, tú ya sabes que luego te lo va a decir. O no te lo va a decir, y tu le tienes que decir, ¿y esta medicación porque la toma? Bueno esto es igual te puede decir a veces, y esto lo tomo hace muchos años porque me la mandó.*

P8: *Si pero para ellos es sagrada.*

P2: *No, no, no, no perdona, otras veces es al revés, porque te dicen yo tomo esta medicación y estos son los que vienen bien. Pero no es que todos vengan bien, hay veces que es lo que dice la XXX, que hemos descubierto brotes y situaciones que luego viene la familia y si, si aquí venimos pero él no lo dice, o no se sabía, lo sabe la madre o alguien de la familia.» (6.c)*

En ocasions la revelació del TM emergeix a la visita, o bé perquè la persona ho comenta obertament o bé com a conseqüència de l'elaboració d'una fitxa clínica.

Tanmateix, quan la persona amb TM decideix no revelar que té un TM per evitar pràctiques discriminatòries per part del personal sanitari, corre el risc que, pel motiu que sigui, es desemmascari. Ja sigui per la irrupció d'algun símptoma, per l'administració de la medicació, etc. En aquest cas, els professionals de la salut valoren molt negativament que la persona hagi provat d'ocultar-ho.

Així, la relació amb el pacient passa a ser de desconfiança i d'inseguretat sobre com seguir endavant amb el tractament per la dolença orgànica per la qual ha acudit a la consulta. El descobriment que estava ocultant el TM contribueix a incrementar la percepció negativa i els estereotips del personal sanitari vers aquestes persones.

2.

LA XARXA DE SALUT MENTAL

La xarxa assistencial de salut (XAS) compta amb una xarxa especialitzada en salut mental, constituïda per tots aquells serveis i dispositius encarregats d'assistir les persones que tenen una problemàtica de salut mental. La xarxa de salut mental (XSM) és l'encarregada de fer el tractament i la recuperació de les persones que en algun moment de la seva vida tenen un TM. És a dir, s'encarrega de donar cobertura i assistència especialitzada a les necessitats sociosanitàries vinculades a la salut mental.

La XSM, tot i estar connectada a la XAS, té una organització i funcionament diferenciat de la resta de serveis i dispositius de salut. Una persona amb una problemàtica de salut mental pot accedir directament als serveis de salut mental sense haver d'accedir prèviament a la resta de serveis de la XAS. En aquesta línia, quan la XAS detecta casos de persones amb problemàtiques de salut mental, tot i poder donar resposta a les casuístiques més lleus⁴, els deriva als serveis especialitzats en salut mental (a la XSM).

La XSM compta amb un conjunt de serveis i circuits assistencials propis organitzats per donar una resposta específica a les problemàtiques de salut mental. Aquests serveis i circuits poden compartir espai o ubicació amb altres serveis de la XAS com també poden estar ubicats en espais completament separats i independents.

Aquesta especialització dels serveis i els circuits assistencials orientats a l'atenció i el tractament dels trastorns mentals també es reflecteix en el saber i els perfils professionals que operen en la XSM. La psiquiatria és l'especialitat en medicina que administra i organitza el funcionament de la xarxa. En menor mesura, els sabers especialitzats en salut mental d'infermeria, psicologia, treball social i educació social esdevenen coautors de l'administració i organització de la XSM. Així mateix, les intervencions professionals orientades a l'atenció i el tractament de les problemàtiques de salut mental també estaran basades amb aquests sabers i coneixements específics.

4 El casos més lleus es poden tractar des del programa d'atenció primària.



P1: *Si tens la sort de tenir un bon psiquiatre i un bon psicòleg. Jo he tingut psiquiatres molt bons, al XXX. Vaig tenir una, una dels 16 i als 18 i em va anar molt bé, bueno 18 o 19. I després vaig estar amb el meu actual psiquiatre i estupendamente. De fet, faré un Erasmus d'aquí poc i en cap moment m'ha posat una limitació, de eh no ho facis, no. Quan ha vist tot el meu procés i que he tirat endavant i que cap problema, ho ha vist bé, així que no he tingut cap problema, de fet m'han donat suport en tot el que he fet i cap problema.*

P2: *Jo, ara, els meus psicòlegs sí que, és com una mica l'empenta que em donen i de dir, bueno si vols fer això. També em diuen en plan, rumia-ho, no en plan posar obstacles davant, sinó dient pensa-ho bé, i si realment vols fer-ho, endavant, intenta-ho, vull dir, lo pitjor que et passarà és que et fotràs una hòstia, però després pots continuar endavant, no és en plan...» (6.a)*

En termes generals, el conjunt de persones entrevistades assenyalen tenir una molt bona consideració del conjunt de professionals de la salut mental que les atenen. Consideren que gràcies a la seva ajuda elles han pogut entendre el trastorn mental i recuperar el seu projecte de vida.

Les persones comenten que quan les figures professionals esdevenen un referent que els reforça davant les adversitats que els planteja el TM i que el suport professional constitueix una peça clau en el seu acompanyament a l'hora de prendre decisions. La persona amb un

TM sent que els seus desitjos i decisions són escoltades i tingudes en compte.

Igualment, exposen que el saber psiquiàtric està incorporant progressivament l'experiència de la persona a l'hora de prescriure el tractament, la dosi i el tipus de fàrmac.

Les persones amb un TM valoren molt positivament, també, rebre suport quan han de prendre decisions difícils i no sentir-se jutjades quan han sofert entrebancs com a conseqüència d'aquestes decisions. Així, es valora positivament la tasca reflexiva i de valoració crítica que el professional els trasllada, atès que els permet pensar i repensar el projecte de vida i les decisions que es volen prendre. Es va construint, així, una relació de col·laboració que és molt ben valorada per part de les persones amb un TM.

Aquest treball conjunt entre el pacient i el professional permet que el tractament farmacològic incorpori l'experiència que en té la persona. La integració del saber psiquiàtric del professional i de la vivència del tractament de la persona va modulant el tractament.

Tot i que, en termes generals, la xarxa d'atenció en salut mental constitueix un pilar i una font de suport important per a les persones amb TM, no és un espai lliure de pràctiques de discriminació i estigma. A continuació es revisa la informació obtinguda en relació amb les pràctiques discriminatòries i l'estigma presents en els serveis de salut mental.

2.1 LA PERCEPCIÓ DELS SERVEIS DE SALUT MENTAL

Tal com s'ha explicat, la XSM és una xarxa autoorganitzada, independent de la resta de serveis assistencials de salut, en molts casos amb ubicacions pròpies i separades de la resta de serveis, que té com a objectiu l'atenció i el tractament de les problemàtiques de salut mental. Per aquest motiu, la percepció social de la salut mental, així com els estereotips i els prejudicis que hi estan associats es traslladen, per assimilació, als serveis i professionals de la salut mental.

EL DESCONEIXEMENT DE LA XARXA DE SALUT MENTAL I EL TRACTAMENT

« Jo me'n recordo que quan tenia algo així anava al metge, a pel meu metge de capçalera, però quan va passar una mica més el temps em van dir, em van passar amb un psiquiatre, perquè ja van notar que em passaven coses així i em van posar amb el psiquiatre. Però jo abans no ho sabia, quan anava al col·legi més jove, no, no sabia que hi havia puestos així. Bueno potser algun sí però no, no ho sabia que hi hagués aquestes ajudes, de jove.» (6.a)

L'existència dels serveis de la XSM i el coneixement dels tractaments que ofereixen són menys coneguts per la població en comparació amb la resta de serveis de la xarxa assistencial de salut. La majoria d'aquests serveis són desconeguts fins que no es fa necessari utilitzar-los o que en faci ús alguna persona propera (familiars o amics).

Mentre que, en termes generals, hi ha un ampli coneixement sobre els serveis assistencials de salut, les urgències o el metge de capçalera, l'existència, funcionament i estructura dels serveis de la xarxa de salut mental són molt més desconeguts per part de la població general.

L'IMAGINARI SOCIAL NEGATIU DELS SERVEIS DE SALUT MENTAL I DEL TRACTAMENT

« P6: Sí, nosaltres sí, però la gent aquesta imatge de les camises de força.

P9: Sí, sí, encara la tenen.

P6: De les cadenes, etc. parteix d'una base real.

P9: Sí, però de fa molts anys.

P6: No ho oblidem. Lo que passa que la gent no ha evolucionat i s'ha quedat amb aquella imatge, aquell cliché.» (6.a)

En connexió amb el fort desconeixement dels diferents serveis de salut mental i dels diferents tractaments que s'hi desenvolupen perviu, en l'imaginari social, una remarcable associació entre l'atenció en salut mental i un conjunt de clixés relacionats amb les institucions manicomials.

L'imaginari social sobre els serveis de salut mental segueix vinculant aquest àmbit sanitari amb algunes icones clàssiques com les reixes, els murs inexpugnables, les cadenes o les gàbies.

La vinculació entre els serveis de salut mental i les institucions manicomials contribueix que predomini una percepció social de l'atenció a la salut mental com un espai tancat, reclus i allunyat de la vida comunitària i social.

Així, el manicomi i la camisa de força esdevenen imatges encara presents entre la població general. L'imaginari

social del «boig» es representa a partir d'aquestes icones. D'una banda, el manicomi esdevé la institució representativa del lloc que li correspon al «boig». Un lloc d'aïllament, exclusió i tancament que no comporta cap expectativa d'integració social. De l'altra, la camisa de força esdevé l'objecte representatiu del tractament psiquiàtric.

Aquesta percepció tindria en la camisa de força una imatge força significativa, que evoca una mesura que busca contenir i immobilitzar físicament la persona, però que no té cap benefici terapèutic, ni respon a un tractament mèdic. La camisa de força no remet a un tractament orientat a la cura o la recuperació de la persona. Evoca els estereotips negatius socialment atribuïts a les persones amb TM: inestabilitat permanent, impredictibilitat, perillositat, agressivitat, cronicitat, extravagància, etc.

La vinculació que es fa entre els serveis de salut mental i aquesta imatge fa que, juntament amb els estereotips revisats en aquest estudi, entre la població general hi hagi un cert rebuig cap aquests serveis. Aquest imaginari social vers els serveis i el tractament en salut mental produeix un efecte d'evitació social. Anar als serveis de salut mental suposa enfrontar-se amb aquest imaginari social. Evidentment, és d'esperar que les persones que tenen aquesta percepció no vulguin tenir res a veure amb el que representen aquestes icones.

L'IMAGINARI SOCIAL I L'AUTOPERCEPCIÓ

«*P3: Yo no quería ir al psicólogo, yo con 13 años, que es cuando empecé, mi madre, después de una gorda me dijo que sí, que ves, me lleva y yo no quería ir. Digo yo no estoy loca, no quiero ir. Porque tenía 13 años y yo que no, que a mí no me pasa nada, y nada tuve que ir, ya hasta con 15 años que me dio el otro bajón, me dijo mi madre, o vas, o vas ¿sabes? Y ya me lo tomé diferente pero claro, al principio tienes miedo a que te etiqueten, a que te pongan, yo es lo que pensaba ¿sabes? Ya me van a etiquetar, ya me van a poner nombre, no sé qué, no sé cuánto, y claro, con 13 años pues no entiendes las cosas. Luego ya, cuándo empecé a ir con 15 años pues ya me lo tomé de otra manera, vi que me ayudaba, vi que iba allí y que me sentía a gusto, que me sentía, porque la verdad que la psicóloga que tuve fue muy buena. Pero vamos, que al principio, yo era muy reacia.» (6.a)*

Les persones professionals relaten que actualment es té una imatge menys estereotipada dels serveis de salut mental que dècades enrere. Tanmateix, a l'hora d'anar-hi, la persona s'haurà de confrontar amb aquest

imaginari social del «boig» o amb els diferents estereotips que s'atribueixen socialment a qui té un TM.

Les persones no es reconeixen a si mateixes en aquesta definició socialment predominant del TM. La distància entre l'autopercepció i l'imaginari social pot provocar que considerin que no han d'assistir als serveis de salut mental, ja que no se senten identificades amb les situacions que evoca la imatge social del TM. Els serveis de salut mental són percebuts, aleshores, com un servei dirigit a casos més greus, a casos que aconsegueixen els estereotips socialment atribuïts al «boig» o al TM.

En aquest sentit, l'adherència al tractament també es pot veure influenciada per aquesta distància, ja que s'entén que els tractaments prescrits pels serveis de salut mental s'adrecen a qui respon a les característiques socialment atribuïdes al TM, amb les quals les persones no se senten identificades. Això pot dificultar l'accés als serveis de salut mental i el seguiment dels tractaments, ja que la persona amb TM no es percep a si mateixa com a «boja».

LA DIFERENCIACIÓ DELS SERVEIS DE SALUT MENTAL

« Yo noto mucha diferencia entre el centro de salud mental y la unidad de rehabilitación. O sea, la gente va a unidad de rehabilitación era como que lo mandabas al infierno, o sea de las familias tenían un terror que había que trabajar mucho para que aceptaran el ingreso. Sin embargo yo sí que pienso que ha cambiado un poco el papel de los CSMA. Son ellos los que piden atención psicológica, y entran en el centro y están con normalidad. Claro, partiendo del contexto de una unidad de rehabilitación más cerrada, y que allí sí que es, bueno, un rechazo y un trabajo con las familias, que acepten ¿no? y que rompan un poquito esa imagen ¿no? de que venir aquí no significa ir al manicomio ¿no?» (6.d)

Un cop es té contacte amb els serveis de salut mental es comença a construir una percepció dels mateixos que es basa tant en l'imaginari social com en les experiències pròpies i compartides. Les persones amb un TM i el seu entorn comencen a distingir entre els diferents recursos i serveis de salut mental a partir de l'experiència en primera persona.

Tot i que el fet de conèixer de prop els serveis atenua la imatge negativa que se'n tenia abans, hi ha diferències destacables en la percepció que se'n té de cadascun. Els serveis de medi tancat segueixen tenint una imatge relativament negativa i vinculada a entorns «hermètics» i d'aïllament del pacient, mentre que els serveis comunitaris gaudeixen d'una percepció més favorable.

LA DESCONFIANÇA ENVERS EL TRACTAMENT

« Sí, jo el primer cop que hi vaig anar, va ser com una derrota, va ser en plan, estoy loco i la meva vida ja s'ha acabat. I també tenia en ment que els serveis no eren molt bons i un cop allà els meus dubtes es van confirmar.» (6.a)

Algunes de les persones amb un TM relaten tenir certa desconfiança amb la manera com es desenvolupa el tractament en la XSM.

En primer lloc, expressen tenir una certa desconfiança amb el tractament abans d'entrar en contacte amb la XSM. No es percep com res que pugui ajudar la persona. Es desconfia de la qualitat i dels resultats. Aquesta expectativa negativa del tractament està molt vinculada amb la percepció socialment negativa envers els serveis i recursos de salut mental.

En segon lloc, s'exposa desconfiança amb el tractament un cop ja s'està en contacte amb la XSM, un cop aquest ja s'ha iniciat. Algunes persones qüestionen el tipus de tractament que reben i les actuacions que se'n despreuen. Per exemple, es comenta que hi ha una preponderància cap al tractament estrictament farmacològic en detriment de l'atenció psicoterapèutica. Per aquest motiu, manifesten que seria convenient poder gaudir d'actuacions terapèutiques que puguin ajudar-les i que complementin l'abordatge químic.

Així mateix, les persones amb TM qüestionen el tracte que reben per part d'algunes figures professionals quan les actuacions tendeixen a ser massa assistencialistes o paternalistes, quan els atribueixen un rol excessivament passiu.

A l'apartat següent s'aprofundeix en alguns dels factors que generen aquest malestar en el tractament.

L'ETIQUETA DIAGNÒSTICA

P5: *La crisi... em va agafar una crisi depressiva al mig de la feina i me'n vaig haver d'anar. Vaig dir fins aquí he arribat i me'n vaig anar. Al cap de 5 dies estava ingressada per intent de suïcidi. Després vaig tornar a treballar, vaig estar 6 mesos de baixa. Em vaig autoimposar tornar a treballar, en contra del que em deia el psiquiatre. I bueno, però em sembla molt més interessant el fet de que... ara no sé què anava a dir, merda. Algo que deia ell, no?*

P8: *De que primer ets tu.*

P5: *Jo vaig passar aquesta depre, em van començar a diagnosticar enfermetats, TLP, em van diagnosticar, el trastorn de dèficit d'atenció, em van diagnosticar depressió. Va arribar un moment en què em van marejar tant, estava enfonsada. Perquè deia que vengua, que me echasen más, que tenia pa' todo i en aquell moment em vaig començar a autoetiquetar, és a dir, a mida que m'anaven fificant coses, m'anaven marcant, m'anava autocensurant jo, m'anava limitant jo. Em deia deixa, li deia a la psicòloga "deixa d'etiquetar-me perquè al final lo que faré és que em limito jo mateixa". Deixa de posar-me un nom o una enfermetat, sóc jo la XXX i sóc així i endavant les atxes i no vull que em diguin "ets això, ets això i ets això.» (3.a)*

El diagnòstic en salut mental esdevé un element que té un fort impacte en l'autopercepció de la persona. Mentre que el diagnòstic en la salut assistencial assenyalava algun aspecte del nostre organisme que presenta alguna deficiència, en l'àmbit de la salut mental el diagnòstic fa referència a aspectes del comportament o del pensament que presenten algun tipus d'alteració. El diagnòstic en salut mental té una important repercussió en la identitat de la persona, ja que remet a les qualitats i característiques que la defineixen.

Això fa que el diagnòstic en salut mental tendeixi a convertir-se, per a algunes amb TM, en una etiqueta que les defineix. Allò que els passa, allò que pot fer o no queda explicat per la seva etiqueta diagnòstica. L'etiqueta diagnòstica es converteix en un atribut de la persona.

Aquesta rellevància de l'etiqueta diagnòstica, així com els estereotips negatius que s'hi associen socialment poden portar la persona amb un TM a limitar-se i censurar-se a si mateixa, ja que incorpora aquests estereotips en la manera d'autopercebre's.

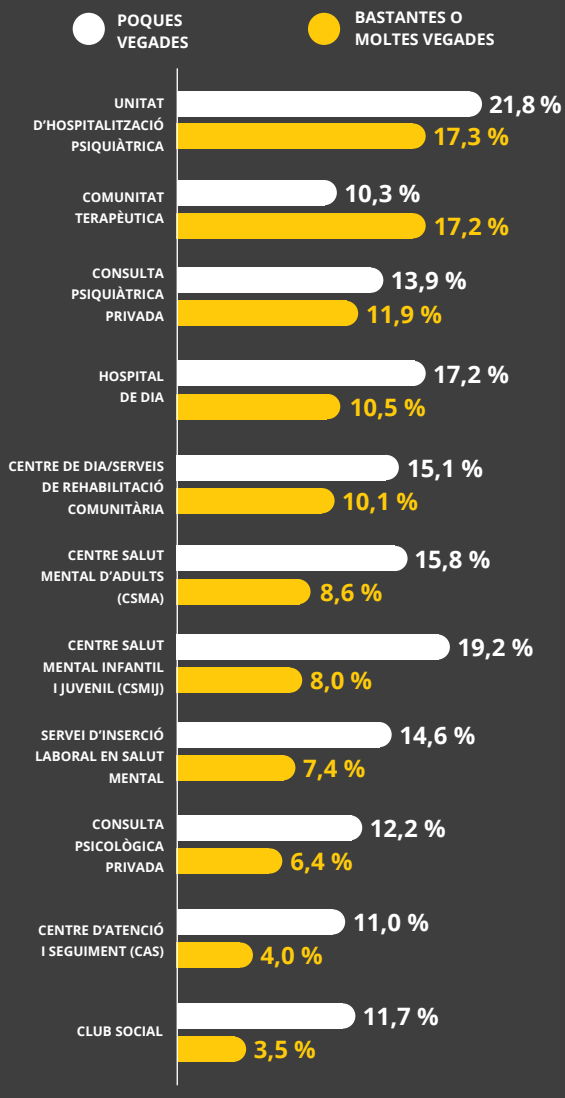
Les persones amb TM relaten que han de fer un gran esforç per trencar aquesta imatge d'elles mateixes basada en el diagnòstic. Aquest esforç també passa per reclamar i educar el seu entorn per tal que no els tractin exclusivament des del diagnòstic.

2.2 QUINES FORMES TENEN ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL DE RELACIONAR-SE AMB LES PERSONES AMB UN TM?

Aquest apartat se centra a analitzar aquelles pràctiques d'estigma i discriminació que es donen en la relació que estableix la persona amb un TM amb els serveis de la XSM. Es fa referència tant a la relació que s'estableix entre les persones amb un TM i les professionals de la salut mental, com a la influència que té l'estructura i l'organització de la XSM en el tipus d'atenció que reben les persones amb un TM.

GRÀFIC 6.3.

T'han tractat injustament en algun dels serveis següents pel fet de tenir un TM?



ELS SERVEIS EN
ELS QUALS S'HA
OBSERVAT UN
TRACTE INJUST
MÉS FREQUENT
SÓN LA UNITAT
D'HOSPITALITZACIÓ
PSIQUIÀTRICA (UHP)
I LA COMUNITAT
TERAPÈUTICA

El gràfic 6.3 aporta informació valuosa per conèixer fins a quin punt existeix tracte injust en els diferents serveis de salut mental de Catalunya.

Els serveis en els quals s'ha observat un tracte injust més freqüent són la unitat d'hospitalització psiquiàtrica (UHP) i la comunitat terapèutica. El 39 % de les persones que han passat per una UHP afirma haver patit tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió, i el 27,4 % en el cas de la comunitat terapèutica.

Si s'observen únicament aquells casos en què el tracte injust es dona bastantes o moltes vegades, és a dir, aquelles situacions on és més freqüent i reiterat, el 17,3 % afirma trobar-se en aquesta situació a les UHP i el 17,2 % a les comunitats terapèutiques. Les consultes psiquiàtriques privades (11,9 %), l'hospital de dia (10,5 %) i els centres de dia o serveis de rehabilitació comunitària (10,1 %) també presenten xifres notables pel que fa al tracte injust freqüent o molt freqüent.

S'ha trobat que les dones pateixen un tracte injust més pronunciat que els homes, a centres de dia, serveis de rehabilitació comunitària, hospitals de dia, serveis d'inserció laboral en salut mental i UHP. En tots aquests serveis les dones presenten prevalences de tracte injust

(haver patit aquest tracte en alguna ocasió) al voltant de 10 punts més que els homes.

Pel que fa als grups d'edat, les diferències més significatives les trobem, d'una banda, en els centres de salut mental d'adults —on el 31,5 % de les persones de 30 a 44 manifesten haver patit tracte injust en alguna ocasió, per un 19,3 % dels i les joves de menys de 30 anys—. De l'altra, a les UHP, les persones de 30 a 44 anys indiquen una presència més important de tracte injust (el 49,1 % indica haver-lo patit en alguna ocasió) mentre que les persones de menys de 30 anys presenten valors més baixos (33,8 %).

Generalment, el 40,6 % de les persones amb TM afirmen haver estat tractades injustament en alguna ocasió en almenys un servei de la xarxa de salut mental, i el 19,5 % bastant o molt freqüentment.

EL **40,6 %** DE LES PERSONES AMB TM AFIRMEN HAVER ESTAT TRACTADES INJUSTAMENT EN ALGUNA OCASIÓ EN ALMENYS UN SERVEI DE LA XARXA DE SALUT MENTAL

L'ASSISTENCIALISME I PATERNALISME

« Si ens queda alguna cosa, jo crec que ens queda més, la cosa paternalista, en todo caso. Que no deixa de ser un prejudici, perquè no els deixem créixer. I fem guettos, i tu vienes al centro, donde vienen los enfermos, y vienes a buscarme a mí, que soy quien tiene la verdad.» (6.c)

En alguns casos la relació terapèutica es basa en dues asimetries que determinen la relació amb la persona amb un TM. D'una banda, els professionals de la salut mental ocupen una posició de poder sostinguda pel saber mèdic. El coneixement de la figura professional adquireix un estatus de veritat incontrovertible. De l'altra, les persones amb un TM ocupen una posició d'inferioritat que ve determinada per les mancances que se'ls atribueixen a partir dels estereotips negatius.

L'assistencialisme i el paternalisme esdevenen, per tant, eixos de la relació terapèutica quan la posició de les figures professionals se sosté en aquesta doble asimetria.

En alguns casos, es justifica l'adopció d'aquest posicionament assistencialista perquè els objectius terapèutics són mantenir el marc d'estabilitat del pacient, evitar recaigudes clíniques i qualsevol mena de frustració o fracàs davant les decisions que pugui prendre en la seva vida. En altres, s'argumenta que algunes persones

amb TM presenten dificultats per regir-se adequadament i prendre decisions correctament, motiu pel qual és important que el professional exerceixi un paper de guia i orientador.

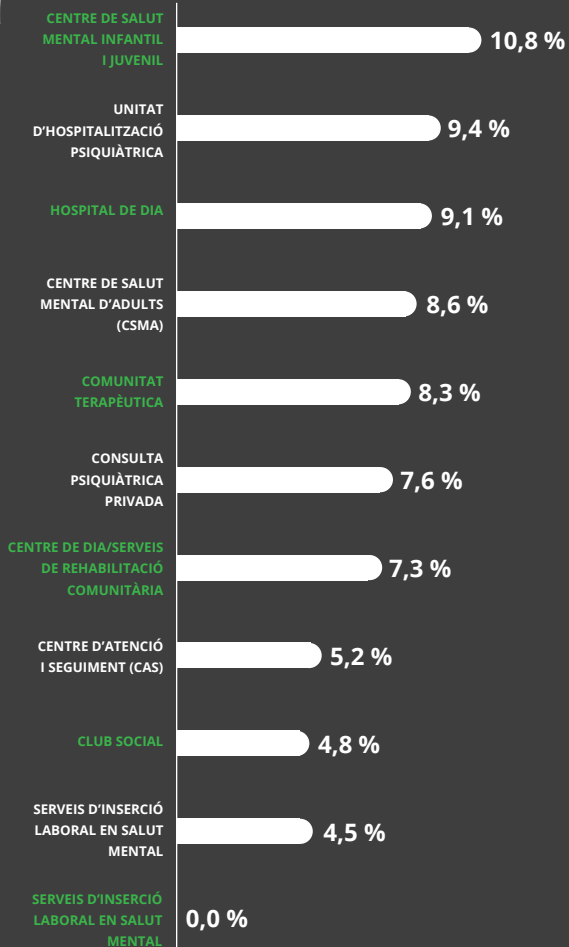
Sigui com sigui, algunes persones amb TM expressen el seu desacord quan el tracte rebut se centra en el manteniment del control i l'estabilitat, la qual cosa limita la seva capacitat per prendre decisions i assumir riscos. Així, si reben una atenció basada en actituds de condescendència, sobreprotecció o control, si perceben que la figura professional les tutoritza i administra la seva vida, senten que estan sent ateses com si el seu criteri personal no fos vàlid o fiable.

Aquest estil relacional adoptat per certs professionals, de caràcter assistencialista i paternalista, tendeix a predefinir en excés les opcions entre les quals pot escollir el pacient o, fins i tot, a assenyalar inequívocament què li convé i què no.

Quan la relació entre els professionals de la salut mental i la persona amb TM s'estructura en aquesta asimetria, sol anar acompanyada de l'assumpció que la persona és imprevisible, incapaç o dependent, la qual cosa es valora negativament per part de la persona amb TM.

GRÀFIC 6.4.

T'han sobreprotegit o controlat en els serveis següents pel fet de tenir un TM?



El gràfic 6.4 indica el percentatge de persones que ha viscut situacions de sobreprotecció o control en cada servei específic de salut mental. El CSMIJ és el servei on més es dona aquest tipus de tracte, com ara la condescendència, el tracte infantil o la intromissió, així, el 10,8 % de les persones que han estat vinculades en algun moment al CSMIJ afirmen haver-se trobat amb aquestes situacions. La unitat d'hospitalització psiquiàtrica (9,4 %), i l'hospital de dia (9,1 %) presenten realitats similars, on aproximadament 1 de cada 10 persones vinculades a cada servei ha patit aquestes situacions.

En termes agregats, un 18,3 % de les persones amb TM han experimentat sobreprotecció o control en algun dels serveis de la xarxa de salut mental.

L'ESTIGMA I LA DISCRIMINACIÓ ESTRUCTURAL

«*Todos los que estamos trabajando, o un porcentaje muy amplio seguro que tiene el deseo de ser cuidadoso y establecer una relación lo más humana posible. Pero el contexto a veces hace que nos mimeticemos. Y entonces ahí yo pienso que sí que nos despojamos absolutamente de esa humanidad. ¿Vale? A veces te ves envuelto en unas formas que sabes perfectamente que son inadecuadas.*» (6.d)

Si abans es parlava del tracte que rep la persona en la relació terapèutica, ara es fa referència a com es pre-disposa aquesta relació terapèutica des del disseny i l'organització dels serveis. Concretament es fa referència del que s'anomena *estigma estructural*.

Tal com mostra Corrigan, P. (2004) l'estigma estructural té a veure amb el conjunt de normes, procediments i polítiques d'entitats públiques o privades que restringeixen els drets i les oportunitats de les persones amb un trastorn mental. En el transcurs del present estudi s'han identificat algunes pràctiques de maltractament estructural.

El maltractament estructural pot provenir o bé dels protocols i la normativa del mateix centre o servei o bé en la cultura dels serveis, és a dir, de les dinàmiques històricament consolidades entre les figures professionals de l'organització.

Els protocols i les normatives són documents escrits que estipulen el reglament intern i d'intervenció que s'hi desenvoluparà. L'elaboració de les normatives i protocols recau sobre les entitats que gestionen els serveis i sobre alguns membres del personal.

« **P1:** *Y una de las cosas que queríamos cambiar era que en el momento de que el paciente llegaba se le despojaba, de alguna manera (risas), se le aislaba, y al cabo de una semana, más o menos, se salía de esa situación ¿no? Entonces esto era sí o sí. Entonces bueno, pues yo desde mi punto de vista era no o no. Pero bueno.*

E2: *Clar. ¿Que era estructural, quieres decir? Que es una cuestión estructural.*

P1: *Sí, estructural. Pero a veces no puedes cambiar las cosas.» (6.d)*

La normativa i protocols organitzen i administren les relacions que tenen lloc en el si de la institució o servei. S'organitza i administra tant l'activitat de la persona amb un TM com l'activitat de les figures professionals. La normativa i els protocols estableixen el que ha de ser la vida al centre o servei.

En alguns casos, aquestes normatives són molt restrictives. El conjunt de persones entrevistades, tant els professionals com els usuaris, manifesten que en alguns serveis els protocols que regulen el seu funcionament no són del tot adequats. Algunes de les situacions que s'esmenten són: tenir una regulació horària molt rígida, les estances en espais reduïts i les activitats obligatòries.

En general, s'exposa que aquelles directrius que minven el dret a la llibertat, a l'autonomia o a la intimitat de les persones són generadores de malestar. Aquest malestar és declarat tant per les persones amb TM que han tingut una experiència en primera persona en algun servei, com per part dels professionals que afirmen sentir-se incòmodes davant l'encàrrec institucional que impliquen protocols i normatives massa restrictives. En el cas dels professionals, aquest malestar pot fer emergir el conflicte entre aquest encàrrec institucional i el seu desacord ètic en relació amb el que es proposa en aquests protocols.

« El tema que tiene que ver con la imagen. El que todo el mundo tiene muy claro cuál, qué es lo adecuado, cuál tiene que ser la imagen ¿no? Tú, por ejemplo, no pasarías el filtro porque...

E2: No voy afeitado hoy.

(Risas)

P7: Sí. Entonces, eso de que todos los pacientes tienen que pasar diariamente por el afeitado, el que se deja el pelo un poco largo, no. El grupo, la dinámica, arrastra que todo el mundo tiene claro qué es lo correcto.»

(6.d)

Al marge d'aquelles actuacions que estan protocol·laritzades, el conjunt de persones entrevistades fa referència, també, a algunes pràctiques i formes de funcionament que no estan escrites, sinó que constitueixen la cultura del servei. Es tracta de formes de fer històricament consolidades a l'interior d'alguns serveis, que s'han anat consolidant per la seva reiteració. Són normes implícites que també poden regular el funcionament i les dinàmiques dels recursos.

Aquesta cultura es pot manifestar en pautes estètiques i higièniques: l'obligatorietat de dutxar-se diàriament, el temps que cada usuari disposa per dutxar-se, el tipus de pentinat, poder portar barba o no, la manera de vestir, etc. La regulació excessiva d'aquestes accions quotidianes pot constituir, també, una forma de maltractament institucional.

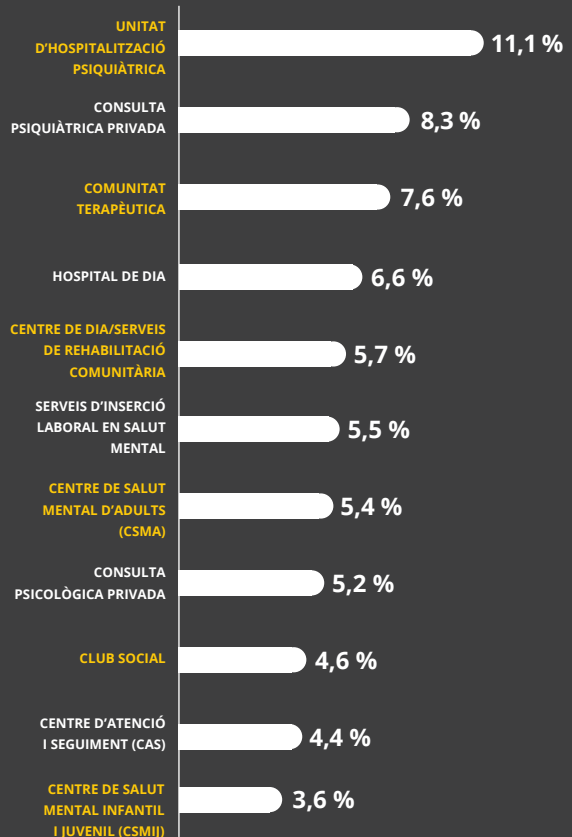
L'estigma estructural té un tret característic que el pot fer més difícil de detectar. Tant les persones amb un TM com les figures professionals acaben normalitzant les pràctiques estigmatitzadores i discriminatòries. Són pràctiques que no es qüestionen ja que estan completament integrades en la cultura del servei.

En alguns casos, les pràctiques estigmatitzadores i discriminatòries estan tan normalitzades que no són percebudes, resten invisibles en el disseny dels serveis, la seva arquitectura, les formes d'organització de la xarxa, les jerarquies i el funcionament dels equips professionals, etc. Aquestes formes de fer sedimenten en les pràctiques professionals fins a tal punt que es fa més difícil revisar-les i modificar-les. Aquestes pràctiques, encara que no estan formalitzades en documents, regulen igualment el funcionament i el tracte a les persones usuàries dels serveis de salut mental.

TRACTE INJUST O NEGATIU EN ELS SERVEIS I RECURSOS DE SALUT MENTAL

GRÀFIC 6.5.

TT'han tractat malament –burles, insults, coacció, culpabilització, menyspreu- en els serveis següents pel fet de tenir un TM?



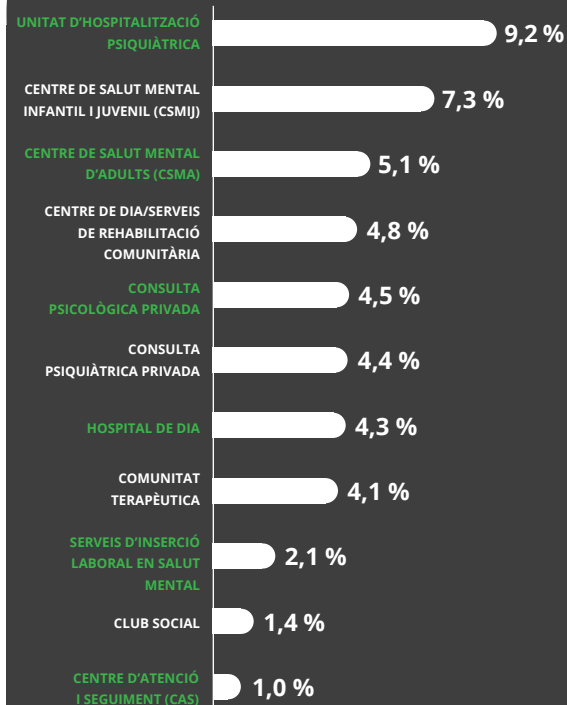
Per conèixer l'abast de les formes de tracte injust en els diferents serveis de salut mental s'ha incorporat una pregunta específica sobre aquesta qüestió per a cada servei. A tall d'introducció cal destacar que el 30,9 % de les persones amb TM manifesta haver patit alguna de les formes de discriminació (burles, insults i coacció; rebuig o distanciament; agressió física i/o sexual). A continuació s'exposen aquests resultats per a cada forma de discriminació i servei o institució.

El gràfic 6.5 indica el percentatge de persones que han patit burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu en cada un dels serveis. La UHP és el servei on més persones usuàries han patit aquestes situacions (11,1 %), a certa distància trobem la consulta psiquiàtrica privada (8,3 %), la comunitat terapèutica (7,6 %) i l'hospital de dia.

El 14 % de les persones amb TM assenyalen haver patit aquest tipus de situacions en algun d'aquests serveis.

GRÀFIC 6.6.

T'han evitat, rebutjat o s'han allunyat de tu en els serveis següents pel fet de tenir un TM?

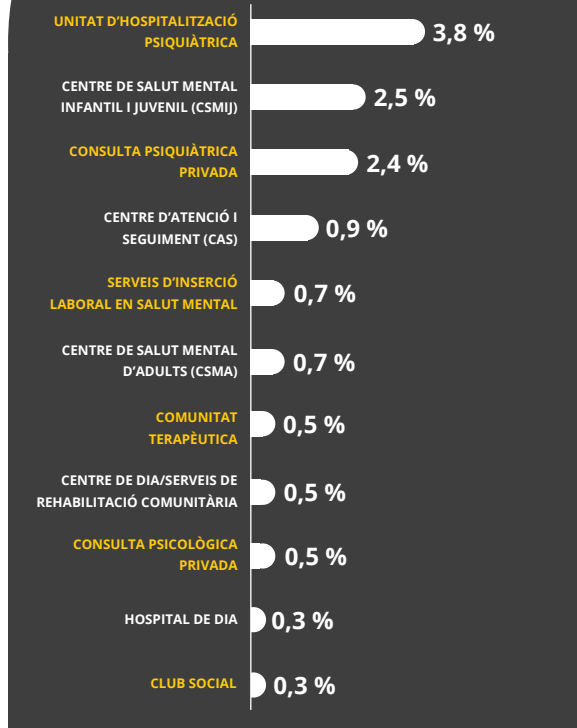


Pel que fa a les pràctiques d'evitació, rebuig o allunyament (gràfic 6.6), la UHP torna a ser l'espai que ocupa el primer lloc. El 9,2 % de persones usuàries d'aquest servei afirma haver patit aquestes situacions; en segon terme trobem el CSMIJ, amb el 7,3 % amb aquestes experiències de rebuig.

En termes generals, el 12,4 % de les persones amb TM ha viscut situacions d'evitació, rebuig o allunyament en algun servei vinculat a la xarxa de SM.

GRÀFIC 6.7.

T'han agredit físicament o sexualment en els serveis següents pel fet de tenir un TM?



Les agressions físiques o sexuals (gràfic 6.7) són poc freqüents, o fins i tot residuals, als serveis específics de SM. Amb l'excepció de la UHP (3,8 %), el CSMIJ (2,5 %) i la consulta psiquiàtrica privada (2,4 %), en la resta de serveis menys de l'1 % de les persones usuàries de cada servei ha patit aquestes situacions.

Com a dada agregada, de les persones que han estat vinculades a algun d'aquests serveis, el 3,9 % de les persones amb TM manifesta haver patit agressions físiques o sexuals.

2.3 LA INTROMISSIÓ

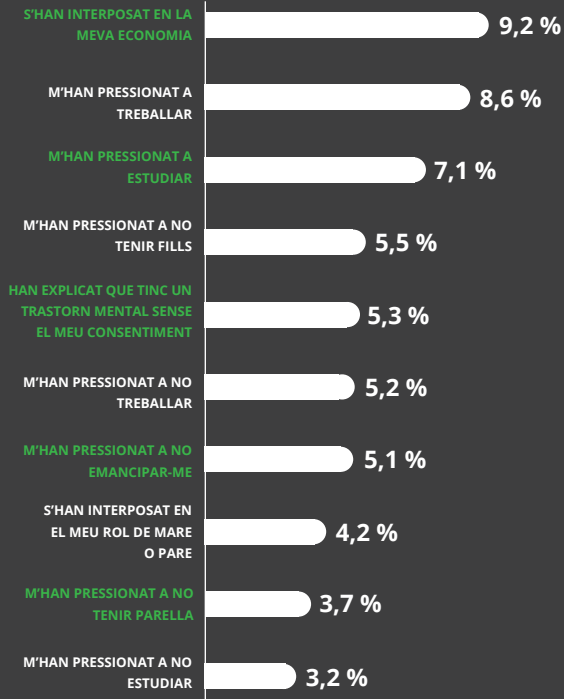


En aquest apartat ens centrarem en aquelles pràctiques que es poden donar per part dels professionals de la salut mental en què exerceixen una forta pressió en la regulació de diferents aspectes de la vida de les persones que atenen.

Vegem, en primer lloc, en quin grau consideren les persones amb TM que algun professional de la salut mental les ha pressionat a fer o deixar de fer diferents activitats.

GRÀFIC 6.8.

Has patit pressió o intromissió per part dels professionals de la xarxa de salut mental pel fet de tenir un TM?



Com reflecteix el gràfic 6.8, el 9,2 % de les persones amb TM afirmen que algun professional de la xarxa de salut mental s'ha interposat en la seva economia, el 8,6 % han rebut pressió per posar-se a treballar i el 7,2 % a estudiar. La resta de pràctiques d'intromissió o pressió presenten valors més baixos.

En termes agregats, una de cada quatre persones (24,4 %) ha patit almenys un tipus d'intromissió o pressió —dels indicats en el gràfic anterior— per part d'algun professional de la xarxa de salut mental.

«*No pots tindre fills. No has de tindre fills, no. Avortes. No pots tornar a treballar, no pots tornar a fer això. Lo que és la relació parella, fora. O sigui, que no pots.» (6.a).*

Algunes persones participants en els grups de discussió exposen certes pràctiques professionals consistents a suggerir o assenyalar encaridament allò que pot fer o no la persona amb TM, què li convé i què no. En ocasions, les persones amb un TM consideren que aquestes recomanacions són restrictives, fins a tal punt que els resten autonomia, independència i capacitat de decidir.

Quan aquestes recomanacions interfereixen en el projecte de vida que vol desenvolupar la persona amb TM, aleshores, es reben aquestes propostes de forma negativa. De la mateixa manera, si aquestes propostes es formulen imperativament, sense que es generi un diàleg, la percepció que en tenen és la d'estar patint una intromissió en la gestió de la seva vida. Un exemple que s'esmenta en el transcurs de les entrevistes és rebre la recomanació que no és convenient tenir relacions de parella. Segons expliquen, aquest tipus de consells de caràcter general, no tenen en compte les seves necessitats i desitjos. Així mateix, es valoren negativament les recomanacions que són de caràcter general i no tenen en compte la seva situació personal o de les seves circumstàncies.

Aquestes generalitzacions fan referència a la totalitat de la vida de la persona, independentment de l'evolució i progrés del TM. Així, si l'etiqueta diagnòstica es presenta com un fet perpetu i incapacitant, les persones amb TM reben aquestes explicacions com una condemna: la teva vida ha de ser així, des d'ara i per sempre.

Igualment, les persones amb TM fan referència a l'estil de negociació de la medicació i de la seva dosi adoptada pels professionals de salut mental. La persona amb un TM relata sentir que la seva experiència i els seus desitjos no són tinguts en compte a l'hora d'adaptar els requeriments del tractament. La persona amb un TM vol introduir canvis en el tractament per poder dur el seu projecte de vida i el seu estil de vida.

3.

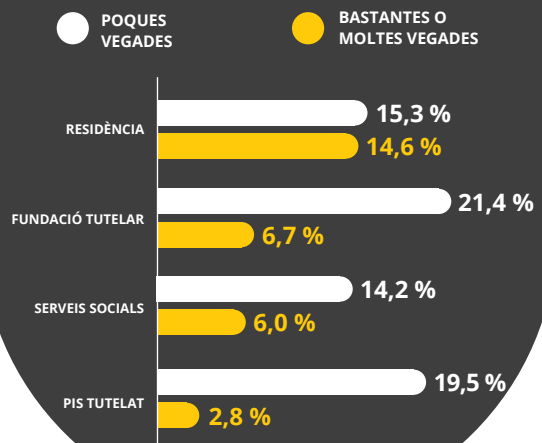
SERVEIS I RECURSOS

D'ATENCIÓ A LES PERSONES

En aquest últim apartat es recull la valoració que fan les persones amb un TM de les relacions que estableixen amb els serveis i recursos que ofereixen a l'atenció a les persones. Aquests recursos universalistes, no formen part específicament de l'àmbit de la salut mental però poden ser fonamentals per a la recuperació i creació del projecte de vida de la persona amb un TM. En aquest sentit, són serveis que garanteixen l'accés a recursos i drets bàsics per a la ciutadania. Seguint amb l'objectiu general de l'estudi, s'ha preguntat a les persones entrevistades si han patit pràctiques discriminatòries en cadascun dels següents serveis: Residències, fundacions tutelars, serveis socials i pisos tutelats. És convenient remarcar aquestes dades fan referència a les situacions viscudes en aquests serveis, ja sigui en la relació amb els professionals, o amb altres usuaris dels recursos.

GRÀFIC 6.9.

T'han tractat injustament en algun dels serveis següents pel fet de tenir un TM?



Dels serveis analitzats la residència és l'espai on apareixen més situacions de tracte injust. Quasi un terç de les persones que han viscut en una residència (29,9 %) ha patit aquest tracte injust en alguna ocasió, un 14,6 % moltes o bastants vegades.

En canvi, en la fundació tutelar (21,4 %) i els pisos tutelars (19,5 %) i en els serveis socials (14,2 %) es donen percentatges relativament elevats de situacions de maltractament de caràcter puntual (*poques vegades*). Aquests percentatges baixen molt si s'atén únicament a aquells casos en que aquestes situacions es donen amb bastant o molta freqüència: un 6,7 % en les Fundacions tutelars, un 2,8 % en els Pisos tutelats i un 6,0 % en els Serveis socials.

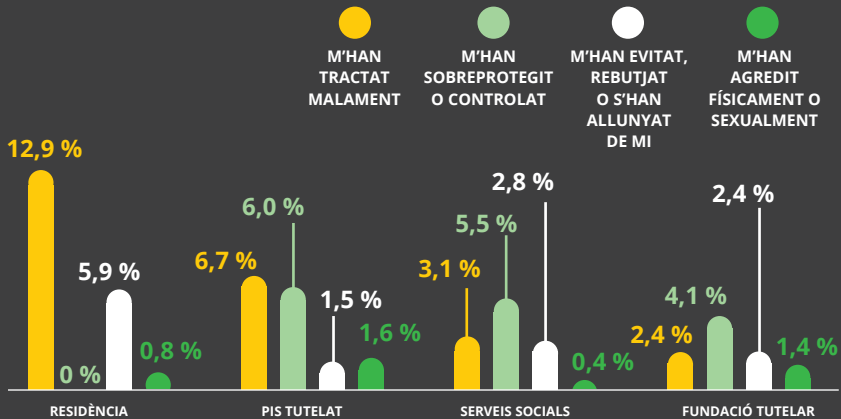
Pel que fa a les diferències observades segons la franja d'edat, mentre que un 11,1 % de les persones amb TM de menys de 30 anys ha patit un tracte injust bastant o molt freqüentment, només l'ha patit per un 3,8 % de les persones de 45 anys i més.

SITUACIONS ESPECÍFIQUES DE DISCRIMINACIÓ I MALTRACTAMENT

En la gràfica següent es concreta quines situacions de maltractament s'han experimentat en cadascun d'aquests serveis

GRÀFIC 6.10.

T'has trobat en alguna de les situacions següents pel fet de tenir un TM? (segons tipus de servei)



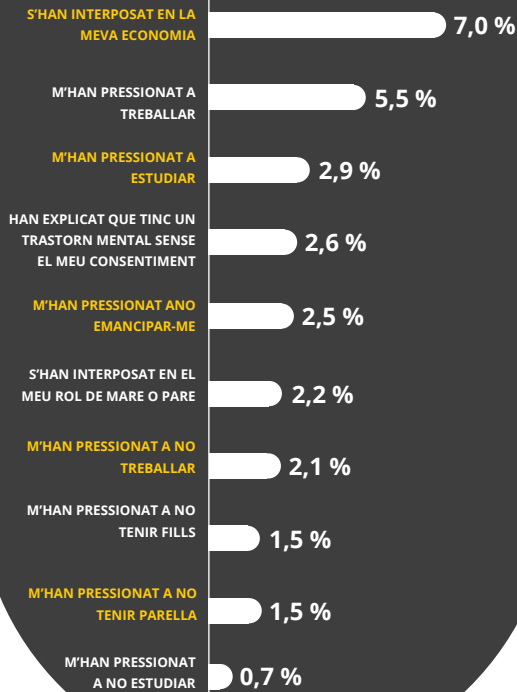
D'entre els espais analitzats en el gràfic 6.10, la residència és on més casos de burles, coacció, culpabilització o menyspreu es donen (sota l'epígraf "m'han tractat malament"). Un 12,9 % de les persones que han viscut a residències afirmen haver experimentat aquest tipus de situacions. També és en aquest context on més situacions d'evitació, rebuig i allunyament han viscut les persones amb TM (5,9 %). La sobreprotecció i el control mostren més presència en el pis tutelat (6 %) i en els serveis socials (5,5 %), tot i que són fenòmens amb baixa presència. Les agressions físiques o sexuals apareixen de manera residual en els 4 espais tractats.

LA PRESSIÓ I LA INTROMISSIÓ DELS SERVEIS SOCIALS EN LA VIDA DE LA PERSONA AMB TM

En el següent gràfic s'exposa la informació respecte a les situacions específiques d'intromissió i pressió que han patit les persones amb un TM per part dels professionals dels serveis socials.

GRÀFIC 6.11.

Has patit pressió o intromissió per parts dels professionals de la xarxa de serveis socials pel fet de tenir un TM?



L'economia de la persona amb TM és l'aspecte on els professionals dels Serveis Socials més s'entremeten (7 %). Cal destacar que aquesta intromissió afecta més a les persones amb TM de 45 anys i més (8,8 %) que al jovent (2,8 %).

Pel que fa a la pressió per treballar (5,5 %), els i les joves reben més pressió (11,2 %) que no pas les persones de 30 anys més (4,9 %). Paradoxalment, 7,5 % les persones joves amb TM també són les que més pressió reben per a no treballar, per un 1,5 % en les persones amb TM majors de 30 anys.

Com a dada resum, un 16,9 % de les persones amb TM que han anat als serveis socials ha patit com a mínim alguna situació de pressió o intromissió de les especificades al gràfic 6.11.

4.

CONCLUSIONS

LA XARXA ASSISTENCIAL DE SALUT

Els principals efectes de l'estigma i discriminació detectats en la xarxa assistencial de salut són:

1. Els estereotips sobre la salut mental poden interferir en la qualitat de l'atenció i el tractament que reben les persones amb un TM.

Aquests resultats concorden amb les recerques de Sartorius, (2002), Aydin *et al.* (2003), Schulze i Angermeyer (2003), Patel, (2004), Nordt *et al.* (2006), Grausgruber *et al.* (2007), Jones *et al.* (2008) i Mengod (2007)⁵.

2. Els principals estereotips negatius cap a les persones amb un trastorn mental que operen en la xarxa assistencial de salut no difereixen de l'imaginari social que es té sobre la salut mental. Aquests resultats concorden amb els estudis de Sartorius, (2002), Aydin *et al.* (2003), Magliano *et al.* (2004a), Patel (2004), Nordt *et al.* (2006) i Grausgruber *et al.* (2007)⁶.

3. Les persones amb un TM poden rebre una pitjor atenció quan els símptomes del malestar físic són interpretats com una mera conseqüència del TM.

Aquests resultats concorden amb la recerca de Schulze i Angermeyer (2003)⁷.

a. La persona amb un TM queda desacreditada quan l'explicació dels motius de la consulta són vistos com una conseqüència de la seva desconexió amb la realitat.

b. La persona amb un TM rep una atenció inadequada quan és exclusivament definida a partir del seu TM i la seva dolença orgànica és interpretada també com un efecte del TM.

c. La persona amb TM recorre a portar els familiars a la consulta per contrarestar aquests comportaments discriminatoris. En aquests casos, la persona familiar esdevé la referència que atorga valor de veritat al malestar de la persona amb un TM.

5 «De fet, quan una persona amb un diagnòstic psiquiàtric pateix una patologia física, la seva capacitat d'accedir als serveis sanitaris especialitzats i de rebre atenció eficaç i oportuna disminueix com a resultat de l'"estatut" de "malalt mental"»
Esmentat a Magliano, L. (2012).

6 «Les dades disponibles suggereixen que els professionals sanitaris no són immunes a compartir amb la gent comú estereotips i prejudicis referits a les persones amb esquizofrènia.»

7 «Aquestes creences es tradueixen en una escassa atenció dedicada pels metges als trastorns físics de què es queixen aquests pacients, amb tendència a interpretar els símptomes de patiment físic com a signes de patologia mental.»

4. Els estereotips negatius poden incidir en el tracte que reben les persones pel fet de tenir un TM.

- a.** El 26,1 % de persones amb un TM afirmen haver estat tractades injustament en alguna ocasió en els hospitals, i un 9,5 % bastant o molt freqüentment.
- b.** El 24,9 % de les persones amb un TM afirmen haver estat tractades injustament pel fet de tenir un TM en els centres d'atenció primària, i un 10 % considera que aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent al malestar de la persona amb un TM.

5. Les dones amb un TM pateixen més discriminació que els homes.

- a.** El 32,2 % de les dones ha patit un tracte injust en alguna ocasió a l'hospital, davant d'un 20,7 % els homes.
- b.** El 33 % de les dones amb un TM ha patit tracte injust en alguna ocasió en el centre d'atenció primària davant d'un 15,9 % els homes.

6. Les pràctiques concretes de pressió o intromissió a la vida de la persona amb TM per part dels professionals de la salut general són poc freqüents.

El 9 % de les persones amb TM han rebut algun tipus de pressió o intromissió per part dels professionals de la salut pel fet de tenir un TM⁸.

7. Les persones amb un TM poden rebre menys qualitat en el tractament assistencial de salut. Un 17,6 % de persones amb TM manifesta haver viscut alguna situació ja sigui de maltractament, o d'evitació i desatenció, de sobreprotecció i control, o bé d'agressió en el centre d'atenció primària o a l'hospital.

8. L'atenció a les necessitats especials de les persones amb un TM en el tractament sanitari depèn exclusivament de la sensibilitat de la figura o l'equip professional que l'atén. No hi ha protocols que estableixin l'adaptació del tractament sanitari a les necessitats especials de les persones amb un TM.

8

S'han interposat en la meua economia; M'han pressionat perquè no tingui fills; M'han pressionat perquè no tingui parella; M'han pressionat perquè no m'emancipi; M'han pressionat perquè treballi; M'han pressionat perquè no treballi; M'han pressionat perquè estudiï; M'han pressionat perquè no estudiï; S'han interposat en el meu rol de mare o pare; Han explicat que tinc un TM sense el meu consentiment.

LA XARXA DE SALUT MENTAL

Els principals efectes de l'estigma i discriminació detectats en la xarxa de salut mental són:

1. La percepció social dels serveis de salut mental està afectada pel tabú vers la salut mental. En **la majoria de casos, els serveis de salut mental no són coneguts per la població**. Els serveis de salut mental són coneguts quan es té un trastorn mental, quan una persona propera té un trastorn mental o bé quan es treballa en l'àmbit. Aquest resultat concorda amb l'estudi de Davis & Ford, (2004)⁹.
2. La percepció social dels serveis de salut mental està molt influïda per l'estigma i la discriminació. **Hi ha un imaginari social negatiu cap als serveis de salut mental i el seu tractament**.
3. La percepció social negativa cap als serveis de salut mental i el tractament fa que les persones amb males-tar psicològic o una possible trastorn mental no vagin als serveis per ser tractades. **Les persones no volen anar als serveis de salut mental perquè no volen ser etiquetades com a «boges»**. Aquests resultats concorden amb els estudis de Corrigan (2004b) i Keating & Robertons (2004)¹⁰.
4. La percepció social negativa cap als serveis de salut mental i el rebuig a ser etiquetades pot comportar que **les persones deixin el tractament, ja que no se senten reflectides ni identificades amb la imatge del «boig», present en l'imaginari social**.
5. Les persones amb un TM manifesten que en ocasions es rep un tracte injust en els serveis de la xarxa de salut mental pel fet de tenir un TM. **El 40,6 % de les persones amb TM afirmen haver estat tractades injustament en alguna ocasió** en almenys un servei

9 «La majoria de les persones entrevistades no va saber els serveis de salut mental que tenia disponibles fins que les seves condicions havien convertit en severes.»

10 «Moltes persones no busquen ajuda o minimitzen el contacte amb els serveis per evitar ser etiquetats com a malalts mentals.»

de la xarxa de salut mental, i un 19,5 % bastant o molt freqüentment.

a. El 39 % de les persones amb un TM que han passat per una unitat d'hospitalització psiquiàtrica afirma haver patit tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió. I, en un 17,3 % dels casos, aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent.

b. El 27,7 % de les persones amb un TM que han passat per un hospital de dia afirma haver rebut tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió. I, en un 10,5 % dels casos, aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent.

c. El 27,4 % de les persones amb un TM que han passat per una comunitat terapèutica afirma haver rebut tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió. I, en un 17,2 % dels casos, aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent.

d. El 25,8 % de les persones amb un TM que han passat per una consulta psiquiàtrica privada afirma haver patit tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió. I, en un 11,9 % dels casos, aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent.

e. El 25,2 % de les persones amb un TM que han passat per un centre de dia afirma haver patit tracte injust pel fet de tenir un TM en alguna ocasió. I, en un 10,1 % dels casos, aquest tracte ha estat bastant o molt freqüent.

f. Les dones amb TM pateixen un tracte injust més pronunciat que els homes en els centres de dia, els serveis de rehabilitació comunitària, els hospitals de dia, els serveis d'inserció laboral en salut mental i les unitats d'hospitalització psiquiàtrica.

g. El 49,1 % les persones amb TM de 30 a 44 anys indiquen que han patit tracte injust en alguna ocasió en les unitats d'hospitalització psiquiàtrica, mentre que les persones joves amb TM (de menys de 30 anys) ho indiquen en un 33,8 % dels casos.

h. El 31,5 % les persones amb TM de 30 a 44 anys indiquen que han patit tracte injust en alguna ocasió en el CSMA mentre que les persones joves amb TM ho indiquen en un 19,3 %.

6. La discriminació en la xarxa de salut mental pren principalment la forma d'assistencialisme i paternalisme.

La sobreprotecció, el control, la condescendència i la infantilització són les tipologies de tracte discriminatori de l'assistencialisme i paternalisme. El 18,3 % de les persones amb TM han experimentat sobreprotecció o control en algun dels serveis de la xarxa de salut mental.

a. El 10,8 % de les persones que han estat vinculades en algun moment al CSMIJ afirmen haver patit sobreprotecció o control.

b. El 9,4 % de les persones que han estat vinculades en algun moment a la unitat d'hospitalització psiquiàtrica afirmen haver patit sobreprotecció o control.

c. El 9,1 % de les persones que han estat vinculades en algun moment a l'hospital de dia afirmen haver patit sobreprotecció o control.

7. El 24,4 % de les persones amb un TM ha patit com a mínim algun tipus d'intromissió o pressió per part d'algun professional de la xarxa de salut mental.

8. L'assistencialisme i el paternalisme cap a les persones amb un trastorn mental generen un efecte de despersonalització. El trastorn mental es transforma en l'atribut més rellevant de la persona, per sobre de totes les seves capacitats. Aquests resultats coincideixen amb l'estudi de Corrigan (2005)¹¹. Per tant, l'assistencialisme i el paternalisme són comportaments que produeixen processos d'autoestigma que no ajuden a la recuperació de les persones amb un trastorn mental.

9. El 30,9 % de les persones amb TM manifesta haver patit alguna forma de discriminació en els serveis de la xarxa de salut mental (burles, insults coacció; rebuig o distanciament; agressió física i/o sexual)

10. El 14 % de les persones amb TM han experimentat burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu en algun dels serveis de la xarxa de salut mental.

LA DISCRIMINACIÓ
EN LA XARXA
DE SALUT
MENTAL PREN
PRINCIPALMENT
LA FORMA
D'ASSISTENCIALIS-
ME I PATERNALISME

11

«El tema central de la deshumanització que succeeix una vegada i una altra en les explicacions dels usuaris de serveis són: adreçar-se com si fossin infants, essent exclosos de les decisions importants, i l'assumpció per part dels professionals que els manca capacitat per ser responsables de la seva vida.» (Corrigan, 2005).

a. L'11,1 % de les persones que han estat vinculades en algun moment en una unitat d'hospitalització psiquiàtrica afirmen haver patit burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu.

b. El 8,3 % de les persones que han estat vinculades en algun moment en una comunitat terapèutica afirmen haver patit burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu.

c. El 7,6 % de les persones que han estat vinculades en algun moment en un hospital de dia afirmen haver patit burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu.

11. El 12,4 % de les persones amb TM han experimentat evitació i rebuig en algun dels serveis de la xarxa de salut mental.

a. El 9,2 % de les persones que han estat vinculades en algun moment en una unitat d'hospitalització psiquiàtrica afirmen haver patit evitació i rebuig.

b. El 7,3 % de les persones que han estat vinculades en algun moment al CSMIJ afirmen haver patit evitació i rebuig.

12. El 3,9 % de les persones amb TM han experimentat agressions físiques o sexuals en algun dels serveis de la xarxa de salut mental.

13. Aquelles directrius dels serveis de la xarxa de salut mental que minven el dret a la llibertat, a l'autonomia o a la intimitat de les persones són generadores de malestar. Aquest malestar és declarat tant per les persones amb TM que han tingut una experiència en primera persona en algun servei com per part dels professionals que afirmen sentir-se incòmodes davant l'encàrrec institucional que impliquen protocols i normatives massa restrictives.

14. L'estigma estructural es pot manifestar tant en la normativa i els protocols com en la cultura dels serveis.

- a. La normativa i els protocols organitzen i administren les relacions que tenen lloc en el si de la institució o servei.
- b. La cultura del servei són formes de fer històricament consolidades en l'interior d'alguns serveis que s'han anat consolidant per la seva reiteració. Són normes implícites que també poden regular el funcionament i les dinàmiques dels recursos.

15. L'estigma estructural té un tret característic que el pot fer més difícil de detectar. **Tant les persones amb un TM com les figures professionals acaben normalitzant les pràctiques estigmatitzadores i discriminatòries.** Són pràctiques que no es qüestionen, ja que estan completament integrades en la cultura del servei.

RESIDÈNCIES, FUNDACIONS TUTELARS, SERVEIS SOCIALS I PISOS TUTELATS

Els principals efectes de l'estigma i la discriminació detectats en residències, fundacions tutelars, serveis socials i pisos tutelats són:

- 1.** Les persones amb un TM afirmen haver viscut situacions de discriminació en les residències, fundacions tutelars, serveis socials i pisos tutelats.
 - a. El 29,9 % de les persones amb un TM que ha viscut en una residència ha patit tracte injust en alguna ocasió, i un 14,6 % l'ha patit moltes o bastantes vegades.
 - b. El 19,5 % de les persones amb un TM que ha en un Pis Tutelat ha patit tracte injust en alguna ocasió, i un 2,8 % l'ha patit moltes o bastantes vegades.
 - c. El 21,4 % de les persones amb un TM que ha estat vinculats a una fundació tutelar ha patit tracte injust en alguna ocasió, i un 6,7 % l'ha patit moltes o bastantes vegades.
 - d. El 6 % de les persones amb un TM que ha estat atès pels serveis socials ha patit tracte injust moltes o bas-

tantes vegades. L'11,1 % de les persones joves amb TM (de menys de 30 anys) ha patit un tracte injust bastant sovint o molt freqüentment.

2. El 16,9 % de les persones amb TM que han estat ateses pels serveis socials han patit al menys una situació de pressió o intromissió per part de les figures professionals.

a. El 7 % de les persones amb un TM afirma que els professionals dels serveis socials s'han interposat en la seva economia pel fet de tenir un TM. Principalment en les persones amb un TM de 45 anys o més (8,8 %).

b. L'11,2 % de les persones joves amb un TM (menors de 30 anys) han rebut pressió per treballar. Paradoxalment, també són les que han rebut més pressió per no treballar (7,5 %).

CRÈDITS



© L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016

DOCUMENT ESPECÍFIC SOBRE LA SALUT

Autoria:

**Aleix Causa, Marcel Balasch, Mireia Faucha,
Jon Casado.**

Spora Sinergies, SCCL.

Assessor científic:

**Miquel Domènech, Universitat Autònoma de
Barcelona.**

Coordinació i direcció:

Obertament i Spora Sinergies, SCCL.

Disseny estètic i maquetació:

Helena Olcina (Fàbrica Gràfika).

Correcció lingüística: **L'Apòstrof.**



Aquesta obra està subjecta a la llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 de Creative Commons. Si voleu veure una còpia d'aquesta llicència, accediu a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/> o envieu una carta sol·licitant-la a Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, Califòrnia, 94041, EUA.



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

**Obertament, Aliança catalana
de lluita contra l'estigma en salut mental**
obertament@obertament.org | 931 123 717
Ronda Sant Pere 28, entresol C, Barcelona



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

L'ESTIGMA I LA DISCRIMINACIÓ EN SALUT MENTAL A CATALUNYA 2016 és un estudi dut a terme per Obertament, la Universitat Autònoma de Barcelona i Spora Sinergies amb l'objectiu d'explorar i identificar els factors psicosocials que estan relacionats amb l'estigma i la discriminació que pateixen les persones amb un trastorn mental a Catalunya.

Explorar aquesta realitat i conèixer aquestes dades és fonamental per seguir lluitant contra l'estigma i la discriminació, i ajudar-nos a identificar el focus dels nostres esforços en els propers anys.

www.obertament.org

INFORME REALITZAT PER

Spora
Consultoria Social

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

AMB COL·LABORACIÓ DE

 Obra Social "la Caixa"

janssen 

 **Generalitat
de Catalunya**

 **Diputació
Barcelona**

 **Ajuntament de
Barcelona**


PER SOL·LICITAR
D'ALTRES FINES D'INTERÉS SOCIAL