

# LA REDUCCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

- INFORME DE RESULTADOS-

## ÍNDICE

Introducción: objetivos y metodología .....	3
RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS.....	4
ENTREVISTAS .....	4
COMITÉ DE EXPERTOS .....	5
Resultados del análisis documental .....	6
INTRODUCCIÓN .....	6
RESUMEN EJECUTIVO DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL.....	6
ANÁLISIS DOCUMENTAL .....	12
ANDALUCÍA .....	12
ARAGÓN .....	15
ASTURIAS .....	18
BALEARES .....	20
CANARIAS .....	21
CASTILLA-LA MANCHA .....	21
CASTILLA Y LEÓN .....	22
CATALUÑA.....	25
COMUNIDAD DE MADRID.....	28
COMUNIDAD VALENCIANA .....	28
EXTREMADURA .....	30
GALICIA .....	32
MURCIA .....	33
NAVARRA .....	34
LA RIOJA.....	34
PAÍS VASCO .....	35
Resultados del trabajo de campo .....	36
INTRODUCCIÓN .....	36
RESUMEN EJECUTIVO DEL TRABAJO DE CAMPO .....	36
ANDALUCÍA .....	45
ARAGÓN .....	55
ASTURIAS .....	60
BALEARES .....	67
CANARIAS .....	70
CANTABRIA .....	75
CASTILLA LA MANCHA.....	81
CASTILLA Y LEÓN .....	86
CATALUÑA.....	94
COMUNIDAD DE MADRID.....	101
COMUNIDAD VALENCIANA .....	109
EXTREMADURA .....	115
GALICIA .....	123
MURCIA .....	130
NAVARRA .....	137
LA RIOJA.....	143
PAÍS VASCO .....	150

## INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la lucha contra el estigma ocupa un lugar central. Más allá de la necesidad de que en el conjunto de la sociedad se operen los cambios necesarios para la progresiva integración de las personas con enfermedad mental, lo que no puede dejarse de lado es la superación del estigma dentro del Sistema Nacional de Salud.

En ese contexto se inscribe el estudio “LA REDUCCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA”, cuyo objetivo general es conocer y analizar el grado y la forma en que la atención sanitaria contribuye a eliminar el estigma a las personas con enfermedad mental y fomentar su integración. De forma más específica, este estudio pretende:

- ☐ Conocer e identificar:
  - ✦ La inclusión de la lucha contra el estigma en los planes y actuaciones de las Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas.
  - ✦ Los protocolos y procedimientos de los centros asistenciales en el caso de las personas con enfermedad mental grave.
- ☐ Determinar en qué grado la atención sanitaria a estos pacientes contribuye a eliminar el estigma y fomentar su integración.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se ha recurrido a dos tipos de técnicas complementarias:

- ☐ La entrevista personal semiestructurada, en la que, con un temario predeterminado y siempre abierto al discurso de cada entrevistado, se han planteado a los informantes diversas cuestiones, tanto referidas a la praxis como a las opiniones y actitudes. Se ha optado por esta técnica por ser la que permite recoger este tipo de datos con mayor riqueza que

otras técnicas de formato más limitado, dada, además, la dispersión geográfica de los entrevistados.

- ☐ La recopilación de documentos en los centros objeto de investigación (planes estratégicos, protocolos, procedimientos, guías, buenas prácticas, etc.) relacionados con la atención a las personas con enfermedad mental.
- ☐ El análisis de los resultados anteriores por parte de un comité de expertos convocado por FEAFES.

## **RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS**

La documentación analizada se ha recogido a través de dos vías. Por un lado, se han revisado exhaustivamente las páginas web de las distintas consejerías y servicios de salud, de donde se han extraído, fundamentalmente, los diferentes Planes de Salud y Planes de Salud Mental existentes.

Por otra parte, se ha solicitado a las personas entrevistadas los protocolos y procedimientos documentados que en los distintos centros asistenciales visitados pudieran existir relacionados con la atención a las personas con enfermedad mental.

También se ha contado con las aportaciones del profesor Luis Fernando Barrios, de la Universidad de Alicante, estudioso de los aspectos jurídicos que rodean las situaciones de internamiento.

## **ENTREVISTAS**

Se han mantenido entrevistas semiestructuradas, según el programa que figura en la página siguiente, con tres tipos de informantes:

- ☐ Técnicos responsables las consejerías de salud de cada una de las comunidades autónomas, que, en la mayoría de los casos, han formado parte del Comité Institucional de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

- Directores de centros de atención primaria, de ámbito urbano y rural.
- Directores y/o jefes de centros/unidades de Salud Mental.

El programa de entrevistas se resume en el siguiente cuadro.

### PROGRAMA DE ENTREVISTAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÉCNICO CONSEJERÍA	DIRECTOR CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECTOR CENTRO SALUD MENTAL	TOTAL ENTREVISTAS
Andalucía	1	1	6	8
Aragón	1	1	2	4
Asturias	1	2	1	4
Baleares		2	1	3
Canarias	1	2	2	5
Cantabria	1	2	1	4
Castilla-La Mancha	1	2	2	5
Castilla Y León	1	2	4	7
Cataluña	1	2	6	9
Extremadura	1	2	1	4
Galicia	1	2	4	7
Madrid	1	1	5	7
Murcia	1	2	1	4
Valencia	1	2	5	8
Navarra	1	2	1	4
La Rioja	1	2	1	4
País Vasco	1	2	4	7
Ceuta			1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>31</b>	<b>48</b>	<b>95</b>

La selección de los centros se ha llevado a cabo de forma aleatoria, y el factor disponibilidad de los informantes ha sido el que ha primado a la hora de citar y realizar cada una de las entrevistas.

### COMITÉ DE EXPERTOS

A la finalización del trabajo de campo FEAFES convocó un comité de expertos, de distintas disciplinas y con experiencia en Salud Mental y en la lucha contra el estigma, a quienes se les facilitaron el resumen ejecutivo del análisis documental y del trabajo de campo. Con esta información el comité de expertos, en una reunión, discutió los resultados, además de otros temas que el propio Comité estimó de interés sobre el objeto del estudio. Las reflexiones y conclusiones de los Expertos contribuirían por tanto a enriquecer el documento final.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL

### INTRODUCCIÓN

Se han recopilado y analizado cuarenta y cuatro documentos en todas las comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias (todas menos Ceuta y Melilla), a excepción de Cantabria. Con carácter general puede decirse que:

- ☐ La lucha contra el estigma no aparece de manera manifiesta como objetivo ni línea de actuación en ninguno de los planes de Salud Mental de los que disponemos, si bien **sí se tiene en cuenta en el desarrollo de determinadas líneas y acciones.**
- ☐ En los programas específicos de atención al trastorno mental grave de aplicación en centros de Salud Mental, **el estigma no constituye un elemento significativo de intervención.**
- ☐ Además, cabe destacar que en la mayor parte de los centros de Salud Mental, la existencia de protocolos documentados sólo se vincula a los **tratamientos farmacológicos.**

La tónica general en los centros de atención primaria es **la ausencia de protocolos y/o programas de atención referidos a trastornos mentales graves**, según manifiestan los responsables de estos centros que han sido entrevistados.

### RESUMEN EJECUTIVO DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL

En el cuadro siguiente figuran, para cada Comunidad Autónoma, los documentos recopilados. En cada uno de ellos se han identificado las referencias que pudieran existir en relación al estigma y el contexto en el que surgen, con independencia de que la propia existencia de protocolos suponga un valor en sí mismo.

PLANES		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO	ESTIGMA
ANDALUCÍA	<i>PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2003-2007.</i> CONSEJERÍA DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En Línea COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL CIUDADANO: sensibilizar a la población general (programas institucionales de lucha contra el estigma.</li> <li>- En Línea EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES, FAMILIARES Y GRUPOS DE AYUDA: impulsar un plan de comunicación y sensibilización a población y profesionales sanitarios.</li> <li>- En Línea FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES: mejorar el estudio sobre el estigma social.</li> </ul>
ARAGÓN	<i>PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.</i> CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES.	- En línea INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL: necesidad de promover campañas de sensibilización social y profesional
ASTURIAS	<i>REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL 2001-2003.</i> SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	- Ninguna referencia específica.
BALEARES	<i>ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES.</i> 2006. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO	- Ninguna referencia específica
CANARIAS	<i>PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008 "MÁS SALUD Y MEJORES SERVICIOS".</i> SERVICIO CANARIO DE SALUD	- Ninguna referencia específica
CASTILLA-LA MANCHA	PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010. Consejería de Sanidad.	- En línea ELABORAR ESTRATEGIAS GLOBALES PARA LA POMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA: promover campañas divulgativas.
CASTILLA-LEÓN	<i>ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN.</i> 2003. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En Línea REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDD MENTAL: HACIA UNA INTEGRACIÓN LABORAL PLENA: intervenciones de sensibilización social, apoyar al movimiento asociativo en su labor de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental.</li> </ul>

PLANES		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO	ESTIGMA
CATALUÑA	<i>PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. 2006-2010. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En Línea PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y LAS ADICCIONES: favorecer estrategias de lucha contra el estigma.</li> <li>- En Línea LA VOZ DE LOS AFECTADOS: MEJORAR SI IMPLICACIÓN Y ASEGURAR EL COMPROMISO DE LA RED CON SUS DERECHOS: protocolizar y evaluar prácticas sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas, favorecer la participación activa de los afectados como ciudadanos.</li> </ul>
COMUNIDAD VALENCIANA	<i>PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005-2009. CONSEJERÍA DE SANIDAD</i>	- Ninguna referencia específica.
EXTREMADURA	<i>PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA 2007-2012. "HACIA UNA SALUD MENTAL POSITIVA". DOCUMENTO DE PROPUESTA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO</i>	- En línea PROMOVER UN MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA: realizar campañas periódicas de concienciación social, Manual de Buena Práctica en el tratamiento de noticias e información de los medios de comunicación.
GALICIA	<i>PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011. CONSEJERÍA DE SANIDAD</i>	- En PROGRAMAS PREVENTIVOS: programa antiestigma de sensibilización social.
LA RIOJA	<i>PLAN DE SALUD MENTAL PARA LA RIOJA 2007. SERVICIO RIOJANO DE SALUD.</i>	- Ninguna referencia específica.
MADRID	PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2003-2008. Consejería de Sanidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL ÁREA SANITARIA: integración de la asistencia en Salud Mental en Atención Especializada.</li> <li>- En PROPUESTA DE COORDINACIÓN CON ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SINÉRGICAS: desarrollar acciones tendentes a adecuar la percepción de las enfermedades mentales por parte de la sociedad.</li> <li>- En PROPUESTAS PARA ABORDAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL: diseñar un Programa de Continuidad de Cuidados.</li> </ul>
MURCIA	<i>PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 1999-2001. PLAN DIRECTOR. CONSEJERÍA DE SANIDAD</i>	- Ninguna referencia específica.
NAVARRA	<i>PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2006-2012</i>	- Ninguna referencia específica.
PAÍS VASCO	<i>PLAN DE SALUD 2002-2010</i>	- En Área de ADULTOS Y SALUD MENTAL: desarrollar programas educativos junto con asociaciones y profesionales sanitarios
	<i>PLAN ESTRATÉGICO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2004-2008</i>	- Como base del modelo comunitario.



PROTOCOLOS Y OTROS DOCUMENTOS		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO	ESTIGMA
ANDALUCÍA	<i>PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2006</i> CONSEJERÍA DE SALUD	- Aparece como un aspecto a tener en cuenta dentro de las CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD de las intervenciones en psicoeducación familiar y servicio de apoyo al empleo.
ARAGÓN	<i>PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL. 2003. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL. SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La superación del estigma social como finalidad de la rehabilitación.</li> <li>- En Funciones de la Comisión de rehabilitación y reinserción de cada área: promover programas y acciones de sensibilización.</li> <li>- Como argumento de la necesidad de una Fundación para la inserción.</li> </ul>
	<i>PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2007. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I</i>	- Ninguna referencia específica.
ASTURIAS	<i>PROTOCOLO DE TRASLADO DE ENFERMOS MENTALES. ESPECIAL REFERENCIA A LOS CASOS DE FALTA DE COLABORACIÓN DE LOS MISMOS, O EN CONTRA DE SU VOLUNTAD. CENTRO DE SALUD MENTAL PEÑUELAS II.</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>TRATAMIENTOS DEPOT. SERVICIOS DE SALUD MENTAL</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>TRATAMIENTOS DEPOT CON RISPERDAL CONSTA. SERVICIOS DE SALUD MENTAL</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO ORAL DE LEPONEX. SERVICIOS DE SALUD MENTAL</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>CONTROL DE ENFERMERÍA PROTOCOLO DE LITIO. SERVICIOS DE SALUD MENTAL</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>ACTIVIDADES ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL. SERVICIOS DE SALUD MENTAL</i>	- Ninguna referencia específica.

PROTOCOLOS Y OTROS DOCUMENTOS		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO	ESTIGMA
BALEARES	<i>PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA INVOLUNTARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS ILLES BALEARS (REVISIÓN DE ABRIL DE 2001) CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO</i>	- Ninguna referencia específica
CANARIAS	<i>ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA SERVICIO CANARIO DE SALUD</i>	- Ninguna referencia específica
CASTILLA Y LEÓN	<i>PROGRAMA DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA. SUBPROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS. 2005. GERENCIA REGIONAL DE SALUD</i>	- Ninguna referencia específica
	<i>DERIVACIÓN A SALUD MENTAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE BURGOS.</i>	- Ninguna referencia específica
	<i>PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (GESTIÓN DE CASOS) EN LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA. CENTROS DE SALUD MENTAL DE VALLADOLID (CONSORCIO PSIQUIÁTRICO DR. VILLACIAN)</i>	- Ninguna referencia específica
CATALUÑA	<i>CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ENERO DE 2007. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS. 2003. SERVICIO CATALÁN DE SALUD.</i>	- Aparece como uno de los logros de la intervención terapéutica.
	<i>PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO (PSI). 2003. SERVICIO CATALÁN DE SALUD.</i>	- Plantea la recuperación del paciente como “un proyecto de vida que pasa por la superación del estigma de la enfermedad”.

PROTOCOLOS Y OTROS DOCUMENTOS		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO	ESTIGMA
COMUNIDAD VALENCIANA	<i>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>DIRECTRICES DE ACTUACIONES EN PACIENTES CON CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA, RETROSPECTIVA Y PROPUESTA DE REGULACIÓN. 2003. ÁREA DE DERECHO ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE.</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>SÍNTESIS DE LOS PROTOCOLOS RECOPIADOS. 2005. EVALUACIÓN EUROPEA DEL USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA.</i>	- Ninguna referencia específica.
LA RIOJA	<i>PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DOCUMENTO PARA PROFESIONALES. SERVICIO RIOJANO DE SALUD.</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>PROTOCOLO PACIENTE CON SUJECCIÓN MECÁNICA. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. CENTRO ASISTENCIAL REINA SOFÍA</i>	- Ninguna referencia específica.
MURCIA	<i>PROTOCOLO DERIVACIÓN HOSPITAL-ATENCIÓN AMBULATORIA</i>	- Ninguna referencia específica.
	<i>DOCUMENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD</i>	- Ninguna referencia específica.
NAVARRA	<i>PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2005. DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL</i>	- En Programa de Ocio y Tiempo Libre: trabajar, junto con las Asociaciones, en actividades de sensibilización.

## ANÁLISIS DOCUMENTAL

### ANDALUCÍA

#### PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2003-2007.

##### Consejería de Salud

El estigma, como tal, aparece señalado en distintos contextos.

En primer lugar, en el apartado dedicado al ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA, una de las *expectativas de los profesionales en relación a la atención a la Salud Mental prestada a adultos* es que "se trabaje en la normalización del estigma social del enfermo mental."

Además, dentro también de ese análisis de situación, el estigma se señala como una *oportunidad de mejora* en una propuesta relacionada con los trastornos mentales graves: "intervenciones generales y específicas contra el estigma social, que neutralicen las tendencias de exclusión social para este grupo de personas."

En la línea de acción COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL CIUDADANO, el estigma, de forma explícita, se menciona como uno de los factores que "imposibilita poder reconocer, aceptar y pedir auxilio cuando el trastorno mental se hace presente".

Desde estas premisas, en esta línea de acción se propone desarrollar en el período 2003-2007, las siguientes actuaciones desde las instituciones y los centros:

- Poner en marcha políticas activas de sensibilización en Salud Mental que incidan en el conjunto de la población y que vayan orientadas a erradicar la discriminación.
- Desarrollar campañas institucionales, organizar programas de lucha contra la estigmatización en todos los grupos de población e implicar los medios de

comunicación para difundir información objetiva sobre los problemas y las soluciones.

En el marco de esta línea de comunicación, eje central del Plan, se está desarrollando el programa *Uno por Cuatro*, campaña informativa dirigida tanto a la población general como a los profesionales de la sanidad.

En la línea de acción EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES: DE PACIENTES, DE FAMILIARES Y GUPOS DE AYUDA se destaca la contribución de tales organizaciones a la sensibilización de la sociedad acerca de los problemas que sufren –estigmatización, aislamiento–, y se proponen las siguientes acciones en el período 2003-2007:

- Se promoverá la participación de las asociaciones de familiares y allegados en el desarrollo de **grupos de mejora de los procesos asistenciales** relacionados con los trastornos mentales.
- Se continuará con el proceso iniciado de **búsqueda de expectativas** de los pacientes y sus familias, a través del desarrollo de grupos focales, que permita ir adaptando los objetivos de las intervenciones.
- Se impulsará junto a las asociaciones, un **plan de comunicación** y sensibilización de la población y los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Potenciar las **asociaciones independientes de pacientes**, como instrumento de garantías de sus derechos fundamentales.
- Estimular el **voluntariado social** comprometido con la ayuda a los enfermos mentales.

Por último, en la línea de acción FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES, el apartado de *Diplomatura de Trabajo Social*, se contempla, en las acciones 2006-2007, “mejorar el estudio de los cambios producidos en la representación social de la enfermedad mental. Estigma social”

## **PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: TRASTORNO MENTAL GRAVE.**

### **Consejería de Salud**

En su concepción, este documento se presenta como un **elemento esencial contra las tendencias asilares y de discriminación** de todos los destinatarios del proceso.

En su contenido, las referencias al estigma, aparecen como un aspecto a considerar dentro de las características de calidad de las siguientes intervenciones previstas en el plan individualizado de tratamiento:

- Psicoeducación familiar (en Intervenciones Psicológicas): evaluación sistemática de las características familiares, entre ellas la estigmatización.
- Servicio de orientación y apoyo al empleo (en Intervenciones de Apoyo Social): “la modalidad de intervención debe tener en cuenta una valoración realista del balance entre el apoyo que se espera poder aportar y las dificultades añadidas que, en bastantes ocasiones pueden suponer (especialmente en relación con el estigma social) intervenciones directas en el medio laboral”.

Por último, en la descripción de los instrumentos de apoyo a la evaluación, y, concretamente, en el Manual de Usuario Escala Honos, en el apartado dedicado a problemas de ocupación y actividades, a la hora de valorar globalmente la severidad de los problemas en relación con la calidad del entorno diario hay que “considerar factores como el estigma”.

## **PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales.**

La primera referencia al estigma se encuentra en la Justificación del Plan, en el planteamiento de la integración de “todos los recursos asistenciales en una única red que proporcione continuidad en el tratamiento y busque la inserción del paciente en su comunidad, evitando la marginación y el estigma que los enfermos mentales continúan sufriendo y que está en el origen de muchos de los actuales ingresos en los dispositivos de larga estancia y, también, en su perpetuación”

Por otra parte, en la Línea 7 del Plan, POLÍTICA DE CALIDAD, el estigma se contempla al incorporar la perspectiva del usuario en el diseño de los servicios y “extender el consentimiento informado en todos los niveles de decisión que afecten a la vida del enfermo. Incorporar dicha perspectiva permitirá establecer las necesidades no solo en el ámbito de los cuidados de Salud Mental y general, sino en las de orden más claramente social y en las que tienen que ver con el papel e imagen que de la enfermedad y los enfermos mentales se ha construido socialmente tras siglos de estigma y exclusión”.

La última referencia directa al estigma se da en la atribución de funciones al Coordinador de Salud Mental de cada Área de Salud (ya en el apartado correspondiente a la organización y funcionamiento de la red de Salud Mental): “Promover programas y acciones de sensibilización orientadas a la no estigmatización y educación del enfermo mental y de prevención de la enfermedad mental en la población de referencia”.

Aunque es cierto que el tema del estigma no se aborda de manera explícita ni directa, no se debe obviar que en la INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (línea 4 del Plan) se destaca la necesidad de promover campañas de sensibilización social y profesional que mejoren la información y el conocimiento de las dimensiones reales de la enfermedad mental, sus posibilidades de rehabilitación y el papel de la sociedad en el tratamiento y reinserción de los enfermos”.

## **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL. 2003. Plan Estratégico de Salud Mental. Servicio Aragonés de Salud**

El estigma queda plasmado en los siguientes contextos:

- ☐ Presentación: “El proceso de habilitar a las personas con enfermedad mental para evitar la discriminación y la estigmatización”.
- ☐ La justificación del programa: “La comunidad de pertenencia puede adoptar actitudes hacia la enfermedad mental que constituyen un vector de influencia hacia la estigmatización del enfermo mental grave”.
- ☐ Entre los problemas o dificultades de la necesidad de las personas afectadas por un Trastorno Mental Grave de derecho a la libertad, la intimidad y la protección jurídica: “Estigma en relación a la enfermedad mental y la marginación consecuente”.
- ☐ Dificultad en el derecho a la participación social: “Estigma social de la enfermedad”.
- ☐ Al describir la finalidad de la rehabilitación social: “Se trata de lograr un proyecto de vida que pasa por la superación del estigma de la enfermedad”.
- ☐ Niveles de identificación e intervención en la población destinataria de los programas de rehabilitación en los centros de Salud Mental comunitario: “Se realiza una secuencia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras de acuerdo a la evolución de los pacientes, con objeto de facilitar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la Salud Mental y evitar la estigmatización del enfermo mental grave”.
- ☐ Entre las Funciones de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área:
  - ✦ “Realizará acciones encaminadas a favorecer el asociacionismo de usuarios y familiares en el área de salud, en colaboración con entidades ya



presentes y con asociaciones locales así como la desestigmatización de la enfermedad mental, la educación y la difusión de la misma”

✦ “Promoverá programas y acciones de sensibilización orientadas a la desestigmatización, educación y prevención de la enfermedad mental”.

☐ Recomendaciones para atender la necesidad de participación social:

✦ “Crear espacios de participación reales de las personas con Trastorno Mental Grave en los dispositivos que les atienden.

✦ Carta de derechos y obligaciones en los Servicios de Salud Mental y en los dispositivos Socio-laborales.

✦ Información y sensibilización para evitar estigma (Sociedad Civil, Administración, Instituciones).

✦ Promover la colaboración entre los recursos de Salud Mental y las Instituciones de la Comunidad”

☐ Razones de la necesidad de una Fundación para la inserción: “El estigma social y la permanente inhibición de la sociedad en asumir la integración del Enfermo Mental Grave, la escasez y precariedad de las iniciativas de entidades privadas son razones determinantes de las más bajas tasas de inserción de este colectivo que puede ser calificado como el Paradigma de la Exclusión”.

## **PROCESO ASISTECIAL INTEGRADO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2007. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I**

Entre sus bases normativas, destaca la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la mayoría de cuyos preceptos se incluyen en los objetivos del proceso: “pretende mejorar la identificación precoz de los trastornos mentales graves, mejorar aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, la coordinación entre dispositivos y niveles asistenciales, y procurar procedimientos y actividades que favorezcan la inserción social y laboral de las personas con un trastorno mental grave”.

Entre esos principios del proceso se incluye la ACCESIBILIDAD “a los recursos y prestaciones sanitarias que contribuyan a su proceso de recuperación, rehabilitación y normalización en coordinación con los servicios sociales comunitarios para la atención de sus necesidades sociales derivadas de la enfermedad. Todo ello para favorecer el ejercicio de sus derechos con el fin de alcanzar la plena ciudadanía”

## **ASTURIAS**

### **PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL (2001-2003). Servicio de Salud del Principado de Asturias.**

Si bien no se constata ninguna referencia explícita al estigma, uno de los objetivos del Plan es la MEJOR PERCEPCIÓN Y MAYOR GRADO DE RESPONSABILIDAD DE LA SOCIEDAD Y SUS INSTITUCIONES EN LA PROMOCIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA SALUD MENTAL, con las siguientes acciones:

- Identificar y priorizar instituciones, servicios y organizaciones de relación preferente.
- Desarrollar líneas selectivas de participación ciudadana.
- Elaborar y desarrollar un plan de comunicación externa, al hilo del cual se contempla disminuir el número de noticias negativas en los medios de comunicación escritos y mejorar la utilización del lenguaje peyorativo sobre la enfermedad mental en los medios de comunicación.

### **REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL 2001-2003. LÍNEAS PREFERENTES DE ACTUACIÓN PARA EL PERÍODO 2005-2007: Servicio de Salud del Principado de Asturias**

La revisión viene motivada, entre otros factores, por la necesidad de adecuar el Plan a las estrategias europeas y a la, entonces todavía en proceso de definición, Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

No incluye ninguna referencia al estigma; tan sólo cabe destacar que una de las líneas preferentes de actuación es EVALUAR, REVISAR Y DEFINIR INTEGRALMENTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL TRATAMIENTO MENTAL SEVERO.

### **PROTOCOLO DE TRASLADO DE ENFERMOS MENTALES. ESPECIAL REFERENCIA A LOS CASOS DE FALTA DE COLABORACIÓN DE LOS MISMOS, O EN CONTRA DE SU VOLUNTAD. Centro de Salud Mental Peñuelas II.**

Destaca que la premisa básica es considerar la enfermedad mental como un problema que requiere un abordaje sanitario como el que pudiera requerir cualquier otra patología, aspecto en el que se insiste a lo largo de todo el documento.

Define las funciones y responsabilidades de cada una de las estructuras que intervienen o pueden intervenir en el traslado y propone un programa formativo a dichos profesionales, con el fin de incrementar tanto su conocimiento como su sensibilización.

### **TRATAMIENTOS DEPOT. SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Describe la justificación, las líneas generales de actuación y el seguimiento en los tratamientos.

### **TRATAMIENTOS DEPOT CON RISPERDAL CONSTA. SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Además de describir las precauciones para su conservación, se plasma el calendario de analíticas de sangre.

### **PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO ORAL DE LEPONEX. SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Se advierte que se enmarca en las líneas generales del protocolo de enfermería y los riesgos que hay que minimizar en su administración.

## **CONTROL DE ENFERMERÍA PROTOCOLO DE LITIO. SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Es una ficha diseñada para dejar constancia de la dosis, la litemia, el peso y otros indicadores, además de las incidencias que se pueden presentar.

### **ACTIVIDADES ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL. SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Describe el trabajo diario del equipo de enfermería: inicio, recogida de la demanda, pautas para citas, consultas retornos, reuniones de equipo de área, consultas de enfermería, apoyo a terapeutas, contacto con atención primaria, actividades específicas, visitas a domicilio...

## ***BALEARES***

### **ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES. 2006**

#### **Consejería de Salud y Consumo**

En su línea estratégica 7, REALIZAR Y DESARROLLAR UN PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, se plantea como objetivo “evitar la estigmatización y lograr su integración social normalizada en la comunidad. Además, se deja constancia de que “Etiquetas como “enfermos” o “enfermos mentales” mantienen los estigmas clásicos”.

### **PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA LA ASITENCIA SANITARIA INVOLUNTARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS ILLES BALEARS (REVISIÓN DE ABRIL DE 2001) CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO**

No contiene ninguna referencia al estigma.

## **CANARIAS**

### **PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008 “MÁS SALUD Y MEJORES SERVICIOS”. Servicio Canario de Salud**

Si bien la Salud Mental se contempla entre los problemas de salud prioritarios de la Comunidad Autónoma, no existe ninguna referencia al estigma, ni directa ni indirecta. Tan sólo cabe destacar que, entre los objetivos de este Plan de Salud, figura el de “mejorar la atención específica mediante programas para la atención sociosanitaria de personas con enfermedad mental de larga duración”

#### ***ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA SERVICIO CANARIO DE SALUD***

No contiene ninguna referencia al estigma.

## **CASTILLA-LA MANCHA**

### **PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010. Consejería de Sanidad.**

Ya en la propia INTRODUCCIÓN se destaca “el esfuerzo para lograr que cada día que pasa los enfermos mentales sean cada vez más iguales al resto de enfermos de nuestro sistema sanitario en el trato y la asistencia que reciben, tras siglos de aislamiento social y de encierro en manicomios y hospitales psiquiátricos, estigmatizados como pacientes peligrosos e irrecuperables para la sociedad”, con una red asistencial que “apueste por un enfoque asistencial comunitario y la integración sociolaboral de este colectivo, que destierre de manera definitiva el estigma social que persigue al enfermo mental”.

En la descripción del MARCO NORMATIVO se señala la Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, celebrada en Atenas en 2003, en tanto “pone de relieve la importancia de combatir la estigmatización para mejorar la Salud Mental y reconoce la importancia de fomentar una

actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra la discriminación y la estigmatización”.

En el Análisis de la Situación de la Salud Mental en Castilla-La Mancha, en el apartado correspondiente a NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y DE SUS CUIDADORES se señala que “la sociedad española ha avanzado y se ha reducido el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad mental, a los enfermos y a sus familias, aunque los informantes concluyen que se deben seguir haciendo esfuerzos en esta dirección, y se reflexiona sobre la insistencia y el abuso de mensajes sobre hechos dramáticos llevados a cabo por personas con trastorno mental, que no son facilitadores de actitudes más constructivas hacia las personas que padecen estos problemas de salud”.

En la LÍNEA DE ACCIÓN 2, ELABORAR ESTRATEGIAS GLOBALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS ESTAPAS DE LA VIDA, se plantea promover campañas divulgativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental, implicando a todas las instituciones.

Como indicador de esta línea enmarcada en el OBJETIVO 2: PROMOVER EL BIENESTAR MENTAL DE LOS CIUDADANOS Y POTENCIAR LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNO MENTALES: número de campañas divulgativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental.

## **CASTILLA Y LEÓN**

### **ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN. 2003. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL**

Uno de los PRINCIPIOS RECTORES del Plan es “la necesidad de superar la estigmatización de las personas afectadas”.

En la línea estratégica 4, REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL: HACIA UNA INTEGRACIÓN LABORAL PLENA, se incorpora el tema del estigma en los siguientes términos:

“La Organización de Naciones Unidas, a través de la Comisión para el Desarrollo Social, ha puesto de manifiesto que la población con enfermedad mental padece con frecuencia rechazo y exclusión social, fenómeno que se conoce habitualmente con el nombre de “estigmatización” de las personas con enfermedad mental. Este rechazo constituye, sin duda, una limitación importante para la rehabilitación e integración de las personas que padecen enfermedades mentales, con consecuencias negativas tanto para el paciente como para la familia. Además, el estigma asociado al padecimiento de un trastorno mental, incluso cuando éste es leve, constituye una barrera psicológica importante para el acceso a las redes generales de recursos sanitarios y sociales. Todo ello facilita que el paciente se vea conducido a una situación de aislamiento, falta de autoestima y desesperanza que le puede llevar a una pérdida de su propia dignidad. La importancia del tema ha llevado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a destacar que uno de los principales objetivos en Salud Mental debe ser el apoyo a la formación e implementación de una reestructuración psiquiátrica dirigida hacia la desestigmatización del enfermo mental y la protección de los derechos humanos. Por todo ello, las Administraciones Públicas deben impulsar la realización de actuaciones de sensibilización dirigidas a modificar las actitudes y comportamientos de la población en relación con las enfermedades mentales. Es necesario crear una conciencia social solidaria y de colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social de las personas que padecen enfermedades mentales, como medida básica para la efectividad de sus derechos. En esta labor, el movimiento asociativo desempeña un papel fundamental.

Por ello, el apoyo económico y técnico que se ha venido produciendo por parte de la Administración hacia este movimiento asociativo, debe mantenerse y configurarse en un marco de estabilidad como objetivo asociado a la modificación de la percepción de la sociedad respecto de las personas con enfermedad mental y al mejor cumplimiento de sus derechos como personas y como usuarios de los distintos servicios a ellos dirigidos”.

El Plan contempla, en este ámbito asociativo, las siguientes ACTIVIDADES:

- Realizar intervenciones de sensibilización social sobre las potencialidades de las personas con enfermedad mental, tanto en población general como en el ámbito escolar.
- Apoyar al movimiento asociativo en su labor de información a los usuarios, de participación del sector y de protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales.
- Impulsar el funcionamiento de la Fundación Tutelar de Personas con Enfermedad Mental.
- Desarrollar y favorecer el conocimiento de los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.

#### **PROGRAMA DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA.**

##### **SUBPROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS. 2005. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León**

Aunque no hace mención explícita al estigma, el objetivo final de este programa es garantizar “la continuidad y persistencia de las intervenciones de rehabilitación y apoyo social durante todo el proceso asistencial, incrementando con ello la probabilidad de mantener a la persona en su entorno comunitario”.

##### **PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (GESTIÓN DE CASOS) EN LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA. Centros de Salud Mental de Valladolid (Consortio Psiquiátrico Dr. Villacian)**

No incluye ninguna referencia al estigma

##### **DERIVACIÓN A SALUD MENTAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS. Servicio de Psiquiatría de Burgos.**

Se trata de una “sugerencia de trabajo” en la que se proponen derivaciones según distintas situaciones. No incluye ninguna referencia al estigma.



## **PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. 2006-2010. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA**

En la PRESENTACIÓN DE LA CONSEJERA se hace referencia a la Declaración de Helsinki y como esta Declaración señala el enfoque de los problemas de Salud Mental “con una perspectiva integradora que enfatice el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y la discriminación”.

“La erradicación del estigma y la discriminación” figura como un plan de acción en la DESCRIPCIÓN DEL MODELO que propone el Plan, y se destaca “la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental” como uno de los ejes clave en la PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA de la Salud Mental.

En el ANÁLISIS DE SITUACIÓN, en el apartado correspondiente a la utilización de los servicios, se señala que “en los cuadros graves, la estigmatización asociada a la enfermedad mental y las adicciones puede tener un papel relevante en la ocultación por parte del paciente y la familia ante el entorno”.

En el análisis DAFO consta “el estigma cultural y social hacia la enfermedad mental y las drogodependencias” como una de las amenazas del entorno que afecta tanto a pacientes y familiares de la población infantil (de 0 a 12 años) como a la población adulta (de 19 a 64). Además, en este último grupo el estigma aparece como una de las debilidades internas de carácter cultural.

A parte de las referencias introductorias al estigma, y ya con un carácter más operativo, el Plan incluye los siguientes aspectos:

- En la línea estratégica PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y LAS ADICCIONES:

☐ Favorecer estrategias de lucha contra el estigma:

- ✦ Sensibilización en los medios de comunicación, servicios comunitarios y las administraciones locales: consensuar una guía de actuación con los medios de comunicación

- ✦ Proyecto de sensibilización educativa en los centros de secundaria (Programa Salud y Escuela): elaborar un programa de sensibilización educativa, hacer una experiencia piloto y evaluarla.

- En la línea estratégica LA VOZ DE LOS AFECTADOS: MEJORAR SU IMPLICACIÓN Y ASEGURAR EL COMPROMISO DE LA RED CON SUS DERECHOS:

- Promover un sistema de atención y unos servicios respetuosos con la autonomía de las personas, responsables en relación a sus necesidades y cuidadosos con sus derechos y responsabilidades:
- ✦ Protocolizar y evaluar las prácticas sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en los servicios de hospitalización:
  - ✓ Actualización e implementación de la guía sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en psiquiatría (Comité de Bioética de Cataluña).
  - ✓ Encuesta periódica a centros, profesionales y usuarios sobre el uso de medidas restrictivas.
  - ✓ Implantar criterios e indicadores de calidad sobre prácticas restrictivas.
- Favorecer la participación activa de los afectados como ciudadanos:
- ✦ Asegurar la participación de los usuarios: pacientes, familias, comunidad:
  - ✓ Implicación en el proceso terapéutico de las personas con patología grave (programas psicoeducativos).
  - ✓ Definir y avanzar en los espacios de participación activa de las organizaciones de familiares y usuarios en la planificación y ejecución de los servicios en el territorio (acceso a la información sobre calidad, actividades, indicadores de los servicios y participación en planes de mejora).

## **CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ENERO DE 2007. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA**

Entre otros objetivos, plantea una atención basada en las necesidades de salud del paciente, no en las necesidades de los servicios, y con la voluntad de dar una respuesta no fragmentada.

En el apartado correspondiente a la colaboración y cooperación para la atención integral de los pacientes más graves, se señala la participación de los equipos de atención primaria en el reconocimiento inicial y en el seguimiento de los pacientes con más riesgo de abandonar el tratamiento. La idea es que el equipo de atención primaria sea la referencia del paciente en todos los problemas de salud que pueda presentar.

### **PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS. 2003. Servicio Catalán de Salud.**

Se señala que, la intervención terapéutica deberá obtener, entre otros logros, la mejora de la integración social de los pacientes con trastornos mentales severos.

### **PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO (PSI). 2003. SERVICIO CATALÁN DE SALUD.**

Entre sus objetivos está el de “mejorar la educación para la salud y, en general, las actitudes de la comunidad respecto a los enfermos mentales” y plantea la recuperación del paciente como “un proyecto de vida que pasa por la superación del estigma de la enfermedad”.

## **COMUNIDAD DE MADRID**

### **PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2003-2008.**

#### **Consejería de Sanidad.**

Se hace referencia, tanto directa como indirecta al estigma, en estos tres puntos:

- ☐ En la ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL ÁREA SANITARIA “Lograr la integración total de la asistencia en Salud Mental en las estructuras sanitarias, preferentemente de Atención Especializada, evitando la estigmatización de los usuarios de Salud Mental”.
- ☐ En la PROPUESTA DE COORDINACIÓN CON ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SINÉRGICAS “Se desarrollarán acciones tendentes a adecuar la percepción de las enfermedades mentales por parte la sociedad, con la finalidad de disminuir la estigmatización de estos enfermos y favorecer su integración”.
- ☐ En PROPUESTAS PARA ABORDAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL “Se estima necesario diseñar un Programa de Continuidad de Cuidados y adherencia al tratamiento para estos colectivos”.

## **COMUNIDAD VALENCIANA**

### **PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005-2009. Consejería de Sanidad**

No hay referencia alguna al estigma, ni tan siquiera a los trastornos mentales graves en el apartado dedicado a GANANCIA EN SALUD MENTAL, cuyos objetivos son

- disminuir la prevalencia de los problemas de Salud Mental en la población;
- prestar atención adecuada al enfermo mental y fomentar su reinserción laboral, ocupacional y social.

## **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN**

Describe los diferentes tipos de contención a seguir “ante un paciente que presenta agitación psicomotriz, conductas violentas o conductas de riesgo para él o para el resto de personas que se encuentran en esos momentos en la sala, ya sean pacientes o personal sanitario, el primer objetivo es la contención, con la finalidad de minimizar riesgos”.

No incluye ninguna referencia al estigma.

## **PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR**

Indica el procedimiento farmacológico a seguir, bien sea en el caso de una depresión bipolar o de una manía aguda. No incluye ninguna referencia al estigma.

## **DIRECTRICES DE ACTUACIONES EN PACIENTES CON CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD**

Se refiere a pacientes con diversas conductas problemáticas, cuyo nexo común es el de ingresar en la Sala de Psiquiatría, y señala las pautas informativas a seguir cuando el ingreso es inevitable. No incluye ninguna referencia al estigma

## **USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA, RETROSPECTIVA Y PROPUESTA DE REGULACIÓN. 2003. ÁREA DE DERECHO ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE.**

Se enmarca en el proyecto EUNOMIA, cuyo objetivo es analizar la realidad práctica y legal del empleo de medios y medidas coercitivas en el medio psiquiátrico de doce países europeos.

Plantea los principios por el que las prácticas psiquiátricas coercitivas deben regirse: respeto a la dignidad personal, legalidad, necesidad, convergencia, prohibición de exceso, temporalidad, idoneidad de medios, cuidado, documentación de actuaciones y fiscalización.

## **SÍNTESIS DE LOS PROTOCOLOS RECOPIRADOS. 2005. EVALUACIÓN EUROPEA DEL USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA.**

Describe el contenido de los distintos protocolos de contención analizados: indicaciones terapéuticas, actuaciones iniciales (descripción de la medida, personas actuantes, mecanismos de sujeción, lugar, precauciones), mantenimiento de la medida (duración, observación, contacto con el paciente, precauciones), finalización de la medida (prescriptor y actuaciones), documentación y aspectos legales.

### **EXTREMADURA**

#### **PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA 2007-2012.**

#### **“HACIA UNA SALUD MENTAL POSITIVA”. Documento de propuesta.**

#### **Consejería de Sanidad y Consumo**

En la parte introductoria se señala que “persisten la estigmatización y la discriminación de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas” y la creación, en el proceso de elaboración del Plan, de un “Grupo de Expertos sobre Promoción, Prevención y Erradicación del Estigma”

Además, al analizar la carga familiar de la enfermedad mental se destaca el “impacto negativo de la estigmatización y el rechazo social”.

Igualmente, el estigma aparece explicitado en las Conclusiones del Análisis de los Grupos Focales de Usuarios, Familiares y Profesionales, en los siguientes términos:

- a) Usuarios: “La principal percepción respecto al Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007- 2012 es que puede ayudar a romper el estigma social que poseen estas enfermedades y el trato marginal que se le da a la enfermedad mental respecto a otras enfermedades”.
- b) Familiares: “Unanimidad en considerar prioritarias las acciones de sensibilización y desestigmatización social, seguidas por los recursos residenciales y de alojamiento, la reinserción laboral y los Equipos de Salud Mental”.

- c) Profesionales: “Lo menos prioritario serían las acciones de sensibilización y desestigmatización social seguido por la reinserción laboral”.

Además, el Plan se basa en un marco normativo y planificador en el que, además de incluirse la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, se introduce el Decreto 92/2006, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura, donde expresamente se tiene en cuenta el estigma, señalando que “este tipo de patologías, tal vez como ninguna otra, ha estado asociada tradicionalmente a procesos de marginación y estigmatización, afortunadamente en declive” y que “el tradicional estigma y exclusión asociado a las enfermedades mentales necesita asimismo ser superado, fomentando un modelo de atención comunitario, que impulse alternativas a la institucionalización y potencie la permanencia y la reinserción social del ciudadano a su medio, evitando situaciones de exclusión social”

En el desarrollo del Plan la LÍNEA ESTRATEGICA 1: PROMOVER UN MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA, tiene, entre sus objetivos el de *Fomentar una actitud positiva y normalizada hacia la enfermedad mental y las personas que la padecen*, objetivo a lograr a través de las siguientes actuaciones:

- Suscribir y velar por el cumplimiento de un Pacto por la Salud Mental de Extremadura.
- Realizar campañas periódicas de concienciación social sobre la importancia, prevalencia y tratamiento de los problemas de Salud Mental que disminuyan los prejuicios asociados a la enfermedad mental, especialmente los relacionados con la peligrosidad social.
- Acordar con los responsables de los medios de comunicación regionales un Manual de Buena Práctica en el tratamiento de noticias e información relacionada con la enfermedad mental.
- Ubicar los dispositivos asistenciales y las actuaciones de rehabilitación y reinserción en el ámbito comunitario y en un entorno normalizado.
- Ubicar todas las Unidades de Hospitalización Breve de la región en los Hospitales Generales, adaptadas a las necesidades de los pacientes.

- ❑ Eliminar las disposiciones o criterios que impidan el acceso de las personas con enfermedad mental a todos los servicios y prestaciones a las que tengan derecho, en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

## **GALICIA**

### **PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011. Consejería de Sanidad**

En su INTRODUCCIÓN, el Plan destaca que “entre el sufrimiento y las perspectivas de tratamiento se erigen las barreras del estigma, los prejuicios, la vergüenza y la exclusión”. Al tiempo, en la matriz DAFO, el estigma aparece tanto en el apartado de las debilidades internas (“déficit de programas preventivos y antiestigma”), como en el de las amenazas (“potencial incremento del estigma en el trastorno mental severo”).

En consecuencia, el objetivo operativo 29 del Plan indica que “se establecerá un programa antiestigma de sensibilización social y lucha contra la exclusión, que promueva la inclusión e integración social de pacientes con trastorno mental severo y persistente”

Dicho programa, recogido en el apartado de Programas Preventivos en el desarrollo de las líneas estratégicas, “está destinado a la concienciación social y desmitificación de la enfermedad mental, informando a la sociedad sobre las posibilidades de tratamiento y reinserción de los pacientes con problemas de Salud Mental, promoviendo la reducción de las barreras y prejuicios que obstaculizan la integración de estos pacientes.

Para ello, es decisiva la colaboración con la atención primaria de salud así como con instituciones, agencias y organizaciones de la sociedad civil, y que se podría concretar en los siguientes puntos:

- ❑ Información y sensibilización social para evitar discriminación negativa de los pacientes con trastorno mental, especialmente de la patología más grave y persistente.



- ☐ Información selectiva para autoridades, instituciones y organizaciones sociales.
- ☐ Información dirigida a fomentar un tratamiento no estigmatizador de estos pacientes en los medios de comunicación”.

## **MURCIA**

### **PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 1999-2001. PLAN DIRECTOR. Consejería de Sanidad**

En ninguno de sus objetivos o actividades se contempla el tema del estigma.

### **PROTOCOLO DERIVACIÓN HOSPITAL-ATENCIÓN AMBULATORIA. Servicio Murciano de Salud**

Elaborado para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos de derivación de aquellos pacientes psiquiátricos en situación de urgencia entre los distintos dispositivos sanitarios implicados (Urgencias psiquiátricas, Situaciones de urgencia en los Centros de Salud Mental, Demandas de atención inmediata por teléfono en los Centros de Salud Mental, Valoración en el servicio de urgencias hospitalarias, Procedimiento de alta hospitalaria)

### **DOCUMENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA. Servicio de Psiquiatría. Servicio Murciano de Salud.**

En él, se informa a la familia de las posibilidades terapéuticas, de los riesgos de fuga y autolesiones y se solicita su colaboración acompañando al paciente para minimizarlos. No tiene ninguna referencia al estigma.

## **NAVARRA**

### **PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2006-2012**

Los trastornos mentales se contemplan como una prioridad, con el objetivo de “proseguir en la especialización de los centros de Salud Mental en el tratamiento de los trastornos mentales graves y progresiva asunción de trastornos mentales menos graves en atención primaria”. No hay ninguna referencia relacionada con el estigma.

### **PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL**

#### **GRAVE. 2005. Departamento de Bienestar Social**

Se enmarca en un modelo de asistencia en el que “se trata de desarrollar una red de apoyo al enfermo mental y su familia, no estigmatizante, distribuida en el territorio, próxima al medio familiar de origen, y capaz de ofrecer servicios personalizados”.

En concreto, la atención al estigma se centra en el Programa de Ocio y Tiempo Libre desde el que “se trabajará también, junto con las Asociaciones, en actividades de sensibilización que contribuyan a eliminar el estigma social que sufren las personas afectadas por T.M.G. y sus familias”.

## **LA RIOJA**

### **PLAN DE SALUD MENTAL PARA LA RIOJA 2007. Servicio Riojano de Salud.**

Sin ninguna referencia al estigma, se centra en la creación de nuevos dispositivos y en el reforzamiento de los ya existentes.

## **PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DOCUMENTO PARA PROFESIONALES. Servicio Riojano de Salud.**

Se trata del proceso de Psiquiatría Menor, la primera de una serie de guías, a partir del cual se elaborará el de Trastornos Mentales Graves. No contiene ninguna referencia al estigma.

## **PROTOCOLO PACIENTE CON SUJECCIÓN MECÁNICA. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Centro Asistencial Reina Sofía**

No incluye ninguna referencia al estigma.

## **PAÍS VASCO**

### **PLAN DE SALUD 2002-2010**

La Salud Mental figura entre las áreas prioritarias de este Plan, atendiendo a los distintos de trastorno y población (adultos e infancia).

En el apartado correspondiente a la Esquizofrenia y otras Psicosis (dentro del área de ADULTOS Y SALUD MENTAL), se recoge, entre las actuaciones intersectoriales el “desarrollo de programas educativos junto con asociaciones y profesionales sanitarios para la reducción del estigma social de la enfermedad”.

### **PLAN ESTRATÉGICO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2004-2008**

La única referencia al estigma se encuentra en la descripción del objetivo POTENCIACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO, como un modelo que “lucha contra el estigma”.

## RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

### *INTRODUCCIÓN*

Como se ha hecho en la sección anterior, a continuación se presenta, primeramente, un resumen de los datos recogidos que ha servido de base para su análisis por parte del comité de expertos convocado, y posteriormente se detallan el conjunto de los resultados obtenidos ordenados según Comunidad Autónoma.

### *RESUMEN EJECUTIVO DEL TRABAJO DE CAMPO*

Se presentan, a continuación, los datos más relevantes que se han obtenido a través de las entrevistas con nuestros informantes. Al respecto de ellos hay que decir.

- Los informantes se consideran en tres grupos distintos:
  - ✦ Técnicos de consejería.
  - ✦ Responsables de centros de salud mental.
  - ✦ Responsables de atención primaria.
- Cuando no se hace referencia a ninguno de los tres grupos de informantes en particular, las opiniones recogidas son comunes a los tres.
- Respecto al número de informantes que se adscriben a cada una de las opiniones recogidas, hay que tener en cuenta:
  - ✦ Cuando se dice la **gran mayoría o práctica unanimidad**, se hace referencia a que es una opinión compartida por más de las tres cuartas partes de los entrevistados.

- ✦ **La mayoría** alude a una opinión sustentada por más de la mitad de los informantes, pero sin llegar al índice anterior.
- ✦ **Con minoría** se alude a que menos de la mitad, pero más de la cuarta parte de informantes, suscriben una opinión determinada.
- ✦ **Unos pocos, una porción testimonial**, hace referencia a opiniones que suscriben menos de la cuarta parte de informantes.
- ✦ En algunos casos en los que las opiniones son aún más particulares, se indica el número de informantes de los que se trata.

### **Los planes de Salud Mental**

- Todos los técnicos de consejería entrevistados, aluden a planes de salud o de salud mental o a algún desarrollo de los mismos como el marco en el que se inscribe la atención en salud mental.
- Para la mayoría, aunque el estigma es una preocupación generalizada, informan de que no hay líneas concretas de actuación al respecto.
- La mayoría de los casos, entienden que el estigma que es un tema transversal a las distintas actuaciones.
- Los planes y demás actuaciones institucionales, concentran sus esfuerzos en el desarrollo y diversificación de los recursos asistenciales.

### **Las características de la Enfermedad Mental**

- Acuerdo unánime: es un problema sanitario más que, como tal, debe ser tratado.
- Aspectos específicos que se reconocen de manera mayoritaria:
  - ✦ La importancia de los aspectos psicosociales.
  - ✦ No es un fenómeno conspicuo.
  - ✦ En la exploración son importantes las verbalizaciones de los enfermos y requiere más tiempo.

- ✦ Enfermedad crónica, de inicio precoz.
- ✦ Afecta a la vida de las personas.
- ☐ Para una minoría de informantes los aspectos específicos son poco relevantes. Dentro de esa minoría, algunos no mencionan esas especificidades: para estos pocos informantes, la enfermedad mental es una enfermedad del cerebro.

## **El paciente con enfermedad mental**

- ☐ Acuerdo unánime: se trata de un paciente más del sistema sanitario.
- ☐ Características específicas:
  - ✦ El estigma que soportan, que lleva, a veces, a esconder la enfermedad.
  - ✦ Falta de conciencia de enfermedad.
  - ✦ Necesidad de un soporte social y familiar para poder seguir el tratamiento.
  - ✦ Necesidad de habilidades de manejo en las consultas, (característica citada con más frecuencia por los responsables de atención primaria).
  - ✦ Necesidad de control para una buena relación terapéutica y correcto tratamiento (“control del enfermo”, no de sus síntomas).
  - ✦ Algunos informantes, técnicos de consejería y responsables de salud mental, señalan que se trata de pacientes que defienden poco sus derechos.

## **Programas y protocolos**

- ☐ En los centros de atención primaria:
  - ✦ En prácticamente todos, los informantes aluden a que cuentan con protocolos de atención a pacientes crónicos: hipertensión, diabetes,...
  - ✦ Ninguno de ellos informa de que existen protocolos específicos de atención al trastorno mental grave.
- ☐ En los centros y unidades de salud mental

- ✦ En la mayoría se da cuenta de la existencia de protocolos de seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
- ✦ En unos pocos casos, aluden a la existencia de programas de ansiedad, depresión, y trastornos alimentarios.
- ✦ Aún en menos casos, cifra testimonial, se citan programas de atención al trastorno mental grave.
- ✦ Una minoría de responsables de salud mental considera inadecuado que haya protocolos, entendiendo que el tratamiento debe ser individualizado.

## La formación

- Cuestión inicialmente planteada a los médicos de atención primaria pero que surgió en casi todas las entrevistas.
- Hay división de opiniones al respecto:
  - ✦ Aproximadamente la mitad de entrevistados, opina que la formación de los médicos de familia es la adecuada desde que éstos tienen rotación por los servicios de psiquiatría.
  - ✦ Para la otra mitad la formación sería insuficiente.
  - ✦ Similar distribución nos la encontramos tomando sólo a los médicos de familia.
  - ✦ Los déficit formativos que se señalan:
    - ✓ Son sobre todo respecto al trastorno mental grave.
    - ✓ Aluden, en especial a las habilidades de relación

## El Estigma

- Concepto: juicio peyorativo sobre los pacientes con enfermedad mental. Marca o etiqueta que se pone a estos pacientes.
- Componentes:

- ✦ Miedo
- ✦ Asociación con hechos violentos.
- ✦ Creencia de que se trata de personas problemáticas

#### ☐ Origen

- ✦ La mayoría de los informantes citan razones culturales, ancestrales, para explicar el origen del estigma.
- ✦ Otras aportaciones, sobre todo de los responsables de unidades de salud mental:
  - ✓ El miedo a la locura forma parte de los miedos básicos del ser humano.
  - ✓ El estigma tiene mucho que ver con el desconocimiento que hay sobre estas personas.
  - ✓ La persona con enfermedad mental refleja una parte de la nuestra realidad que no queremos contemplar.

#### ☐ Evolución

- ✦ La opinión general es que el estigma ha mejorado, que hoy por hoy, las personas con enfermedad mental no suscitan tanto rechazo.
- ✦ Para unos pocos informantes, la situación apenas ha evolucionado.

#### ☐ El estigma en la atención sanitaria

- ✦ Alcance:
  - ✓ Para los responsables de salud mental y técnicos de consejería: se dan prácticas estigmatizantes en la atención especializada no psiquiátrica, en las urgencias y, en mucha menor medida, en la atención primaria.
  - ✓ Para los responsables de atención primaria, esa estigmatización puede darse, pero de manera muy aislada.



- ✓ Para muy pocos de los entrevistados, dentro de la propia asistencia psiquiátrica se dan prácticas estigmatizantes.

#### ✦ Motivos

- ✓ Los sanitarios son ciudadanos y pueden tener los mismos prejuicios que el resto de la población.
- ✓ La asistencia en salud mental ha estado al margen de la asistencia sanitaria (se conoce menos).
- ✓ Los métodos de diagnóstico y tratamientos son distintos y chocan más al personal médico.
- ✓ Algunos de los responsables de atención primaria entrevistados reconocen una menor familiaridad con estos trastornos, sentirse menos cómodos con ellos que con enfermedades somáticas.

#### ✦ Prácticas estigmatizantes en la atención no psiquiátrica:

- ✓ Dar prioridad a la enfermedad mental sobre otro tipo de quejas somáticas (la mitad de entrevistados ha tenido noticias de casos de este tipo).
- ✓ Contar con la enfermedad mental como antecedente en la exploración clínica, sea relevante o no. Buena parte de los médicos de atención primaria, afirman que es un factor a tener en cuenta (la enfermedad en sí, no los hábitos o el tratamiento).
- ✓ Desatender los aspectos de salud general de estos pacientes, que prácticamente sólo son usuarios de los servicios de salud mental.

#### ✦ Prácticas estigmatizantes en la atención psiquiátrica: la inmensa mayoría afirma que no se dan. Un pequeño número alude a que hay factores de la asistencia psiquiátrica que contribuyen a estigmatizar:

- ✓ El diagnóstico: es un factor de normalidad de la enfermedad si se usa adecuadamente (nomenclatura y criterios) de lo contrario es un factor de estigma.

- ✓ Tratar la enfermedad mental como incurable (más que como crónica) dando a entender que se puede hacer poco por estos enfermos.
- ✓ Las actitudes de proteccionismo que pueden llegar a suplantar la voluntad del propio paciente.
- ✓ El trato excesivamente familiar con el paciente, cercano a la pérdida de respeto.
- ✦ Las situaciones excepcionales: contención mecánica e ingreso involuntario
  - ✓ Se trata de circunstancias asistenciales que afectan a las personas con un trastorno mental grave y no al resto de pacientes (o sólo a un pequeño grupo).
  - ✓ Según los entrevistados, el ingreso involuntario y la contención mecánica son prácticas necesarias en algunas ocasiones.
  - ✓ Respuestas particulares:
    - \_ La mayoría de los informantes cree que las situaciones que pueden requerir este tipo de intervenciones pueden manejarse con suficiente tacto para que no tengan consecuencias estigmatizantes.
    - \_ Según dos de los informantes, es preciso reconocer este hecho como un fracaso del sistema asistencial.
    - \_ En un caso, se minimiza su impacto, al tiempo que se reconoce que es "desagradable" cuando se ha vivido en primera persona.
    - \_ Aproximadamente la mitad de los informantes alude a que, que estos episodios no sean traumáticos, depende de la actitud de los facultativos.
  - ✓ Un informante refiere, aludiendo a estudios no publicados, que el índice de contenciones mecánicas depende del tiempo de permanencia en la unidad del personal de enfermería.

- ✓ Un técnico de consejería y unos pocos responsables de centros de salud mental, se plantean la posibilidad de que la existencia de instituciones específicas (planes, direcciones generales,...) sea ella misma estigmatizante.
- ✓ Para el técnico de consejería esa situación es necesaria hasta que se alcance la equiparación con otras especialidades.
- ✓ Para los responsables de unidad de salud mental que consideran estigmatizante este hecho, los planes de salud mental deberían integrarse en los de salud general.

#### Factores de evolución del estigma

✦ Aspectos que citan con una mayor frecuencia las personas entrevistadas:

- ✓ La inclusión de la asistencia psiquiátrica en la red asistencial.
  - ✓ La inclusión de la psiquiatría como una especialidad más.
  - ✓ El hecho de que la especialización en psiquiatría realice, como el resto, a través del MIR.
  - ✓ La inclusión de rotación en los servicios de salud mental en la formación de los médicos de familia.
  - ✓ La “popularización” de la asistencia: acudir al psiquiatra o al psicólogo ha dejado de ser peyorativo.
- ✦ De forma menos mayoritaria se alude a la mejora en los tratamientos, en particular a la medicación como un elemento clave en la reducción del estigma.

#### **Acciones y propuestas sobre el estigma**

- No hay acciones específicas en el abordaje del estigma, ni en los centros atención primaria ni en salud mental.

## ☐ El papel de atención primaria

- ✦ La posibilidad de desarrollar protocolos de seguimiento del paciente con trastorno mental grave no tendría, para los entrevistados, una especial utilidad.
- ✦ La opinión mayoritaria es que estos pacientes deben ser tratados en las unidades de salud mental, en lo referido a su enfermedad mental.
- ✦ El papel de atención primaria, según la práctica mayoría de entrevistados sería:
  - ✓ Asumir el tratamiento de los trastornos menos graves (ansiedad, depresión, trastornos adaptativos).
  - ✓ Derivar los trastornos graves.
  - ✓ Discriminar de manera fidedigna entre ambos tipos de trastorno y derivar sólo los casos necesarios, pero todos los necesarios.
    - La mayoría de los responsables de atención primaria entrevistados, creen que sería bueno contar con guías de actuación que establecieran criterios claros de tratamiento de los casos que pueden llevarse en atención primaria y de derivación de aquellos que es preferible que se traten en salud mental, así como del manejo del paciente con trastorno mental grave.

## ☐ Algunas prácticas que se llevan a cabo y que pueden contribuir a luchar contra el estigma:

- ✦ La mayoría alude al trato normalizado como un factor decisivo para luchar contra el estigma.
- ✦ La inclusión de la asistencia en salud mental como una parte más del sistema sanitario.
- ✦ Sesiones clínicas con los médicos de atención primaria, práctica que se hace en muy pocos casos.

- ✦ Equipos de salud mental que asesoran y tienen labor de consultoría con los de atención primaria, práctica que se lleva a cabo en algunos equipos de Cataluña, Andalucía y Extremadura.
- ☐ Las propuestas que realizan los informantes, de cara a mejorar la situación del estigma serían:
  - ✦ Establecer protocolos y guías de actuación referidas a:
    - ✓ Valoración clínica de los trastornos no graves.
    - ✓ Criterios de derivación de los pacientes a las unidades de salud mental.
    - ✓ Tratamiento del trastorno mental grave en las unidades de salud mental.
    - ✓ Cuidados de salud de los pacientes con trastorno mental grave.
  - ✦ Incrementar la formación relativa a:
    - ✓ Diagnóstico precoz.
    - ✓ Comunicación.
    - ✓ Actualización en tratamientos, tanto farmacológicos como y psicoterapéuticos.

## **ANDALUCÍA**

### **Técnico de la consejería**

- ☐ **Plan de Salud Mental**

El entrevistado destaca que ya en el año 2005, que fue el año de la Salud Mental, hubo una declaración institucional del Gobierno Andaluz, apoyando la necesidad de una intervención adecuada sobre los problemas de Salud Mental.

Ese mismo año se firmó un convenio, entre tres conserjerías (salud, educación y bienestar social) Radio Televisión Andaluza, FAISEM y las asociaciones de familiares, seis instancias que deciden aunar esfuerzos para luchar contra el estigma.

### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

En su opinión, comparte con otras enfermedades que es un tema salud y que, como tal, tiene que tener las mismas posibilidades de atención y el mismo trato por parte de los servicios públicos así como la misma solidaridad por parte de la sociedad.

Presenta, no obstante, alguna diferencia. En primer lugar, el tratamiento de este tipo de enfermedades es sensiblemente distinto al que, habitualmente, se emplea en el resto de enfermedades. También es de destacar la visión, peyorativa, estigmatizante, que ha pesado y pesa sobre las personas con enfermedad mental, en particular las que sufren un trastorno mental grave.

Concluye que se trata de problemas muy complejos que necesitan un abordaje multidisciplinar, como forma de hacerse cargo de los diversos niveles de intervención que requieren estas enfermedades.

### **Origen y evolución del estigma**

El estigma no es otra cosa que la discriminación y el alejamiento de estos pacientes, situarlos fuera de los contextos (social, asistencial) de intercambio habitual. Su origen hay que situarlo en los miedos profundos y ancestrales del ser humano (la muerte, la locura) que generan rechazo y evitación.

No cabe duda de que, a medida de que progresa la sociedad, que se incrementa la cultura de la población, el estigma pierde terreno. No obstante, nuestro informante estima que estos pacientes aún son tratados de manera un tanto estigmatizante en el propio sistema sanitario, tratamiento que se ilustraría, por

ejemplo, con la escasa relevancia que se da al hábito tabáquico de estos pacientes.

Este técnico de consejería alude a la importancia del estigma como el asunto que, según la declaración de Helsinki (de enero de 2005) va a tener más relevancia en el tratamiento de la enfermedad mental.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Se hacen campañas con carácter global, dirigidas a la población general, de cuya eficacia duda nuestro informante. Sin embargo, echa en falta acciones específicas dirigidas a quienes tienen una incidencia directa en el problema y, en definitiva, crean opinión (responsables de Salud Mental, psiquiatras, personal sanitario en general; incluso las familias y los propios enfermos).

### ☐ **El papel de la atención primaria**

En primer lugar, el informante alude al hecho de que son muchos los pacientes de atención primaria que acuden a esos servicios aquejados de algún tipo de patología mental. Con frecuencia se habla de patología menor, pero en su opinión, no se puede quitar relevancia a esos trastornos (ansiedad, depresión, trastornos adaptativos) pues muchas veces son tan invalidantes como los trastornos mentales graves.

Pero lo cierto es que el acceso a la atención especializada debe ser lo suficientemente ordenado para que, aquellos pacientes que más lo necesitan, no queden en un segundo plano. Y ahí el papel de la atención primaria, como puerta de acceso al sistema asistencial, cobra un papel central, pues es la instancia a la que corresponde hacer una adecuada derivación de los pacientes.

Aquí se plantea un reto importante, pues hay que atender a todo aquel que tenga una patología mental, sea cual sea su gravedad (los más graves que requieren tratamientos más complejos en la atención especializada, los menos graves en la atención primaria) pero sin caer en la psicologización de la vida cotidiana, esto es, diferenciando los problemas de Salud Mental (que requieren atención médica) de los “problemas de la vida” para los cuales la ayuda proviene de las instancias de socialización primaria y secundaria.

A juicio de nuestro informante, los centros de salud y los médicos de atención primaria, están mucho más capacitados de lo que, generalmente, se piensa, para evaluar e intervenir sobre esos problemas de la vida, fundamentalmente porque que están en contacto con el medio, conocen el contexto familiar y la historia de los pacientes. Por ello pueden evaluar muchas cosas e intervenir dentro en muchos casos con mucho mejor criterio.

Para poder cumplir con ese cometido, necesitan optimizar su formación, en Salud Mental y en el resto de áreas de la medicina, pero necesitan, sobre todo que haya una mayor coordinación, un clima de colaboración con los especialistas.

Este planteamiento, choca con la alta presión asistencial que soportan los centros de atención primaria, lo cual constituye un problema para que atención primaria cumpla debidamente su papel.

## **Responsables de Unidad de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

No hay una instrumentalización para el diagnóstico tan objetiva como en el resto de enfermedades. Lo básico en la atención a la enfermedad mental es el diálogo con el paciente, para lo que hace falta tiempo, que sería la herramienta fundamental.

Todo ello condiciona tanto el diagnóstico como el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental. En cualquier caso, esas diferencias no deberían servir para justificar ningún tipo de discriminación.

Un aspecto clave es la importancia que tienen las variables psicosociales en el abordaje de la enfermedad mental, las cuales hacen que este tipo de enfermedades afecten a todos los aspectos de la vida de la persona, pues se ven afectadas también la estructura familiar y las posibilidades de inserción social y laboral.

En otro orden de cosas, se da la circunstancia de que para el común de la gente, pero también para amplios sectores del personal sanitario, los límites entre los problemas de Salud Mental y los problemas de la vida diaria no parecen estar



claros, lo que está provocando que lleguen a la atención especializada problemas que, en puridad, no deberían hacerlo.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se trata de pacientes que requieren mucha atención, que consumen mucho tiempo en la consulta. Además de tiempo en cada consulta, estos pacientes necesitan un seguimiento prolongado en el tiempo.

Hay que tener en cuenta que es una patología crónica y que va a tener una evolución que, muchas veces, no va a ser la más favorable. Ello hace muy importante cuidar las descompensaciones: cada descompensación es una causa de sufrimiento del paciente, de la familia, un consumo de recursos asistenciales y probablemente una bajada en los escalones de la evolución de la enfermedad. Pero estas circunstancias, se pueden encontrar en otras patologías crónicas (como la diabetes) en las que también hay un abordaje multidisciplinar.

Por otro lado, se apunta a la deficiente conciencia de enfermedad que, por lo general tienen estos pacientes lo que, en ocasiones, dificulta su acceso a los tratamientos.

Este último aspecto debería servir para tener una mayor flexibilidad con estos pacientes en el acceso a los recursos, para intentar reducir al máximo los trámites y circunstancias de acceso a los servicios: si tienen poca disposición a ponerse en tratamiento, cuantas menos trabas encuentren más fácil será atraerlos a la red.

Es importante resaltar, así lo comunica uno de los informantes, que todas las particularidades que quepa reconocer en estos pacientes, en ningún caso deben ir en menoscabo de sus derechos: como usuario del sistema de salud es, y así debe ser tratado, como un paciente más.

### ☐ **Programas que se realizan**

No todos los responsables dan cuenta de los mismos programas, si bien hay una cierta similitud entre los diferentes centros:

✦ Tratamiento del trastorno mental grave.

- ✦ Trastornos alimentarios.
- ✦ Depresión.
- ✦ Psicoterapia de grupos específicos (bipolar, relajación, familias, ...).

En algunos casos, se da cuenta de una atención preferencial hacia el paciente con enfermedad mental grave, de forma que pueden acudir a la consulta entre visitas si su estado así lo requiere.

### 📄 **Formación del personal sanitario**

Alguno de los informantes considera que la formación del personal de atención primaria es deficitaria: con vistas a la realización de entrevistas, de hacer un buen diagnóstico, la formación de los médicos de atención primaria sería muy básica. A juicio de estos informantes, esa formación sería adecuada para tratar las enfermedades no graves e insuficiente para abordar los trastornos mentales graves.

Otros por el contrario aseguran que esta formación es la adecuada, al menos desde que los médicos de familia rotan por los servicios de Salud Mental.

### 📄 **Origen y evolución del estigma**

La enfermedad mental, “la locura”, históricamente, ha estado marcada y segregada como algo diferente, algo que había que expulsar de la sociedad. Para ello se crearon los manicomios, que eran “los lugares de los locos”, donde se encerraba no sólo a enfermos mentales sino a todos aquellos que, de alguna manera, incomodaban a la sociedad.

Por otro lado, la enfermedad mental se asocia con hecho violentos y problemas de conducta en la comunidad, lo que reafirma el estigma. El hecho de que haya un tratamiento más adecuado a cada paciente y de que los fármacos tengan cada vez menos efectos secundarios contribuye a mejorar esa situación de estigma. Del mismo modo, las descompensaciones y los problemas de conducta, más o menos floridos, de estos pacientes, contribuyen a que el estigma perdure.

Se nos habla también del estigma inducido por los propios pacientes. Uno de los informantes apunta las dificultades que tienen para hacer prosperar en ellos la

idea de que pueden hacer una vida normal (o al menos intentarlo) tomar menos medicación, en definitiva, ser menos dependientes.

En el ámbito institucional, se alude a la existencia de un plan de Salud Mental, de órganos administrativos específicos como asuntos que, en su día, pudieron tener sentido con objeto de normalizar la asistencia a estos pacientes. Una vez que la asistencia ya está integrada, parece que, lo más adecuado es que vayan desapareciendo.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Aunque se habla mucho del estigma que soportan los pacientes con trastorno mental grave, uno de los informantes alude a cómo esto afecta a los pacientes con trastornos menos graves, cómo, en ocasiones, se achacan las quejas sobre dolencias somáticas a “los nervios”.

Ello no quita para que quienes padecen una enfermedad mental grave, se vean en peores condiciones: se les presta una peor asistencia atribuyendo sus quejas a la enfermedad mental, aún antes de haber descartado una dolencia de orden somático, o incluso no se les presta la atención adecuada. Según uno de los informantes, en ocasiones, algunos profesionales tendrían una postura cómoda, tendente a quitarse de en medio a los pacientes sin un abordaje mínimamente serio.

Esta consideración, en la que el paciente con enfermedad mental es visto como un enfermo un tanto particular, es tanto más perjudicial cuanto que en estos pacientes hay una mayor morbilidad, una mayor propensión a padecer otras enfermedades, lo que exigiría un especial cuidado de la salud.

Todo ello tendría que ver con la naturaleza distinta de la enfermedad mental a la que se ha aludido. En función de esas diferencias, habría un corte entre la psiquiatría y el resto de especialidades que, a juicio de alguno de los informantes, produce importantes desencuentros entre las diferentes especialidades.

Con todo, la situación ha evolucionado a mejor: las unidades de hospitalización están en los hospitales generales y, poco a poco, la asistencia en psiquiatría cada vez es más similar a la de cualquier otra especialidad.

Respecto a los ingresos involuntarios, hay ideas que resultan de gran interés. En primer lugar se alude a cómo, si los médicos implicados en el ingreso asumen la tarea de convencer y acompañar, el episodio puede resolverse sin grandes complicaciones. Ahí es de destacar el papel de los médicos de familia, pues son los que conocen al paciente y sus circunstancias, los que pueden cumplir ese papel de manera satisfactoria.

No obstante, el hecho de recurrir a la fuerza pública, muchas veces contribuye a poner fin a una secuencia de acontecimientos que tienen a la familia en una situación de angustia, y no hay que perder de vista la necesidad de cuidar también a la familia.

Particular atención merece una respuesta en este capítulo que apunta a que, cuando se produce un ingreso involuntario, hay que asumir que se trata de un fallo del sistema. Sea que hay un diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, que no se ha sabido atraer a la persona en cuestión a la red o mantenerla en la misma; en fin, sea lo que sea, algo ha fallado en el sistema cuando es preciso recurrir a esa medida.

### ☐ **Intervención en el estigma**

Funcionan unos equipos de Salud Mental que realizan tareas de consultoría con los equipos de atención primaria. Según esta metodología de trabajo (que aún no está implantada en todos los centros de Salud Mental) estos equipos se desplazan a los consultorios, no con el propósito de hacerse cargo de pacientes complicado, sino con el de analizar, de manera conjunta la mejor manera de tratar determinados problemas para los que los profesionales de atención primaria tienen más dificultades.

En alguno de los centros cuyo responsable se ha entrevistado, se hace mucho hincapié en el trabajo con la familia, manteniendo con ella entrevistas periódicas así como las visitas a domicilio, en las que, además de atender al paciente, se intenta hablar con los vecinos a fin de normalizar la enfermedad mental.

En algún caso, se habla de la necesidad de avanzar en el diagnóstico precoz, de tener buenos sistemas de detección en contextos de vulnerabilidad. En esa labor, se otorga un peso específico muy importante a atención primaria, pues es el

recurso que está en contacto directo con la gente y sus circunstancias. Con ello no se quiere descargar ninguna responsabilidad, pues los especialistas deben proveer de los recursos necesarios a los médicos de familia para que lleven a cabo esa tarea.

Por último hemos de referirnos a que, en alguna ocasión, el hecho de que pacientes con trastorno mental grave y otros pacientes con trastornos de menor trascendencia compartan el mismo servicio, coincidan en la sala de espera, es un elemento que contribuye a paliar el estigma.

### **Coordinación entre dispositivos**

Además de esa labor de consultoría, la relación con atención primaria se soporta en un protocolo de derivación. En él, el especialista devuelve al médico de atención primaria indicaciones precisas sobre cómo enfocar el tratamiento de los pacientes que, en función de la gravedad de su trastorno, pueden ser tratados en atención primaria.

Con todo, las derivaciones son mejores o peores según los centros de atención primaria de que se trate. Son muchos los factores que intervienen en esa calidad de la derivación, pero uno muy importante es la escasez de tiempo del que se dispone en atención primaria, frente a la dedicación que requieren estos pacientes.

Destacan los informantes la eficacia, en particular en el caso del trastorno mental grave, de la coordinación que se establece entre el personal de enfermería y de trabajo social de los diferentes dispositivos.

## **Responsables de Atención Primaria**

### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Tiene incidencia en cuanto a la organización de la asistencia, pues ésta no se organiza igual que el común de las especialidades (en atención primaria y especializada) sino que trabajan de manera más coordinada.

## ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se trata de un paciente que requiere conocimientos técnicos y humanos específicos para poder darles un tratamiento adecuado.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

Además de los programas habituales de atención a patologías crónicas, existe un proceso de ansiedad y depresión, que se enmarca en una estrategia de la Consejería de Sanidad de establecer procesos para las patologías más prevelentes en atención primaria.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

A juicio de estos informantes, la formación del médico de familia pivota mucho sobre el hospital, lo cual no es lo más adecuado, pues donde va a desarrollar su trabajo es un contexto totalmente distinto. En cualquier caso, ello depende mucho del área sanitaria en donde se haya realizado la especialidad.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

Se fundamenta en el miedo a lo desconocido, el miedo a lo que se sale de la norma, rechazo a lo que se sale de las convenciones sociales. A ello hay que sumar que, durante años, la atención que se prestaba a esos enfermos giraba en torno a los manicomios, al encierro y la ocultación, lo que contribuye a los prejuicios y, por consiguiente, al estigma.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Como problema de salud que es, en atención primaria debería prestarse más atención a estos pacientes, servir de nexo de unión entre ellos y el sistema sanitario.

Igualmente, desde atención primaria es desde donde tiene sentido realizar campañas de normalización, que ayuden a que la gente, los propios enfermos y la sociedad en general, vean los problemas de Salud Mental con total normalidad.

## ARAGÓN

### Técnico de la consejería

#### **Plan de Salud Mental**

Nuestro informante, recién llegado al cargo tras las últimas elecciones, declara no tener un conocimiento aún lo suficientemente profundo de este Plan, que cubre el período 2002-2010.

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Desataca el hecho de que la Salud Mental tenga una entidad independiente de la atención primaria y de la atención especializada, lo que, en su opinión, pudiera servir también como forma de estigmatizar la enfermedad mental.

#### **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

En su opinión, lo más relevante es el estigma asociado a este tipo de dolencias, que lleva a intentar ocultar la enfermedad.

#### **Origen y evolución del estigma**

La sociedad señala con el dedo a aquellas personas que llevan a cabo comportamientos anómalos y esto se aplica claramente a las personas con trastorno mental grave por la propia patología que padecen.

En la actualidad, se habla de temas como depresión y ansiedad, porque casi está de moda, pero todavía no se puede hablar abiertamente de los problemas de salud referidos a trastornos mentales graves.

#### **Intervención sobre el estigma**

Se está trabajando en alinear las estrategias del Gobierno Regional y las estrategias, tanto de la Consejería como del Servicio de Salud, con la Estrategia de Salud Mental.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Desde su perspectiva, la lucha contra el estigma es un asunto de Salud Pública, y no tanto de atención primaria y especializada. Insiste en que es desde la Salud Pública desde donde se debería hacer promoción y normalizar la Salud Mental, como paso previo a cualquier otra intervención.

## **Responsable de Unidad de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es un problema muy importante, que va en aumento y cada vez hay más demanda, incluso con el riesgo que se corre de saturar los servicios sanitarios.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Cuatro son las características más reseñables: la especial individualidad de estos trastornos en cada uno de los pacientes afectados, el estigma asociado a la enfermedad mental, la dificultad de adaptar los tratamientos, las implicaciones de la enfermedad en áreas fundamentales de la vida de los pacientes (familiar y laboral) y la necesidad de una atención más continuada.

### ☐ **Programas que se realizan**

Además de la evaluación y la atención farmacológica, se desarrollan programas de terapia con pacientes y familiares.

El paciente mental grave cuenta con el estatus de paciente prioritario y como tal se le facilitan las consultas telefónicas, las visitas con los correspondientes facultativos y se procura la rapidez de actuación en el caso de descompensaciones.

### ☐ **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación con atención primaria se valora como complicada por la falta de tiempo y la relación entre ambos dispositivos se lleva a cabo mediante los canales telefónicos y de correo, echándose en falta una relación más personal.



La coordinación con atención hospitalaria es mucho más rica y fluida. Incluye la realización de sesiones clínicas semanales y se basa en un conocimiento personal directo y continuado.

### ❏ **Origen y evolución del estigma**

Aunque se reconoce que “la marca” ya no es tan determinante, lo cierto es que los medios de comunicación impiden la desaparición del estigma al dar una imagen de las personas afectadas basada en la peligrosidad y no en el sufrimiento asociado a la enfermedad.

Un factor también a tener en cuenta es la actitud de los pacientes al intentar ocultar su enfermedad, contribuyendo en cierto modo también al estigma.

### ❏ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Los ingresos involuntarios se perciben como una medida que, aunque necesaria, resulta desagradable, tanto para el profesional como para el paciente y supone una marca, un sello, al implicar la falta de capacidad de decisión del paciente. En la misma línea de medida a veces inevitable, las contenciones mecánicas se intentan reducir al máximo, al percibirse como una práctica que puede atentar contra la dignidad.

Por otra parte, se destaca como estigmatizante el peso que se atribuye al diagnóstico de enfermedad mental en la atención que un paciente solicita en urgencias cuando acude por otro tipo de dolencia, algo que no suele suceder en el caso de otros enfermos.

### ❏ **Intervención en el estigma**

No se aborda de manera sistemática ni con un programa específico, sino que se desarrolla en el día a día, trabajando con los pacientes de forma tangencial, a modo de psicoeducación.

De cara a luchar más eficazmente contra el estigma desde el sistema sanitario, de atención primaria se espera que desarrolle un trabajo, tanto con los propios pacientes afectados, manejando la situación desde la perspectiva de que es una

enfermedad más, como con el resto de población atendida mediante una correcta educación sanitaria en materia de Salud Mental.

Esta educación debería también desarrollarse con otros profesionales sanitarios no psiquiatras, con el fin de modificar el concepto de enfermedad mental que el resto de especialistas pueden estar manejando.

Por lo que respecta al personal de psiquiatría, se apunta una labor de elaborar y transmitir mensajes más positivos y realistas de las personas con enfermedad mental y la incidencia de los tratamientos actuales en la mejora de sus capacidades y posibilidades para llevar una vida normal.

### **Responsable de Atención Primaria**

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

No responde a parámetros medibles como otras patologías.

#### **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La única diferencia es que tiene una enfermedad crónica.

#### **Programas que se desarrollan**

Se llevan a cabo los que marca el Servicio Aragonés de Salud y muy recientemente se ha recibido "medio protocolo" de Salud Mental para derivaciones.

#### **Formación del personal sanitario**

En general, no es buena. Y la adquisición de más o menos formación depende de los intereses particulares de cada profesional.

#### **Origen y evolución del estigma**

No ha evolucionado mucho, porque al enfermo mental no se le comprende, es un enfermo "poco enfermo", poco definido.

#### **Intervención sobre el estigma**

En el centro no se le presta atención a este tema, no se considera importante.

## 📅 El papel de la atención primaria

Se considera una labor difícil al definir al paciente con enfermedad mental como un paciente muy especial, con el que hay que tener especial cuidado en el trato al que se le supone problemático.

## ASTURIAS

### Técnico de la consejería

#### ☐ **Plan de Salud Mental**

Se está elaborando un plan estratégico que abarcará el período 2008 - 2011. En él se pretende implicar a asociaciones profesionales, a atención primaria, a las asociaciones de familias, además de la propia salud mental.

#### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Este informante habla de la interacción entre la salud física y la mental, cómo ciertos problemas de salud tienen incidencia en la Salud Mental y viceversa.

La enfermedad mental cuenta con una serie de connotaciones, como es la menor defensa de derechos y el estigma que pesa sobre ella.

#### ☐ **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Se trata de un paciente que tiene menos acceso a los recursos, por sus propias características y porque se le estigmatiza.

#### ☐ **Origen y evolución del estigma**

Más que intentar profundizar en cuáles pueden ser los orígenes de este fenómeno, nuestro informante alude a cómo este se manifiesta de una manera objetiva en las dificultades que estos pacientes tienen para acceder a determinados recursos o sistemas de protección y de una manera subjetiva, en los estereotipos que circulan en los ámbitos más diversos: médico, judicial, medios de comunicación, ...

#### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Se pone de manifiesto una cierta desatención a los problemas de salud de estos pacientes, como si sólo importase la Salud Mental y lo demás tuviese poca importancia (se cita como ejemplo la escasa atención que suscita el hábito tabáquico de estos pacientes). El paciente con enfermedad mental acaba yendo sólo al psiquiatra. Éste acaba siendo algo así como su médico de cabecera.

También en cierta propensión proteccionista (la enfermedad mental como atenuante) o a buscar explicaciones psicopatológicas a determinados comportamientos.

Es de destacar que en la asistencia sanitaria se pone mucho énfasis en los aspectos técnicos de la atención, en detrimento de los aspectos psicosociales y afectivos.

Respecto al ingreso involuntario, la opinión de este informante, es que si está bien estructurado, si cada uno sabe lo que tiene que hacer, no es especialmente estigmatizante. No obstante, si se cree que contribuye al estigma el seguimiento y la expectación que despierta entre los vecinos.

Otra cuestión es que sería mejor contar con un equipo especial de intervención en situaciones de crisis y, por supuesto, que hay que incidir en la prevención que haga innecesarias las intervenciones en crisis.

#### **Formación del personal sanitario**

A juicio de este informante, hay importantes deficiencias en la formación de todo el personal sanitario en lo que respecta a la enfermedad mental, tanto en los currículos formativos de base como en la formación complementaria.

#### **Intervención sobre el estigma**

En primer lugar hay que tratar de manera individualizada a los pacientes, superando la tendencia institucionalizada de tratar a todos por igual, así como el proteccionismo.

Hace referencia a cambios en las normas y procedimientos que, de manera transversal tienen que ir eliminando los rasgos estigmatizadores, al tiempo que se homogeneiza formas de actuar en diferentes ámbitos (criterios diagnósticos, formas de hacer historia, ...)

En otro orden de cosas, habría que desarrollar programas formativos que incrementaran la sensibilidad y la capacidad de abordar los problemas de Salud Mental.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Hay que ver fórmulas a través de las cuales atención primaria interviene con estos pacientes de la misma manera que lo hace respecto a otros perfiles. En primer lugar en los cuidados de la salud, pero también en el seguimiento, en coordinación con Salud Mental, una vez que se ha establecido el diagnóstico y el tratamiento.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental tiene un carácter más complejo que otras enfermedades, y requiere un abordaje psicosocial, si bien, en la práctica muchas veces ese abordaje queda en papel mojado y hay un enfoque más clínico, cuando, claramente, es insuficiente.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Aunque formalmente son pacientes y personas con los mismos derechos, en la práctica no acceden a los recursos y servicios en las mismas condiciones que la población general.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Básicamente, programas de seguimiento de pacientes con tratamientos farmacológicos y de trastornos alimentarios.

### ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Tanto Salud Mental como atención primaria están desbordados por la asistencia, lo que constituye un obstáculo para la coordinación y la posibilidad de desarrollar protocolos de seguimiento de estos pacientes en los centros de atención primaria.

### ☐ **Origen y evolución del estigma**

El rechazo que sufren estos pacientes hunde sus raíces en una razones históricas y culturales muy profundas. No cabe duda de que ha evolucionado en un sentido

muy positivo y que, en esa evolución ha tenido un peso importante el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

A juicio de este responsable de Salud Mental, después de tantos años de reforma, aún no se ha conseguido cambiar la mentalidad. Todavía se ve el prejuicio de minusvalorar quejas somáticas de estos pacientes, justamente por el hecho de padecer una enfermedad mental.

No obstante señala que, el hecho de que haya unidades de hospitalización de pacientes con enfermedad mental en los hospitales generales, contribuye enormemente a que desaparezcan los prejuicios en el ámbito sanitario.

Una mención especial merece para este informante el asunto de los tratamientos involuntarios. En primer lugar, alude a los ingresos involuntarios como un episodio no deseable. Más allá de eso se cuestiona la oportunidad de que este tipo de cuestiones se legislen de manera específica para la enfermedad mental y no en el contexto general de la asistencia sanitaria.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Poco es lo que pueden hacer los profesionales frente a la fuerza con la que cuentan los medios de comunicación, elemento central en la consolidación del estigma, según nuestro informante.

De ahí se sigue la necesidad de trabajar en coordinación con otras instancias, de buscar complicidades que ayuden a contrarrestar esa influencia de los medios de comunicación que siempre tiene más fuerza que la de los profesionales.

A juicio de este informante, lo que cabe por parte de los servicios de Salud Mental es continuar, en el día a día, con esta labor normalizadora, demostrando al resto de facultativos que la asistencia psiquiátrica es un caso más de la asistencia sanitaria, que los pacientes son, igualmente, otros usuarios más del sistema.

## **Responsable de Atención Primaria**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental es más compleja de diagnosticar y de tratar, se necesita más tiempo que para el común de las enfermedades. Se trata de un caso un poco aparte del conjunto de las enfermedades.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Es un paciente un tanto particular, cuesta más llegar a él; hace falta tener ciertas habilidades para tratar con ellos y con las familias. Hace falta una actitud, una disposición personal para hacerlo y no todos los médicos de familia la tienen, depende mucho de cuestiones personales.

### **☐ Programas que se desarrollan**

Se desarrollan programas de atención a pacientes crónicos, pero ninguno en el ámbito de la Salud Mental. Lo único que está protocolizado es el ingreso hospitalario cuando hay que recurrir a la disposición judicial.

Nuestros informantes desconocen porque no hay protocolos específicos para tratar a estos pacientes en atención primaria, lo que sí constatan es que la psiquiatría es una especialidad un tanto distinta al resto de especialidades médicas.

### **☐ Formación del personal sanitario**

Hay tanto un problema de formación como de actitud. La especialidad psiquiátrica no es especialmente amigable para los médicos en general, suscita menos interés que otras especialidades. Además la formación, tanto durante la carrera como en el MIR, es deficitaria en este ámbito.

Tampoco hay un reciclaje en esta materia, por lo que si algún profesional se forma más, es por propia iniciativa, no porque haya un planteamiento global de formación al respecto.



## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Hay aquí diversidad de opiniones.

En un caso, el informante considera que es buena, que, una vez que derivan un paciente a Salud Mental, éste suele volver con un volante informado de su diagnóstico y tratamiento. Ello permite al médico de familia tener una continuidad en los cuidados cuando el paciente en cuestión acude al centro de salud, bien a recetar el tratamiento prescrito en Salud Mental, bien para cualquier otro problema de salud.

En el otro caso, la información recogida es la contraria y, con lo que se encuentra el médico de familia es con volantes incompletos, que contienen sólo la medicación prescrita, pero no el diagnóstico o la duración prevista del tratamiento.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma se identifica, en uno de los casos con las características del propio cuadro psicopatológico (como el orden excesivo). En ese sentido, no se alude a problemas de rechazo, ni dentro ni fuera del ámbito sanitario.

En el otro se alude al rechazo social que provoca la creencia, nunca verbalizada de manera clara, de que este tipo de pacientes, estarían mejor ingresados. A juicio de este informante, en el ámbito rural ese rechazo es menor, las personas con enfermedad mental están más integradas en el conjunto del pueblo.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Con este tipo de pacientes pasa un poco como con los ancianos. Se achacan a la patología mental determinadas quejas, sin tener en cuenta que, tengan o no que ver con la ella (por ejemplo el insomnio) puede tener una solución.

Respecto a los ingresos involuntarios, se destaca la idea de que en la medida en que el médico de familia conozca al paciente y sus circunstancias, en la medida en la que asuma su papel de cuidador, puede reconducir el caso y hacer innecesario recurrir a medidas coercitivas para llevar a cabo el ingreso.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

El personal de atención primaria debería contar con más formación sobre la patología psiquiátrica. Ello permitiría una intervención cada vez más normalizadora respecto a estos pacientes.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

La atención primaria es el eje sobre el que gira la asistencia del modelo asistencial: el paciente, por así decirlo, es de atención primaria y, aunque acuda a los especialistas que en cada caso se requieran, siempre vuelve (o así debería ser) a su centro de salud.

En ese modelo, el médico de atención primaria debe estar al corriente de los tratamientos, debe tener un seguimiento de ese paciente y, en estrecha colaboración con el especialista psiquiátrico, actuar precozmente ante cualquier sospecha de descompensación.

## **BALEARES**

### **Responsables de Unidades de Salud Mental**

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

El entrevistado destaca las diferencias organizativas y la existencia de recursos específicos.

#### **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La principal diferencia es la problemática social asociada a este tipo de trastornos.

#### **Programas que se desarrollan**

Además de los farmacológicos, en el caso de los pacientes psicóticos se lleva a cabo terapia con familiares.

#### **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación con atención primaria se percibe como insatisfactoria, dada la escasez de tiempo, con reuniones mensuales en las que se intenta dotar de mayor formación a los médicos y sensibilizarles.

La coordinación con la atención hospitalaria es más frecuente, con interconsultas y sesiones clínicas semanales.

#### **Origen y evolución del estigma**

En su opinión, el estigma se obedece a desconocimiento y a una imagen muy negativa transmitida por los medios de comunicación.

#### **Estigmatización en el sistema sanitario**

Señala dos situaciones que contribuyen al estigma: la rápida derivación y, sobre todo, la excesiva hospitalización.

## ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

Sin responder a un programa establecido, las actuaciones van dirigidas a informar a los familiares, a tratar con normalidad a los pacientes y a formar, a modo de psicoeducación, al resto de médicos cuando hay ocasión.

## ☐ **Lucha contra el estigma**

Desde su punto de vista, lo más necesario es la información orientada a:

- ✦ Modificar actitudes en atención primaria para que apoyen mejor a los familiares, con mensajes positivos, abandonando ideas como que es una enfermedad incurable.
- ✦ Integrar o reintegrar laboralmente lo antes posible.
- ✦ Mejorar la visión de la enfermedad mental en el resto de especialidades.

## **Responsables de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Los entrevistados destacan la ausencia de conciencia de enfermedad y la necesidad de dedicar a este tipo de pacientes mayor tiempo.

### ☐ **Protocolos: existencia y posibilidad**

No hay ninguno de Salud Mental, exceptuando un protocolo de derivación que recientemente se ha recibido en el centro de ámbito urbano.

Además de este tema, se deberían incluir aspectos como el manejo de situaciones de crisis y el acceso hospitalario.

### ☐ **Lugar del diagnóstico en el cuidado de la salud**

Los entrevistados consideran que es el diagnóstico más importante, atendiendo a cuestiones como el riesgo de suicidio, dificultad de diagnósticos diferenciales y la tendencia de los propios pacientes a no seguir los tratamientos.

### ☐ **Formación del personal sanitario**

Aunque existen cursos, la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad mental depende del interés particular.

### ☐ **Origen y evolución del estigma**

Se considera una marca asumida por los propios pacientes y familiares, en especial en ámbitos urbanos, menos tolerantes.

### ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

No se aborda este asunto de manera específica, más allá del trato que se dispensa a familiares y pacientes, basado en la normalidad.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Además del desarrollo de programas de Salud Mental, se considera necesario dedicar mayor tiempo a estos pacientes y a sus familias y un mayor contacto con los especialistas.

## CANARIAS

### Técnico de la consejería

#### **Plan de Salud Mental**

No existe un Plan específico: se ha desarrollado el apartado correspondiente a Salud Mental del Plan de Salud 2004-2008, con los siguientes objetivos:

- ✦ Desarrollar el programa de Salud Mental infanto-juvenil.
- ✦ Reforzar las unidades de Salud Mental comunitaria donde el crecimiento de la población ha sido importante.
- ✦ Trabajar los programas de atención a la discapacidad en el sector de la Salud Mental a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación.
- ✦ Poner en marcha un registro psiquiátrico informatizado.

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Señala una concepción de la enfermedad mental integrada totalmente en la atención especializada.

#### **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

La diferencia más importante estriba en la discapacidad que este tipo de pacientes desarrolla, que hace necesaria la intervención de servicios sociales, además de los sanitarios.

#### **Origen y evolución del estigma**

Lo percibe como una marca histórica. En su opinión, el estigma asociado a la enfermedad mental se va reduciendo debido, fundamentalmente a la incorporación de la enfermedad mental al sistema sanitario, a la integración de los enfermos mentales en lugares de trabajo y a las reivindicaciones de las asociaciones de familiares.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Destaca el hecho de que desde los propios medios sanitarios se elaboran y difunden una serie de mensajes que hay que desmontar:

- ✦ Riesgo y peligro.
- ✦ Es impredecible.
- ✦ La enfermedad mental no tiene cura.

Estos mensajes o concepciones calan muy hondo en los servicios de urgencia, donde se tiende a considerar que la enfermedad mental explica la práctica totalidad de las dolencias de este tipo de pacientes.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Se aborda de forma indirecta, a través de la coordinación con atención primaria, fundamentada en la formación de los médicos de familia.

Esta es la línea en la que, plantea, hay que luchar contra el estigma dentro de la atención sanitaria, tanto en la primaria como en la especializada, considerando a la persona con enfermedad mental en su totalidad (en lo biológico, psicológico y social) como al resto de los pacientes.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Los entrevistados insisten en que se trata de un problema sanitario más, si bien destacan el hecho de que la psiquiatría ocupa un lugar muy secundario en el conjunto de la sanidad.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Los rasgos más característicos son en su opinión, la ausencia de conciencia de enfermedad y la necesidad de un apoyo social que no requieren pacientes de otras patologías.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

Se centran en la atención farmacológica y, de forma más minoritaria, en la psicológica, destacando la ausencia de protocolos. Como excepción, cabe señalar el objetivo marcado por uno de los entrevistados de cumplir estrictamente el protocolo de derivación por parte de atención primaria.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación con atención primaria resulta claramente mejorable. En un caso, se ha optado por mantener exclusivamente una comunicación escrita (tras años de infructuosas reuniones) y, en otro, se ha planteado, a modo de experiencia piloto, la realización de interconsultas sobre casos concretos.

La coordinación con la atención hospitalaria suscita opiniones muy diferentes: mientras que uno de los entrevistados la considera buena, basada en reuniones programadas, el otro manifiesta que es muy caótica al estar basada en relaciones personales.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El origen del estigma se asocia con lo extraño, lo incomprensible y la peligrosidad que se ha venido vinculando a la enfermedad mental, factores que ayudan a mantenerlo.

Si bien el hecho de que las épocas manicomiales hayan quedado atrás se valora como una evolución positiva del estigma, lo cierto es que se considera que la sociedad actual es menos tolerante con este tipo de enfermos.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

La única práctica estigmatizante percibida es la actuación en los servicios de urgencia, que dan prioridad a la dolencia psiquiátrica.

## ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

Además de la normalidad en el trato con estos pacientes en el trabajo diario, en uno de los centros el personal de enfermería desarrolla una psicoeducación individual con pacientes y familiares en la que se trata el tema del estigma.



## ☐ **Lucha contra el estigma**

En el apartado de los profesionales de la sanidad, en especial en el conjunto de especialistas, se destaca la necesidad de mayor formación sobre la enfermedad mental.

De cara a la población general, se plantea transmitir una visión normalizada de este tipo de pacientes, colaborando en charlas en instituciones educativas.

## **Responsable de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se percibe como un paciente con unas necesidades (recursos, apoyos, tratamientos, seguimientos...), a las que difícilmente se puede atender desde primaria, dada la presión asistencial y las carencias de recursos existentes.

La dificultad para que el paciente cumpla con su tratamiento se percibe como la principal diferencia respecto al resto de enfermos.

### ☐ **Protocolos: existencia y posibilidad**

No hay ninguno de Salud Mental, dado que en la cartera de servicios, las correspondientes direcciones no los incluyen.

Se consideran necesarios, con las siguientes peculiaridades:

- ✦ Que sea orientativo, no de obligado cumplimiento: una guía para saber que pasos dar.
- ✦ Que sirva para establecer un diagnóstico, porque va a aumentar la confianza del paciente en su médico de cabecera.

### ☐ **Lugar del diagnóstico en el cuidado de la salud**

Los entrevistados consideran que es el diagnóstico más importante porque limita las posibilidades de intervención en el resto de las patologías.

### ☐ **Formación del personal sanitario**

En opinión de las personas consultadas, existen programas suficientes (tanto por parte de los responsables de Salud Mental como de la industria farmacéutica), si bien la disponibilidad de tiempo, y el interés personal por la materia, condiciona el desarrollo de procesos formativos.

### ☐ **Origen y evolución del estigma**

En su origen, los informantes destacan dos aspectos:

- ✦ El acervo cultural.
- ✦ La concepción de los propios profesionales de la patología mental como una enfermedad incurable, concepción que todavía se puede encontrar en profesionales de determinadas generaciones.

Su evolución se percibe como positiva, señalándose que:

- ✦ Hay una mayor conocimiento entre la opinión pública y una mayor demanda de asistencia psiquiátrica y psicológica.
- ✦ Ha mejorado la formación de los médicos a partir del MIR.

### ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

No se aborda este asunto de manera específica, más allá del trato que se dispensa a familiares y pacientes, basado en la normalidad.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Se apuntan dos ideas: dada la empatía que existe entre médico y paciente, tener una presencia más constante en su seguimiento y tener la capacitación suficiente para resolver las dudas que los propios pacientes plantean.

## **CANTABRIA**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

No hay como tal un plan que esté vigente. Hubo uno que cubría el periodo 1998-2000 y, posteriormente se hizo un análisis de situación, en el año 2002, como desarrollo de la ley de ordenación sanitaria. No hay nada más.

A lo largo de estos años, Los objetivos que se han perseguido han sido reforzar, ampliar y diversificar las plantillas en Salud Mental.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Hay diferencias en cómo se expresan los síntomas y, por lo tanto en cómo se abordan este tipo de dolencias. Se da la circunstancia de que, dentro del gasto global del sistema, el gasto en Salud Mental es relativamente escaso, debido a que no consume tecnología. En cambio necesita más recursos humanos que el resto de especialidades, lo que no siempre es entendido por los gestores.

Nuestro informante alude aquí a la proliferación de trastornos menores y de fenómenos de la vida diaria que están cobrando una importancia inusitada, lo que va en detrimento de los pacientes con trastornos graves.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Es interesante la reflexión que hace nuestro informante relativa a que el paciente con enfermedad mental no reclama, no hace valer sus derechos o, e cualquier caso, lo hace en menor medida que la población en general. Ello puede deberse a muchas cosas, pero lo que se cuestiona nuestro informante es si, de alguna manera, a fuerza de incidir en la conciencia de enfermedad, los propios psiquiatras no están contribuyendo a ese menor nivel de reivindicación.

## ☐ Origen y evolución del estigma

“La locura” es algo que nos asusta a todos: pertenece, junto a la muerte y al dolor, al grupo de miedos ancestrales del ser humano.

Además influye el desconocimiento que hay sobre la enfermedad mental: es algo que siempre se ha apartado y si lo apartamos no lo conocemos y, si no lo conocemos, produce rechazo o miedo. De lejos sólo ves el trastorno no a la persona. Cambiamos cuando lo reconocemos en el otro.

El cambio cultural se va haciendo poco a poco, no hay factores concretos que esté haciendo que el estigma perdure.

## ☐ Intervención sobre el estigma

No hay actuaciones concretas o establecidas desde la gestión y la planificación sanitaria: no existe una planificación sanitaria de la Salud Mental en Cantabria y, por lo tanto, no la hay respecto al estigma. Toda la política de poner las unidades de Salud Mental más cerca, centros por toda la comunidad, fue algo muy bien aceptado; crear estructuras en la comunidad ha contribuido a reducir el estigma.

Más que campañas, lo que se considera efectivo es el día a día en el trabajo de los profesionales como instrumento eficaz en la lucha contra el estigma.

## ☐ El papel de la atención primaria

Justamente en esa línea, se han incrementado las plantillas de los centros de atención primaria. Además de brindar una mejor asistencia a la población en general, se buscaba una mayor implicación de esos profesionales en la atención a pacientes con enfermedad mental, es decir, que los trastornos menores pudieran ser tratados en ese ámbito. Lo cierto es que los resultados no son los esperados y que sigue habiendo el mismo índice de derivaciones a atención especializada.

A juicio de nuestro informante, parece que más que el tiempo del que se dispone (ahora no debería ser un problema) lo que hay es una dificultad para escuchar a la gente, una especie de miedo a que cuente problemas que el médico no va a saber cómo abordar.

## **Responsable de Unidad de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Son varias las notas diferenciales con las que cabe catalogar la enfermedad mental. En primer lugar la cronicidad, la duración de tratamientos y extensión a lo largo del tiempo lo que hace que consuma muchos recursos sanitarios.

A renglón seguido, hay que apuntar al estigma, tanto entre la población en general como entre los profesionales sanitarios.

Fruto de ese estigma, de una deficiente formación o de ambas circunstancias, lo cierto es que los médicos de familia no tratan adecuadamente este tipo de problemas. Parece que hay una actitud de no indagar más allá de la demanda explícita del paciente.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

En el caso de los trastornos graves, lo característico es la cronicidad y que, por lo tanto, consume más recursos.

Del resto, de los trastornos menores, puede decirse que son curables, modificables, muy influidos por el ambiente familiar, social, laboral y cultural.

### **☐ Programas que se realizan**

Psiquiatría, enfermería (hábitos de vida y cuidados de la salud), psicología.

### **☐ Formación del personal sanitario**

Como se apunta más arriba, fuera del ámbito de la psiquiatría, no hay formación adecuada para el tratamiento de estos pacientes.

### **☐ Coordinación entre dispositivos**

Hay dificultades con el nivel hospitalario, derivadas de las reticencias para ingresar pacientes.

Con atención primaria, la relación es buena. Hay reuniones de coordinación y comunicaciones a demanda para solventar problemas concretos.

## 📄 Origen y evolución del estigma

Para nuestro informante, el estigma consiste en la desaparición de la persona bajo el diagnóstico psiquiátrico. Este fenómeno afecta a la población, quizá por prejuicios sobre lo extraño y lo agresivo de estos paciente, pero de él no escapan los profesionales sanitarios.

En efecto, el estigma alcanza a los propios psiquiatras. En un doble sentido, pues por un lado son víctimas del estigma (tienen una consideración distinta y distante dentro del colectivo médico) pero por el otro son propagadores, puesto que tienden a *sepultar a las personas bajo los diagnósticos*.

Con todo, los propios pacientes son conscientes del estigma y muchos de ellos quieren que su paso por la consulta no deje huella, por ejemplo, pidiendo que figure la unidad de Salud Mental en ningún documento.

## 📄 Estigmatización en el sistema sanitario

Tres son las cosas que nos apunta. Los ingresos involuntarios que suponen un colapso en la vida de estas personas así como un fracaso, tanto en el tratamiento, como en los sistemas de apoyo.

Además de ello, aún con los avances que se han producido en este sentido, la asistencia hospitalaria está aislada del resto de la asistencia sociosanitaria, al margen de “lo habitual”.

Finalmente, señala que los profesionales tienen una actitud entre defensiva y de rechazo por falta de conocimientos y por compartir con la sociedad el estigma.

## 📄 Intervención sobre el estigma

No hay intervenciones específicas desde el ámbito profesional, solamente el trabajo diario.

## **Responsable de Atención Primaria**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Lo que aquí se apunta es a la intangibilidad física de estos trastornos, a que se trata de una patología muy especializada que, por lo tanto, debe llevar directamente al psiquiatra. La formación de los médicos de familia no es tan amplia y sólo se pueden asumir cuadros depresivos y otros trastornos menores.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La necesidad de una atención específica. En atención primaria es un paciente que consume mucho tiempo, sobre todo en el diagnóstico pero también en el seguimiento.

### **☐ Programas que se desarrollan**

Se llevan a cabo los que marca el Servicio Cántabro de Salud (atención a enfermedades crónicas). Ninguno de Salud Mental.

### **☐ Formación del personal sanitario**

Dado lo específico de este tipo de trastornos, no se da la suficiente formación como para abordarlos de una manera satisfactoria.

### **☐ Origen y evolución del estigma**

Históricamente, la enfermedad mental se ha considerado algo de brujería, castigo de Dios, ... Estas creencias, en cierta medida, quedaban reafirmadas por el trato que se daba a los pacientes institucionalizados en los psiquiátricos.

En definitiva, el estigma viene dado por cómo se ha vivido la enfermedad mental, la historia ha hecho que eso sea así. Con los trastornos del estado de ánimo ya no hay estigma; la mayoría de la gente asume la normalidad de tener una depresión, ya dice con mucha tranquilidad que va al psicólogo, incluso eso hasta se ve bien.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Según uno de los médicos se trata de un fenómeno que no se da, a juicio del otro, para el profesional sanitario la enfermedad mental sigue siendo un ámbito menos conocido y produce aprehensión y reticencia, sobre todo en el personal de enfermería.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Para luchar contra el estigma hay que aceptar que es una patología como otra cualquiera y hoy, las personas que tienen una enfermedad mental, están integradas en la sociedad.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Según uno de los testimonios, la atención primaria cada vez asume más funciones y no descarga de pacientes lo que les lleva a una sobrecarga de trabajo, luego poco es lo que puede hacerse. De lo que se trata es de tratarlos como pacientes, como usuarios del sistema de salud sin otro tipo de consideraciones.

Según el otro, todos los profesionales sanitarios pueden contribuir a reducir el estigma en cualquier enfermedad (por ejemplo, la tuberculosis): influye la manera en la que se aborde, la información que se dé al paciente, cómo se le explique a la familia. Lo importante es la actitud y la formación. La ignorancia es lo que lleva a la estigmatización, en todos los terrenos.

En el primer caso se trata de un médico de ámbito urbano y, en el segundo, de uno rural. Quizá en este último caso hay más tiempo y se pueden plantear más cosas, pero todo parece indicar que, en el fondo, las actitudes personales juegan un papel decisivo.



## **CASTILLA LA MANCHA**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

Hubo un plan, 2000 2004, destinado a la expansión de la red, la creación de unos mínimos en cuanto a recursos. En el periodo 2005 2010, de los que se trata es de lograr unos estándares de calidad en esos recursos y de hacer que esa red funcione de manera armónica y coordinada.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental es una enfermedad más y como tal se trata en el Servicio Regional de Salud, que está integrando toda una serie de recursos que estaban desperdigados y en los que se incluye, un abordaje psicosocial, necesario en este tipo de enfermedades.

Por otro lado, la enfermedad mental afecta, en algunos casos, a la capacidad de comunicación, por lo que puede ser necesaria la concurrencia de algún tipo de apoyo en el momento del tratamiento. Además, esa necesidad de apoyo puede ser requerida a lo largo del tratamiento, por lo que el papel de la familia es muy importante.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

A juicio de nuestro informante, debería ser un paciente más, pero ese debería, lo que está indicando es que, hoy por hoy, no lo es, que, de alguna forma, tiene una consideración distinta al resto de los pacientes.

#### **☐ Origen y evolución del estigma**

Es como una marca, un cartel peyorativo que te ponen los otros. Pero también, nos dicen nuestros informantes, asistimos al el auto estigma, en el sentido de que, a fuerza de ser tratado como diferente, el paciente con enfermedad mental acaba interiorizando esa diferencia.

El estigma afecta a los propios profesionales: dentro del colectivo de médicos los psiquiatras son un “caso aparte” un grupo de profesionales respecto a los que hay ciertas reticencias.

En cualquier caso, esa estigmatización, ha evolucionado para bien, en el sentido de que el sistema ha avanzado hacia una mayor y mejor integración, de que la asistencia se presta, cada vez más, en recursos que están dentro de la red normalizada.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Según declara nuestro informante, la consejería intenta movilizar y comprometer en este empeño a los diferentes actores implicados, dando un especial protagonismo a las asociaciones de familiares.

La integración de los servicios en la red asistencial y de todos los profesionales en la consejería de sanidad, serían actuaciones tendentes a eliminar el estigma.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

El médico de atención primaria, además de ocuparse de la salud general de estos pacientes, es el que mejor puede detectar ciertos cambios y, por lo tanto, promover actuaciones precoces sobre la enfermedad mental.

Para ello, está claro, necesitan un proceso de formación y reciclaje continuos que se promueven, pero que chocan con la dificultad de que son muchas las áreas en las que el médico de familia debe formarse.

## **Responsable de Unidad de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental responde a los mismos patrones que cualquier otra enfermedad: tiene unas causas, hay unas fórmulas diagnósticas, hay unos tratamientos, etc.

Sin embargo, cabe señalar dos diferencias:

- ✦ El papel de los componentes psicosociales y del entorno, tanto para el mantenimiento de la salud como en el desenlace de las crisis.
- ✦ La frecuencia con que evoluciona hacia la cronicidad.

En definitiva, se trata de un trastorno más complejo que hace que sean necesarias intervenciones en más áreas.

### **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Nuestros informantes destacan el hecho de que, habitualmente, no hay conciencia de enfermedad. Pero, más allá de eso, lo diferencial de esta categoría de enfermedades es que afectan al núcleo del yo, que el yo aparece escindido. Son, por lo tanto, enfermedades nucleares, frente a las físicas que son periféricas.

### **Programas que se realizan**

No se refieren programas estandarizados.

### **Coordinación entre dispositivos**

No está protocolizada.

### **Origen y evolución del estigma**

Además de razones socio culturales (por la historia de los manicomios, de los locos, el hecho de que la psiquiatría, como especialidad sanitaria, haya tardado históricamente, mucho tiempo en incorporarse al sistema sanitario normalizado) hay que señalar el temor de "los sanos", a vernos reflejados en los enfermos.

Ese temor no tiene tanta importancia en otras especialidades, al menos no genera el mismo grado de ansiedad y de temor, que es lo que provoca el rechazo y, por lo tanto genera un estigma.

Con todo, resulta claro que el estigma ha evolucionado, que hoy por hoy los servicios de Salud Mental están imbuidos de mucha menos carga peyorativa.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Resulta interesante la idea de que, más allá de ciertas prácticas que son muy notorias (la contención mecánica, el ingreso involuntario) lo que más puede estigmatizar es la vulneración de la autonomía del paciente a lo largo del tratamiento, que vaya perdiendo protagonismo de manera sutil y acabe siendo “anulado” por los servicios asistenciales.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

A juicio de nuestros informantes lo más eficaz es intentar que los sistemas de diagnóstico y de tratamiento y la tramitación general de un servicio asistencial, sea lo más normalizado posible, lo más parecido a cualquier otro servicio, cada uno con sus características, pero intentar que el centros de salud mental funcionen, y que los pacientes, los familiares, las personas del exterior, así lo vean, como un servicio más de la atención sanitaria.

## **Responsable de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad más complicada sobre la que, además, no hay una intervención curativa, tan sólo de estabilización sintomática.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Tal y como se les ve en la consulta, estabilizados a través de la intervención de los especialistas, se trata de enfermos normales: vienen a por sus recetas y demás.

Pero no siempre es así. Es un paciente con poca conciencia de enfermedad, lo que lo hace rebelde, negarse a tomar un tratamiento, ... son pacientes más complicados.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Ninguno con enfermedad mental; a juicio de uno de nuestros informantes porque, en realidad, no interesa mucho.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

Es adecuada y suficiente para enfrentarse a los problemas menores, desde luego no para los trastornos graves que deben ser tratados por los especialistas.

Tomando la enfermedad mental en su conjunto, se echa en falta una mayor información y formación respecto a cómo tratar estos cuadros.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Hay quejas respecto a la información que se les devuelve de lo pacientes derivados: volantes mal informados, sin reflejar el diagnóstico, con pautas poco claras.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Con respecto a los ingresos involuntarios, es interesante la queja referida a que, anteriormente, había un equipo de sociosanitario (celadores que, además eran conocidos por los enfermos) que hacía menos estigmatizante ese episodio.

En cualquier caso hay una consideración negativa respecto a esas intervenciones en crisis, son desagradables para los médicos y nadie quiere asumirlas.

Tampoco deja de reconocerse cierta tendencia a sobrevalorar el diagnóstico de enfermedad mental o a no ser capaces de identificar correctamente las quejas del paciente.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Hay una curiosa propuesta para superar el estigma, con una apariencia tremendamente positiva: sería la integración de psiquiatras en atención primaria, pero con el propósito de quitarse de en medio a lo pacientes con trastornos graves lo cual, sin duda, tendría el efecto contrario.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Sería hacerse cargo de los trastornos menores. En los graves, simplemente hacer las recetas.

## **CASTILLA Y LEÓN**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

El estigma está presente en la estrategia de Salud Mental, con un apartado específico y con actividades concretas: campañas en medios de comunicación, y un estudio sobre acceso a los recursos pendiente de realizar.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Se trata de una enfermedad crónica y grave. No tiene una gran prevalencia pero, en términos de incapacidad y de mortalidad, es un grave problema de salud.

El propósito de situar estos trastornos dentro del sistema sanitario, abre la posibilidad de situar a los pacientes en el mismo nivel que los pacientes de otras patologías, pero introduce el riesgo de no tratar a estos pacientes con la individualización que merecen.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Es equiparable en cuanto a los derechos que le asisten, como persona y como usuario del sistema de salud, pero no puede perderse de vista que sufre un trastorno que compromete la visión que tiene de las cosas y de sí mismo, lo que lo hace sensiblemente distinto al resto de pacientes.

#### **☐ Origen y evolución del estigma**

Para la familia, el estigma comprende aspectos de culpa (por la creencia de que podían haber hecho algo más para evitar la enfermedad) y vergüenza (por los episodios de crisis del familiar enfermo) lo que puede llevar a que se conceptúen a sí mismas como familias de menos calidad.

A juicio de nuestro informante, el estigma tiene mucho de auto inducido, de que los propios pacientes se sienten estigmatizados y tienen que aprender a no estarlo.

En cualquier caso, la sociedad ha evolucionado mucho y cada vez hay menos estigma.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

A juicio de este responsable, no habría estigma en el ámbito sanitario. Sí habría una especie de contra estigma. El hecho de que se haya popularizado el acceso a las consultas de psiquiatría, está reduciendo el estigma, pero está teniendo el efecto contraproducente de saturar los servicios, muchas veces por quejas banales, lo cual va en detrimento de la atención a los pacientes con una enfermedad mental.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Desde el punto de vista de la administración, luchar contra el estigma supone la búsqueda de derechos sanitarios, como pacientes, y de oportunidades sociales que estos enfermos no tienen, al menos no con el mismo nivel que otros colectivos de discapacidad social.

Desde el punto de vista profesional, luchar contra el estigma es lograr que el paciente pueda recibir el tratamiento en las mismas condiciones de universalidad y gratuidad que otros pacientes y que tenga las mismas oportunidades de acceder al empleo. Nuestro informante se cuestiona, en este punto, si hay estigma o una incapacidad objetiva para muchos pacientes de trabajar.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Este nivel asistencial, se está incorporando cada vez más la atención a los pacientes con enfermedad mental en su cartera de servicios. Los profesionales están cada vez más preparados para detectar las enfermedades mentales más prevalentes y son más sensibles a ellas. Buena parte de la atención a los pacientes mentales graves se hace en atención primaria (recetas de continuidad, atención domiciliaria en crisis,...).

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

El conjunto de informantes alude a que es una enfermedad más, con la particularidad de que requiere un enfoque psicosocial.

Uno de ellos va un poco más allá. Según su criterio, aunque se introduce en el sistema sanitario, es diferente al resto de enfermedades, ya que en cuanto a etiología, patogenia; no hay una objetividad en el diagnóstico y no se puede tratar con los mismos parámetros que las patologías orgánicas.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

El trato con él es distinto, no se puede explorar con la misma orientación que a otro enfermo. Hay cosas que no se deben preguntar y estrategias que no se deben seguir. Requiere una cierta familiaridad, una formación específica ya que se sale de lo habitual en las consultas médicas.

No obstante, en cuanto a usuario del sistema de salud, es un paciente más, que accede a los servicios especializados por las mismas vías que en el resto de los casos.

### **☐ Programas que se desarrollan**

Hay un programa de gestión de casos, que consiste en el seguimiento continuo de todos los pacientes con trastorno mental grave por parte de enfermería y trabajo social. A través de ese seguimiento se tiene a los pacientes próximos a la red y se está al tanto de su evolución.

Este sistema está implantado en todos los centros cuyos responsables se han visitado. En casi todos los casos, además, se informa de seguimiento de los tratamientos farmacológicos y de grupos de psicoterapia.



## ☐ **Formación del personal sanitario**

La tónica general es considerar que los médicos de atención primaria están capacitados, y cada vez más, para entender y abordar estos casos, sobre todo por la formación MIR en la que rotan por los servicios de Salud Mental, como por la formación a la que, posteriormente, tienen acceso.

A juicio de uno de los informantes, no todos los médicos, ni siquiera todos los psiquiatras tienen la actitud ni la aptitud adecuadas para tratar de manera eficaz con este tipo de pacientes.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Es buena con la unidad de hospitalización, hay reuniones semanales que hacen posible un seguimiento muy estrecho. Con atención primaria hay un contacto también muy estrecho a través de enfermería, mediante el cual se ofrece al médico de familia una vía de comunicación ante cualquier incidente con estos pacientes, hecho éste que contribuye a que los atiendan con mayor tranquilidad.

En algunos de los casos, la coordinación, además, se sustancia en que cada uno de los psiquiatras tiene asignados un determinado número de centros de atención primaria y ejerce una labor de apoyo con los médicos de familia.

Según uno de los informantes, esta coordinación también se da en los ingresos urgentes, en los cuales cada uno sabe cual es su papel y se funciona bastante bien.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma es un constructo social que afecta a muchas enfermedades. En el caso de la enfermedad mental, se produce porque la gente no la conoce y, por lo tanto, no la entiende. Se ve reforzado por determinados hechos violentos que, en ocasiones, tienen como protagonistas a estas personas y que vienen a alimentar ese miedo que existe.

Según uno de los informantes, el peso de esos hechos violentos, a pesar de que sean estadísticamente poco significativos, reside en la incomprensión. Cuando hay hechos violentos en los que aparece una persona con enfermedad mental, no

hay una explicación que se pueda entender (no ya compartir) como en el caso de un atraco o cuestiones similares.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

En algunos casos, se refiere que la unidad de agudos aún está en el psiquiátrico, lo que se argumenta por el hecho de que está bien equipada en todos los aspectos.

También se detectan casos en los que un diagnóstico de trastorno mental, incluso de los trastornos menores, genera reticencias en los facultativos para hacerse cargo del paciente, un cierto miedo a no saber cómo tratar a esa persona.

Pero lo que más estigmatiza, a juicio de uno de los informantes, es el hecho de intentar someterlo todo al modelo médico de enfermedad mental, convertir en diagnósticos psiquiátricos fenómenos más o menos problemáticos de la vida cotidiana que se alejan bastante de una enfermedad mental.

Se tienen noticias de que, en ocasiones, se pueden desatender quejas somáticas de estos pacientes cuando acuden a servicios de urgencias, más que por no hacerles caso, por atribuirlos a su cuadro psiquiátrico.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Según uno de los informantes, cuanto más se hable del estigma, más se contribuye a perpetuarlo. Para que desaparezca, lo que hay que hacer es prestar una buena asistencia a las personas con enfermedad mental.

También se hace hincapié en la necesidad de divulgar, de ayudar a quitar barreras. A ello contribuye el hecho de que se reconozca el padecimiento de trastornos mentales y se acuda, sin mayor reticencia, a tratamiento a los servicios especializados. No es sólo el hecho de que acudan, es que vivir en propia carne la experiencia de una enfermedad mental ayuda a entender mejor la situación de otros que la padecen.

Un aspecto clave es la progresiva inserción de la psiquiatría como especialidad y de los psiquiatras como especialistas, en el conjunto de la asistencia médica, el

hecho de que la atención psiquiátrica se preste en centros donde hay otras especialidades y que lo psiquiatras sean un grupo más de especialistas.

### **☐ Papel de atención primaria**

En el caso de los trastornos menores, es esencial para no contribuir a medicalizarlos y tratarlos en la propia consulta. En los trastornos graves, su papel es más limitado; debe poder derivarlos y conocer el tratamiento que llevan, pero el grueso del mismo corresponde a Salud Mental.

En cualquier caso, es de vital importancia que puedan hacer un primer diagnóstico que les lleve a derivar los casos que sea necesario.

## **Responsable de Atención Primaria**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad distinta en la medida en que afecta a un área de la medicina que es menos conocida, si bien se están registrando importantes avances, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. En este sentido, se destaca el uso de clasificaciones normalizadas para referirse a la enfermedad mental y que requiere más tiempo de exploración que otras patologías.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Existe, por un lado, el conjunto de casos a los que les cuesta reconocer su enfermedad, y el de aquellos que, realmente, ven como el trastorno interfiere en su vida cotidiana. Ambas situaciones requieren una supervisión externa.

### **☐ Programas que se desarrollan**

No hay protocolos referidos a Salud Mental. En realidad, según nuestros informantes, los casos que ven son muy escasos, pues son atendidos en la atención especializada.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

La formación a través de MIR se considera que no es suficiente para un campo tan complicado como la psiquiatría. No obstante, sí que se valora la formación complementaria recibida.

La capacitación que se tiene para abordar trastornos mentales es muy similar a la que se tiene para enfrentarse a cualquier otro cuadro. Lo que ocurre es que en el caso de la enfermedad mental es más difícil prever cómo va a evolucionar el paciente (se cita como ejemplo las tentativas de suicidio, en donde es difícil discriminar intentos reales de llamadas de atención y en las que siempre persiste la duda). En definitiva, las carencias de formación percibidas hacen referencia al abordaje y relación con estos pacientes.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Según refieren, la coordinación con los psiquiatras de la unidad correspondiente es buena, tanto en la derivación de pacientes como en el apoyo para solventar problemas concretos.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma tiene que ver con el desconocimiento, pero también con la incompreensión. Ante un cuadro somático, todo el mundo parece que entiende que esa persona está enferma; en el caso de una enfermedad mental, queda la duda o la sospecha de que está simulando el trastorno o de que, en realidad, no le pasa nada.

Lo que se constata es una mayor tolerancia hacia esos trastornos, a la gente le cuesta menos consultar por un trastorno mental, si bien eso se refiere a los trastornos menores. Los graves aún suscitan rechazo, entre otros factores, porque la psiquiatría no ha evolucionado como otras especialidades médicas.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

No tiene porque darse, al menos según nuestros informantes.

## 📅 El papel de la atención primaria

Debe atender al cuidado de la salud de estos pacientes, como a la de otros ciudadanos cualesquiera. Además, y aunque sean tratados por Salud Mental, es preciso aprovechar esas interacciones, así como cuando acuden a por recetas para su tratamiento, para hacer un seguimiento de su evolución, intentando ver si hay algún signo de descompensación que haga recomendable algún tipo de intervención.

Se reconoce una cierta dificultad a tratarlos como un paciente más en las situaciones de crisis, cuando existen conductas agresivas.

## **Técnico de la consejería**

### **☐ Plan de Salud Mental**

Del Plan Director de Salud Mental y Adicciones 2006-2010, se deriva el desarrollo de cuatro temas:

- ✦ Soporte de la atención primaria, con la implementación de un equipo del centro de Salud Mental que se desplaza a las áreas básicas para cumplir un doble objetivo: mejorar la formación y la actuación de los médicos y enfermeras de atención primaria y disminuir la presión asistencial existente en las consultas especializadas, incrementando el tratamiento por parte de primaria de muchos trastornos neuróticos.
- ✦ Programas de intervención en la psicosis incipiente, para potenciar la intervención precoz.
- ✦ Programa de intervención en los adolescentes consumidores.
- ✦ Normalización de la psicoterapia en la red pública, para que los servicios públicos proporcionen psicoterapia como una herramienta más de tratamiento de las enfermedades mentales.

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Una de sus especificidades es que el tratamiento de la enfermedad no implica la resolución de la totalidad de la problemática, en la mayoría de los casos, pero, sobre todo, que se trata de un problema que trasciende la asistencia sanitaria al afectar parcelas básicas de la vida de la persona como la familiar y la laboral.

### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Las diferencias tienen que ver, básicamente, con las alteraciones en el orden de lo conductual y con la repercusión de la patología en el entorno del paciente, lo que influye de forma directa en un tratamiento especializado, más allá de lo estrictamente médico.

## ❏ Origen y evolución del estigma

Se concibe como la reacción de rechazo que tiene la sociedad, rechazo basado en el miedo a “la locura” desarrollado por el ser humano.

## ❏ Estigmatización en el sistema sanitario

Destaca el hecho de que, en ocasiones, se derive a un paciente psiquiátrico grave a otras especialidades y estos profesionales plantean reticencias a tratarlos. La solución a estos problemas pasa, en opinión del entrevistado, por la formación.

## ❏ Intervención sobre el estigma

El Plan Director recoge, por un lado, el trabajo con los medios de comunicación, tema que, a juicio del informante, resulta complejo y en el que debería adquirir un mayor compromiso el propio Ministerio de Sanidad.

Desde la Consejería se está desarrollando el programa “Salut i Escola”, dirigido a adolescentes. Tiene, entre sus objetivos, que los alumnos de los institutos adquieran una visión normalizada del trastorno mental, a través de consultas con una enfermera.

Por último, el Plan contiene toda una línea estratégica orientada a favorecer la participación de los afectados en la toma de decisiones que tienen que ver con su tratamiento o con los planes a desarrollar por la Consejería.

Es interesante su planteamiento de abordaje de la enfermedad mental desde el punto de vista de necesidades y no de síntomas: la mejoría de los síntomas pasaría así a ser una de las necesidades de las personas afectadas por un trastorno mental, pero no la única, introduciendo así procesos como la rehabilitación desde los primeros momentos que permitan reducir el deterioro y la cronicidad que, a la postre, es lo que se estigmatiza.

## ❏ El papel de la atención primaria

Debe derivar con mejor criterio, no de manera generalizada, y constituirse en centros donde se den respuestas a muchas necesidades relacionadas con la Salud Mental de la población.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Los entrevistados destacan la dificultad a la que se enfrentan para tratar la enfermedad mental grave, dificultad que se asocia con la ausencia de conciencia de enfermedad y la escasa colaboración de los pacientes. Por ello, y como una especificidad más, señalan el papel decisivo que tiene el hecho de contar con el apoyo de la familia del enfermo.

Por otra parte, consideran que la enfermedad mental produce un gran impacto en la vida familiar, laboral y social del paciente que no se reproduce en el caso de otras patologías.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Al hilo de lo anterior, tres son los rasgos más señalados:

- ✦ El inicio de tratamientos en contra de la voluntad de los pacientes y la dificultad del seguimiento del mismo.
- ✦ El riesgo de suicidio.
- ✦ La cronicidad y la necesidad que presentan de cuidados, tanto sanitarios como sociales, durante la práctica totalidad de su vida.

### **☐ Programas que se desarrollan**

Se sigue un programa de atención al trastorno mental severo para aquellos casos de pacientes especialmente afectados (múltiples descompensaciones, mala respuesta al tratamiento, carencia de un soporte familiar adecuado...), que se basa en el constante seguimiento de estos pacientes, tanto en consulta como en el domicilio e incluye actividades como la continuidad de cuidados tras los ingresos hospitalarios, contactos en caso de no presentarse a las visitas, atención a sus hábitos de salud general, etc.



## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Con el área de atención primaria, se realiza un soporte a través de la puesta en marcha de mini-equipos que faciliten la correcta derivación de pacientes. Se trata de un programa establecido por la Generalitat que suscita opiniones encontradas, dados los recursos humanos disponibles en los centros de salud que son quienes tienen que dotar a esos mini equipos.

Muy recientemente se ha implantado un programa que pretende el seguimiento por parte del médico de atención primaria de patologías físicas asociadas a los tratamientos que siguen los pacientes con trastornos mentales graves y que no están recibiendo una correcta atención, al ser un grupo de pacientes que no frecuentan, aún necesítándolo, a su médico de cabecera.

Además de estos programas, se desarrollan sesiones de formación e interconsultas.

En el caso de la atención hospitalaria, la coordinación se fundamenta en reuniones periódicas con el servicio de psiquiatría y visitas del personal de enfermería al hospital cuando están ingresados pacientes del centro de Salud Mental.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma, según manifiestan los informantes, se asocia al diagnóstico y a la tradicional exclusión de la psiquiatría del sistema de salud, por lo que se atribuye tanto a la población general como al ámbito profesional.

Alrededor del estigma gravitan las ideas de "locura", de imposibilidad de cura, de miedo a lo desconocido, de rechazo a lo que no se comprende, de tendencia a ocultar la enfermedad... En líneas generales, los entrevistados perciben una evolución positiva, con una reducción del miedo a la enfermedad mental (se señala que el estigma afecta actualmente más a toxicómanos que a pacientes con trastornos mentales) si bien coinciden en que la aparición en prensa de sucesos graves relacionados con personas que sufren una enfermedad mental reaviva el rechazo.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Si bien es una circunstancia concreta, no es menos cierto que el hecho de no contar con una unidad en hospital general y tener que ingresar a los pacientes en el psiquiátrico constituye un factor que alimenta el estigma.

Con carácter más general, los informantes destacan:

- ✦ Dudas de la actitud y preparación de los servicios que acuden a un aviso de urgencia domiciliaria de un paciente con trastorno mental grave, incluido el médico de cabecera.
- ✦ La atención que estos pacientes reciben en urgencias cuando el motivo está asociado a un problema físico, que está muy mediatizada por la existencia de una patología psiquiátrica, a la que se atiende de forma prioritaria.
- ✦ La existencia en los hospitales de lo que denominan “prácticas manicomilares”, sin más atención que la farmacológica, sin ningún otro tipo de actividad programada, lo que contribuye a la cronificación.
- ✦ El desconocimiento y el miedo en el ámbito de la atención primaria.
- ✦ Prácticas excluyentes por parte del resto de especialistas, al ignorar las quejas de dolor que pueden plantear estos pacientes.

## ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

No se llevan a cabo acciones directas ni concretas en los distintos centros consultados, más allá de la participación en actos relacionados con la Salud Mental, la colaboración con el movimiento asociativo o el intento de transmitir normalidad entre los médicos de atención primaria al hablar de los pacientes con enfermedad mental grave.

## ☐ **Lucha contra el estigma**

Se apuntan los siguientes aspectos:

- ✦ Mayor integración de la psiquiatría con el resto de especialidades.

- ✦ Cuidar actitudes y conductas por parte de los profesionales, en especial el exceso de proteccionismo por parte de los equipos de Salud Mental.
- ✦ Apoyar y trabajar con los aspectos sanos y conservados del paciente, con una rehabilitación más temprana.
- ✦ Familiarizar al resto de los profesionales médicos con la enfermedad mental grave, a través de una formación llevada a cabo por los psiquiatras.
- ✦ Charlas en escuelas con el objeto de sensibilizar, al igual que se hace con otros temas como los del cuidado del medio ambiente.

## **Responsable de Atención Primaria**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Se trata de un problema como todos los demás, con la especificidad de una escasa motivación del médico de atención primaria a la hora de abordarlo, en relacionada con carencias de formación y tiempo.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se percibe como un paciente difícil, con el que se pone de manifiesto un gran desconocimiento a la hora de cómo abordarle, en especial, en materia de comunicación, sobre todo si no está diagnosticado y tratado.

### **☐ Protocolos: existencia y posibilidad**

No hay ninguno de Salud Mental. No parece estar muy claro qué es lo que se tendría que protocolizar. Se apuntan las siguientes cuestiones:

- ✦ Qué hay que hacer con este tipo de enfermos.
- ✦ Cómo se puede mejorar la atención domiciliaria.

### **☐ Lugar del diagnóstico en el cuidado de la salud**

Si no está tratada la enfermedad mental, es muy difícil abordar cualquier otra patología, por no aceptarla.

### 📅 **Formación del personal sanitario**

Se cataloga como insuficiente y un obstáculo para una mejor atención, en todos los profesionales del centro de primaria.

### 📅 **Origen y evolución del estigma**

El trasfondo del rechazo es miedo y desconocimiento, algo que se va superando en la medida que se considera una patología médica.

### 📅 **Intervención actual sobre el estigma**

No se aborda este asunto de manera específica. La comunicación entre compañeros del centro es lo único que, actualmente, puede ayudar a normalizar el tema de la enfermedad mental.

### 📅 **El papel de la atención primaria**

Ser la puerta de entrada, aunque se señalan los límites de tiempo y recursos que existen y que inciden en una sobrecarga de trabajo.

## **COMUNIDAD DE MADRID**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

En el plan que está en vigor (2003-2008) tiene la especificidad de que la atención psiquiátrica no está insertada dentro de la atención especializada, lo cual supone diferentes dificultades en la gestión y coordinación de los servicios. Esto condiciona la asistencia, ya que, para los gerentes de los servicios sanitarios, resulta difícil entender ciertos aspectos como la rehabilitación.

En ese plan, lo que se persigue es el incremento de los recursos extrahospitalarios y dar una homogeneidad a las once área de salud. Por lo que respecta a la patología mental grave, se intenta lograr la continuidad de cuidados, lograr que el paciente esté atendido en los diferentes momentos de evolución de su enfermedad y, sobre todo, que no abandone la red asistencial.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental y la asistencia psiquiátrica se ven, en el contexto de la salud, como algo diferente. De hecho, la asistencia a las personas con enfermedad mental está a caballo entre la Consejería de Sanidad y la de Familia y Asuntos Sociales.

El abordaje es distinto a la medicina en general: depende mucho de la relación terapéutica y de técnicas de intervención, como la psicoterapia, que poco tienen que ver con lo que habitualmente se usa en medicina.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

La enfermedad mental tiene impacto en las diferentes áreas de la vida de la persona, influye en su desarrollo personal.

## 📄 **Origen y evolución del estigma**

Es una marca (se compara a la que se estampa en la piel de las reses) con la que se señala a quien, en virtud de ciertos prejuicios y estereotipos, se aparta del común de la sociedad, en este caso quienes padecen una enfermedad mental.

En esta idea del alejamiento de la sociedad, se sitúan los psiquiátricos, lugares de encierro a través de los cuales se separa a estas personas.

Dentro de la propia familia, por cuenta del dolor que produce y los conflictos que genera, se dan situaciones de difícil tolerancia hacia el enfermo.

Se mantiene porque hay un rechazo hacia lo que no se comprende, rechazo que muchas veces se ve reforzado por hechos violentos protagonizados por estas personas, hechos que, por lo general, los medios de comunicación se encargan de desvirtuar y difundir.

## 📄 **Estigmatización en el sistema sanitario**

El hecho de padecer una enfermedad mental, condiciona cómo se trata a estos pacientes en el sistema de salud, se les mira de otra manera. Esa estigmatización es más frecuente en la atención hospitalaria que en la atención primaria. El médico de familia tiene un conocimiento mayor, una relación más cercana con el paciente y con su entorno familiar y social.

Aún dentro de la propia psiquiatría, hay determinados trastornos que en virtud de su dificultad, generan un cierto rechazo entre los profesionales, rechazo que tiene que ver con la insuficiente capacidad de tratarlos, como puede ser el caso, en estos momentos, de los trastornos de la personalidad.

## 📄 **Intervención sobre el estigma**

No hay una línea definida para luchar contra el estigma. Según nuestro informante, la clave para eliminar este fenómeno es favorecer el acceso a los recursos y ofrecer tratamientos adecuados a las necesidades de cada enfermo; disponer de una buena coordinación entre los servicios (sociales y sanitarios) así como una buena relación con las familias.

Ello no quita para que estime conveniente actuar sobre los puntos en los que se produce (la familia, el profesional y los medios de comunicación) con la premisa de que la información destruye mitos.

En la atención hospitalaria, es útil para este fin la presencia de los especialistas en la interconsulta; también estima necesario dar a conocer la realidad de la enfermedad mental en todos los ámbitos de los hospitales (urgencias, enfermería, ...)

Por último, es preciso imbuir a los gestores en la cultura de la integración, que entiendan que ciertos recursos de soporte y rehabilitación, forman parte del proceso de tratamiento de estos enfermos.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Hay una coordinación bastante estrecha: después de que el paciente se deriva a la atención especializada, hay un contacto entre los especialistas y la atención primaria. Ocurre que ambos niveles asistenciales están saturados, cada vez más, por patología menor, muchas veces trivial que, en cualquier caso, hay que atender.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad más, lo cual no quita que tenga ciertas peculiaridades (como cada especialidad puede tener las suyas) como son el tiempo de dedicación que requiere cada paciente y que consume más recursos humanos que otras especialidades, si bien mucha menos tecnología.

Uno de los informantes señala que la enfermedad mental afecta al ser mismo de la persona, a todas las esferas de la vida, lo cual la distingue de las enfermedades somáticas.

## ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Son pacientes que defienden menos sus derechos. A efectos de su trato y tratamiento, como usuarios del sistema de salud, son pacientes como otros cualesquiera.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

Existen programas de continuidad de cuidados, psicoeducación, alcoholismo, psicogeriatría y atención infanto juvenil. En algunos casos, la atención en los centros de Salud Mental, se ve complementada con equipos dependientes del Plan de Atención Social para personas con trastorno mental grave que hace seguimiento domiciliario (intervenciones familiares, supervisión de la medicación, etcétera).

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Con los centros de atención primaria, la coordinación es desigual, mejor en unos casos que en otros, y casi siempre suscitada desde Salud Mental.

Básicamente se hace a través del teléfono (no hay un sistema ni un calendario de reuniones) y, que sea mejor o peor parece depender del conocimiento y confianza que haya con los equipos de atención primaria. Es de señalar que la coordinación entre los profesionales se ve muy afectada, en un sentido negativo, por la rotación del personal, sobre todo en atención primaria.

El problema de la Atención Primaria, más que de capacitación, es de posibilidades de atención: está sujeta a mucha presión asistencial, lo cual lleva a que, en ocasiones, las derivaciones no sean todo lo correctas que debieran (por ejemplo, citar como preferentes casos de poca trascendencia y como normales otros de mayor enjundia) y a que no haya un seguimiento de la salud de estos pacientes todo lo constante que debiera haber.

Con la atención hospitalaria, la coordinación es, igualmente, irregular: depende mucho de la relación con los equipos.



## 📄 **Formación del personal**

En general, se valora que la formación recibida durante la carrera es escasa, si bien, en los casos de los médicos de familia, esto se corrige, en buena medida, con el plan de formación MIR. No obstante, para poder hacerse cargo de los ciertos trastornos, por ejemplo los adaptativos (como sería deseable) haría falta una formación más específica.

Uno de los informantes, haciéndose eco de las opiniones de los propios médicos de atención primaria, refiere que esa formación es insuficiente. Yendo un poco más allá, afirma que la formación no es algo que se da de una vez para siempre, sino que es dinámica y que se requiere una actualización constante. En ese sentido, hay que cuestionarse la idoneidad de la formación de los propios profesionales de la Salud Mental.

Otro de ellos, incide en que para entender la enfermedad mental es preciso un conocimiento de la fisiopatología pero, sobre todo, de la psicopatología, asunto en el que los médicos tienen una menor formación.

## 📄 **Origen y evolución del estigma**

Se trata de una actitud prejuiciosa del entorno social que afecta, sobre todo, a quienes tienen una patología mental grave. Hay una especie de necesidad social de no ver estas enfermedades: agobian, asustan, generan miedo a padecerlas uno mismo.

Ha evolucionado de manera muy favorable, lo que no quita que se reactive como consecuencia de determinados sucesos. Para uno de los informantes, la situación puede calificarse de satisfactoria.

## 📄 **Estigmatización en el sistema sanitario**

Uno de los informantes reconoce que los propios profesionales de Salud Mental estigmatizan, lo que se pone de manifiesto en comentarios informales cuando la enfermedad mental afecta a alguien próximo, pero también en ciertas intervenciones terapéuticas, en la cuales los profesionales asumen ciertos prejuicios como reales (se cita como ejemplo el empeño en romper una relación de pareja entre dos pacientes).

En ocasiones, se asume que cualquier queja de salud de estos pacientes está relacionada con la enfermedad mental. Una variable importante en ese hecho, a juicio de uno de los informantes, es la experiencia del facultativo de que se trate, pues puede ocurrir que médicos con poca experiencia se dejen llevar por la angustia y no hagan una exploración todo lo adecuada que el caso requiera.

Dentro del sistema sanitario sí que pueden darse situaciones estigmatizantes, ver a estas pacientes como titulares de menos derechos, en ocasiones sometidos a criterios arbitrarios sobre ciertas prácticas, como la contención mecánica.

El ingreso involuntario se contempla más desde el punto de vista de la necesidad que desde su posible estigmatización: prima la necesidad de evitar el riesgo sobre el impacto psicosocial que pueda tener.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Las acciones que se llevan a cabo desde las unidades son, sobre todo, de divulgación en su entorno próximo, generalmente en colaboración con las asociaciones de familiares.

Por lo que abogan nuestros informantes es, mas que por actuaciones específicas, por un tratamiento transversal del estigma: tratar con normalidad a estos pacientes, facilitar el acceso a los recursos e incluir la asistencia como un caso más de la asistencia sanitaria.

Uno de ellos apunta a que la formación de los médicos debería contribuir a esa reducción. En primer lugar dando una formación básica adecuada sobre la psiquiatría a todos lo médicos y en segundo, contribuyendo a deshacer los mitos y las falsas creencias al respecto, pues no hay que olvidar que el estudiante de medicina está inmerso en los mismos prejuicios que el conjunto de la sociedad.

### ☐ **El papel de atención primaria**

Dada su posición privilegiada de contacto con los pacientes, tienen un papel fundamental de detección, tanto de los primeros brotes en pacientes nuevos como de posibles descompensaciones en los pacientes que ya están en tratamiento.

Respecto a estos pacientes, es fundamental que hagan un buen seguimiento de su salud general, ya que son pacientes con riesgo de padecer otras enfermedades somáticas.

Deberían poder asumir el tratamiento de los casos de trastornos menores y, sobre todo, distinguirlos bien de aquellos que deben ser derivados a atención especializada.

## **Responsable de Atención Primaria**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad más compleja, con implicaciones psicológicas y sociales; es más difícil de comprender y requiere una intervención multidisciplinar.

Merece el juicio de enfermedad tremenda.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Es más difícil comunicarse con él, es inconstante en las visitas y la valoración de su estado es más difícil, lo cual ocasiona problemas serios en algunos casos (como en la valoración de las ideas autolíticas).

### **☐ Protocolos: existencia y posibilidad**

Además de los protocolos de atención a pacientes crónicos y de cuidado de la salud, existen programas de ansiedad y depresión.

En cualquier caso, deben estar estructurados y organizados desde Salud Mental. Podrían ser útiles para unificar criterios y sensibilizar a los profesionales de atención primaria.

### **☐ Lugar del diagnóstico en el cuidado de la salud**

Se reconoce la preeminencia que, en muchas ocasiones, se da a ese diagnóstico en detrimento de otras quejas de los pacientes, hecho este que se juzga como inadecuado.

## 📅 **Formación del personal sanitario**

La formación que se recibe en esta área, exige un continuo reciclaje, y este depende del interés de cada uno en la psiquiatría.

## 📅 **Origen y evolución del estigma**

Es una etiqueta que equipara la enfermedad mental a violencia, riesgo y cosas por el estilo. Todavía permanecen esas creencias, muy estimuladas por los medios de comunicación que siguen presentando a la persona con enfermedad mental como alguien capaz de matar. Esto se retroalimenta porque muchos pacientes y familias esconden la enfermedad.

No obstante, ha evolucionado. Gracias a los tratamientos, sobre todo farmacológicos, que permiten a muchos de estos pacientes llevar una vida normal en el ámbito social, en el laboral y en el familiar.

## 📅 **Intervención sobre el estigma**

No hay acciones específicas. Lo que cabe, y se intenta hacer, es tratar a estos pacientes como unos usuarios más del sistema. Con respecto a la población general, se intenta una labor educativa, explicando en qué consiste la enfermedad mental y distinguiendo los riesgos reales de los miedos infundados.

## **COMUNIDAD VALENCIANA**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

Desde el año 2004 no hay plan de Salud Mental en vigor, lo cual supone un gran condicionante, pues hay una red bastante bien estructurada pero no hay plan.

Existe el Consejo Asesor de Salud Mental que es el máximo organismo asesor consultivo de la Consejería de Sanidad en materia de Salud Mental, que ha elaborado una serie de documentos que en definitiva son las mismas estrategias del Sistema Nacional de Salud, ordenadas de una manera que sean más adecuadas a la realidad de la comunidad autónoma. Se terminó el 18 de abril y está pendiente de ser aprobado por el Consejo.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Tiene más componentes sociales. No se debe hablar de patología mental sino de Salud Mental, lo que hace referencia a estilos de vida y otras variables no estrictamente biológicas.

La Salud Mental es algo global que incluye todas las esferas de la vida de la persona, asunto sobre el que no existe el suficiente grado de conciencia.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Hay que hablar del rechazo que suscitan este tipo de enfermos, tanto entre la población en general como entre los propios profesionales.

Por otro lado, hay que señalar que la aplicación de tratamientos exige siempre que haya un soporte social o familiar.

#### **☐ Origen y evolución del estigma**

“La locura”, durante años, se ha asociado a encerramiento, lo que viene a confirmar el prejuicio de que son peligrosos. Si bien hoy en día ya no existen esas instituciones cerradas, aún persisten creencias sobre la peligrosidad y agresividad de estos pacientes.

Pero el estigma va más allá y se manifiesta de manera sutil. Por ejemplo en la pérdida de derechos de estos pacientes, que empiezan a ser ciudadanos de segunda, respecto a los cuales se toman decisiones que, supuestamente, les convienen.

A juicio de nuestro informante, los fundamentalismos son peligrosos. Así hay miedo a hablar de larga estancia, perdiendo de vista que cada paciente tiene unas posibilidades y habrá algunos que necesitarán años de seguimiento constante. ¿Por qué eso socialmente no está admitido ahora?, se pregunta el entrevistado, señalando el riesgo de contraestigma: para no estigmatizarlos más los tenemos deteriorados en su casa, cuando estarían mucho mejor atendidos en unas condiciones de calidad.

### **Estigmatización en el sistema sanitario**

Se propicia por el hecho de que las demandas de este tipo de pacientes no suele ser clara y directa, más bien suele constituir un punto de partida, un hilo del que el médico debe tirar para entender el cuadro en cuestión.

A su juicio, se hace demasiada medicina defensiva en el caso de los pacientes con enfermedad mental, presuponiéndoles una agresividad en los ingresos involuntarios, o en determinadas actuaciones dentro de las unidades de hospitalización.

Por otro lado, la propia psiquiatría está estigmatizada dentro del colectivo médico, siendo también una especie de especialidad de segunda, con menos categoría que el resto.

### **Intervención sobre el estigma**

Las campañas, a juicio de este responsable de Salud Mental, no han tenido los resultados que de ellas hubiese cabido esperar. En su lugar, parece más adecuado dirigir los esfuerzos a un trabajo más intensivo que extensivo, formando a determinados colectivos diana (jóvenes, profesionales, ...)

### **El papel de la atención primaria**

Es la puerta de entrada al sistema nacional de salud y, el caso de la enfermedad mental, no se aviene con facilidad a los usos y las estrategias a las que está

acostumbrado el médico de familia. Debería formarse adecuadamente a los profesionales de primaria para que pudieran descartar aquellos problemas que no son patológicamente significativos y para reconocer aquellos otros que sí lo son para una adecuada derivación.

Esa formación debería incluir al personal de enfermería. Podría ser un nexo de unión con la especializada, descargar un poco al médico de familia, aplicar programas de intervención pautados y establecer la coordinación con los servicios sociales.

Atención primaria es la parte del sistema que más carga asistencial soporta y que más en contacto está con la población. Una forma de socializar a estos pacientes es brindarles una buena asistencia en atención primaria, que es el nexo con la sociedad.

## **Responsables de Unidad de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Nos encontramos aquí con una fuerte tendencia a considerar la enfermedad mental como una enfermedad más.

En el extremo está la idea de que se trata un mero problema orgánico: si en otras enfermedades es tal o cual órgano el que está afectado, aquí es el cerebro o los neurotransmisores.

En otros casos, aún equiparando la enfermedad mental con otras enfermedades, no deja de reconocerse la importancia de los componentes psicociales de la misma.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Es un paciente que no acaba de estar integrado, ya no socialmente, sino ni tan siquiera en el sistema sanitario, donde no se acaban de entender sus peculiaridades.

Resulta más complejo de tratar, hacen falta determinadas habilidades. Además de ello se precisa que haya una diversidad de recursos para atenderlo.

## 📅 **Programas que se desarrollan**

Es preciso hacerse cargo de la idea que sugiere establecer dos niveles dentro de la atención psiquiátrica. Estaría el “psiquiatra general” que vería todo tipo de pacientes con enfermedad mental pero que contaría con la posibilidad de derivar ciertos casos más problemáticos a otros psiquiatras especializados en determinados tipos de trastornos.

## 📅 **Formación del personal sanitario**

Hay diversidad de opiniones. En algunos casos se valora positivamente la formación, sobre todo de los médicos de familia.

En el extremo opuesto se llega a dudar hasta la capacitación de los propios psiquiatras, más por un problema de motivación (son pocos los casos en los que la especialidad se hace por vocación, lo más habitual es que se elija como mal menor cuando la nota de acceso a la formación MIR no llega para cursar la especialidad deseada).

En cualquier caso, en lo que si cabe el acuerdo es en la necesidad de mejorar las competencias en el manejo de estos pacientes entre el personal sanitario.

## 📅 **Coordinación entre dispositivos**

Depende mucho de las circunstancias de cada centro. Suele haber una buena coordinación con los profesionales del centro de salud donde se ubica la unidad de Salud Mental, pero más por contactos informales que por la existencia de canales adecuados.

## 📅 **Origen y evolución del estigma**

El estigma se origina por el miedo a lo no previsto, por asociar a estos enfermos con actos violentos.

No ha evolucionado como debiera. Sigue habiendo mucha ignorancia, lo que genera desconocimiento y, por consiguiente, miedo.



## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

El hecho de poner el diagnóstico por delante de la persona constituye un elemento de estigmatización, a juicio de uno de los informantes.

Otro de ellos nos ofrece la siguiente reflexión. Según él, los sanitarios no especialistas en psiquiatría creen que si el paciente con enfermedad mental tiene unas características especiales, deben ir al “manicomio” y si no las tiene, debe actuar como un sujeto completamente normal.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Más que actuaciones específicas, nuestros informantes confían en el trabajo diario tendente a normalizar la asistencia a estos pacientes.

Confían en el cambio generacional, en el hecho de que los nuevos médicos, con una mejor formación tienen una mayor sensibilidad respecto a este tipo de pacientes.

También en que una mayor coordinación entre dispositivos ha de conducir a que los médicos no especialistas en psiquiatría conozcan más y mejor la enfermedad mental y la traten con normalidad.

## **Responsable de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

A juicio de nuestros informantes, se trata de una enfermedad más. Una enfermedad crónica que, en la medida en la que corresponde, se trata en atención primaria.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Destacan el hecho de que son pacientes estigmatizados, incluso en el seno de la familia, lo cual dificulta su inserción en la sociedad. Con todo, la atención a estos pacientes en el centro de atención primaria es muy superficial, no pasa de la dispensación de recetas y de consultas, más bien escasas referidas a otros problemas de salud, y, en situaciones de crisis, la atención a través del servicio de urgencias.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Se desarrollan programas de atención a pacientes crónicos (diabetes, hipertensión, ...) pero ninguno específico de Salud Mental

### ☐ **Formación del personal sanitario**

Existe discrepancia entre los dos informantes.

Uno de ellos considera que la formación curricular en medicina más la formación MIR son suficientes para atender a estos pacientes.

Para otros, en cambio, la formación es deficitaria y supone una cierta dificultad, pues el médico de familia tiene menos conocimientos para enfrentarse a este tipo de enfermedades.

### ☐ **Coordinación entre dispositivos**

En ambos casos se define como buena. En uno de ellos porque el centro de atención primaria y el de Salud Mental comparten espacio físico. En el otro porque el personal del centro de Salud Mental es accesible para abordar los problemas que se pueden presentar en esta área.

### ☐ **Origen y evolución del estigma**

No se percibe como un gran problema, al considerar que si el paciente con trastorno mental grave está controlado, puede desarrollar una vida en sociedad.

## **EXTREMADURA**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

En lo que se refiere al estigma, contempla una campaña anual de presencia social de mejora de la imagen de la enfermedad mental en colaboración con las asociaciones.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Son varias las características que nuestro informante apunta como notas distintivas de la enfermedad mental. Y es que nos encontramos ante una enfermedad de larga duración, que genera dependencia y en la que se producen recaídas.

Todo ello condiciona la asistencia sanitaria pues, además de atender a la enfermedad, pero tener en cuenta las situaciones de dependencia y estar en condiciones de asumir la entrada y salida de pacientes, cuestión a la que no está acostumbrado el sistema: está acostumbrado a curar, no a cuidar en la cronicidad.

La asistencia también se ve condicionada por la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad que aún existe en nuestra sociedad. Si a ello añadimos que, en ocasiones hay ingresos involuntarios (con la intervención del poder judicial y de las fuerzas de orden público) no encontramos con que la Salud Mental tiene algo de especial, distinto a otras especialidades.

Todo ello genera problemas a la hora de generar dispositivos, que tienen que ser más amplios y prever la estancia del paciente, más frecuente y más prolongada.

Por otro lado, no debe perderse de vista que la asistencia en Salud Mental no deja de ser un tipo de asistencia sanitaria más, con los mismos niveles de atención según el modelo comunitario.

## ☐ **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

La enfermedad mental condiciona el acceso a los servicios sanitarios por parte de estos pacientes, normalmente renuentes a entrar en contacto con la red. En el ámbito rural el acceso es mejor, ya que los profesionales del centro de salud tienen un mayor conocimiento del paciente y pueden un seguimiento de su evolución con más facilidad. Esto no ocurre en el ámbito urbano, donde es más fácil que el paciente quede al margen del sistema sanitario.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

Aunque ha habido una evolución, en el caso de la psicosis o la esquizofrenia, la consideración estigmatizadora continúa y se sigue asociando a la violencia o la conflictividad.

Con respecto a los trastornos menores, hay una cierta "popularización" del acceso a la Salud Mental: , ir al psiquiatra no está mal visto, no se percibe con culpa ni vergüenza.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

El personal médico participa de los mismos prejuicios que la población general, cuando en virtud de su formación deberían tener una actitud más científica (nuestro informante se hace eco de estudios no publicados que indican que entre los estudiantes de medicina hay más actitud estigmatizadora que en gente de su edad). Para el personal médico de otras especialidades, la enfermedad mental es un terreno resbaladizo, distinto a la enfermedad física en el que son renuentes a entrar, lo que cual reafirma el estigma.

En atención primaria se aprecia una actitud diferente: cada vez tienen mejor formación y van teniendo mejor disposición para atender a estos pacientes de una manera normalizada en sus consultas.

Hay un asunto que suscita dudas a nuestro informante. Se trata de la conveniencia, o no, de que existan ciertas discriminaciones positivas (planes, direcciones generales) con relación al estigma; es decir, se plantea si ellas mismas no contribuyen a que ese fenómeno se perpetúe. En su opinión, al menos

por el momento, en tanto se logre un cierto equilibrio con otras áreas de intervención sanitaria, hay que considerar que son necesarias.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

Luchar contra el estigma interno pasa, en primer lugar, por la formación. En este sentido, a través de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, existen cursos dirigidos a atención primaria de manera continuada.

También es preciso dotar a los profesionales de instrumentos adecuados: normas técnicas, escalas para evaluar, tratar y derivar los pacientes con enfermedad mental.

Además de ello, hay que desarrollar mecanismos de coordinación. En concreto se están poniendo en marcha comisiones de Salud Mental y acciones de consultoría, a través de las cuales, el personal de Salud Mental analiza con los médicos de atención primaria ciertos casos problemáticos y orienta en su tratamiento.

Trabajar con las facultades de medicina al objeto de normalizar la enfermedad mental entre los futuros médicos sería una manera de luchar contra el estigma a largo plazo.

Con los especialistas es más difícil. Hay que evitar las derivaciones en rueda, que el paciente vaya de médico a médico. Habría que generalizar las plantas de Salud Mental en los hospitales y así como la interconsulta, lo cual da buen resultado si el psiquiatra en cuestión tiene ánimo didáctico.

En los servicios de urgencias, se da el caso de que cuando hay guardias localizadas, los médicos acaban sabiendo más de psiquiatría, pero también se dan más ingresos innecesarios. En este servicio, contribuiría a reducir el estigma que el acceso fuese correcto, que el paciente esté bien derivado y llegue por las vías adecuadas y con un traslado correcto, que el personal se sienta seguro para su abordaje, que haya espacios adecuados, sin discriminar pero sí contando con espacios adecuados.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

En atención primaria hay dos programas en cartera de servicios (ya desde hace tiempo) ansiedad y trastorno distímico. Está pendiente de desarrollar un programa similar respecto al trastorno mental grave, en el que se describan pautas de actuación y criterios de derivación.

También se está trabajando en un proyecto de hacer accesible y transversal la información respecto a los cuidados de salud que se trabajan con los pacientes, para que atención primaria sepa lo que se hace en los equipos de Salud Mental y viceversa.

El cuidado de la salud general de estos pacientes ha estado en un segundo plano (como ejemplo, la exención que establece la ley antitabaco para los establecimientos de Salud Mental) se ha descuidado y es algo que es imprescindible abordar.

En definitiva, es preciso incrementar el acceso de los pacientes con enfermedad mental y de sus familias a los servicios de atención primaria, sorteando el riesgo de que el psiquiatra acabe siendo su médico de cabecera.

## **Responsables de Unidad de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es un trastorno más complejo, ya que se implican otros factores (sociales, familiares, ...) la incapacidad que generan algunas enfermedades y el estigma que aún permanece, la hacen sensiblemente distinta a otras enfermedades.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Más allá de la incidencia de esos factores, nuestro informante no encuentra especiales diferencias en cuanto a usuarios del sistema de salud.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Según nos refiere el informante, la relación y el funcionamiento del equipo es óptimo, lo que hace innecesaria la existencia de protocolos escritos para la

gestión de los casos: habitualmente se habla de ellos en las reuniones diarias y se orientan con el consenso del equipo.

Sin embargo sí que están documentados algunos de ellos:

- ✦ Control de normotímicos.
- ✦ Patología dual.
- ✦ Atención infanto=juvenil.
- ✦ Relación con la justicia.

#### **Coordinación entre dispositivos**

La relación con atención primaria es buena: se supervisan casos y se da docencia a los profesionales.

Existen dificultades objetivas (la presión asistencial y el tamaño del área de salud) que, combinadas, son un importante obstáculo para esa coordinación. En opinión de nuestro informante, deberían establecerse otros medios de relación (como internet) para superar esas dificultades.

#### **Origen y evolución del estigma**

La enfermedad mental ha estado oculta tras las paredes de los psiquiátricos, lo que ha contribuido a asentar los prejuicios y las leyendas sobre estos pacientes.

En la medida en la que se han generalizado las unidades de Salud Mental, que han mejorado los tratamientos y se han unificado los criterios de diagnóstico, el estigma ha ido reduciéndose, si bien aún persiste.

#### **Estigmatización en el sistema sanitario**

En atención primaria, a juicio de nuestro informante, no se da esa situación de estigma, afirmación que él mismo matiza aludiendo a que puede quedar la creencia de que son pacientes un tanto peculiares, lo que no deja de ser una forma de estigma.

En atención especializada la reticencia hacia estos pacientes, derivada del desconocimiento al que conduce la departamentalización de la medicina, es más acusada.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

En la reducción del estigma ha sido decisiva la integración de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria, en particular de las unidades de Salud Mental en los centros de atención primaria.

Luchar contra el estigma exige que se avance en esa línea, que la desaparición de los psiquiátricos sea efectiva (aún sigue siendo unidad de hospitalización de referencia para determinadas áreas de salud) pero también “vender” la Salud Mental a la población, hacer visible la enfermedad mental para que pueda ser comprendida.

### ☐ **El papel de atención primaria**

Según este responsable de unidad de Salud Mental, los pacientes están más cómodos, tienen más fácil acceso y se les atiende mejor en la propia unidad. Atención primaria tendría como cometido derivar a los pacientes y, cuando ya están en tratamiento, la elaboración de las recetas.

## **Responsables de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

A juicio de nuestros informantes, no existen diferencias entre la enfermedad mental y otras enfermedades. Además, no habría “enfermedad mental” como una categoría única, sino que lo que hay son diferentes trastornos diferentes

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se trata de pacientes que son más complicados que el resto, que cuesta más comunicarse con ellos y que, por lo tanto requieren más tiempo.

Tienen altibajos y, para tratarlos adecuadamente, tienes que conocerlos, de lo contrario es difícil acertar con el diagnóstico y el tratamiento. Nuestros



informantes constatan que son renuentes al tratamiento, que no son proclives a usar el centro de salud, en particular cuando están en situación de crisis.

En cualquier caso, son pacientes que necesitan un mayor control y un mayor soporte en su devenir por los diferentes dispositivos asistenciales.

#### **Programas que se desarrollan**

Programas de atención a pacientes crónicos.

#### **Formación del personal sanitario**

Se echa en falta un poco más de formación en Salud Mental, en particular en lo relativo a cómo tratar a estos pacientes, a cómo llevar la interacción en las consultas, hacer una buena entrevista y una buena exploración. Este déficit es más acusado en el centro del ámbito rural, en el urbano existe un mayor contacto que, al menos en parte, palia esas dificultades.

#### **Coordinación entre dispositivos**

Como acabamos de comentar, es más eficaz en el ámbito urbano, sin duda por la proximidad. Con carácter general, lo que hay son los volantes de derivación.

Para que fuera más efectiva, además de protocolos lo que hace falta es buena disposición al entendimiento y la colaboración.

#### **Origen y evolución del estigma**

Por el mero hecho de serlo, al enfermo mental se le cataloga, sin verlo si quiera, como raro en una serie de aspectos (aseo, comida, la relación con lo demás,...) y con él se asocian diferentes prejuicios. A consolidar el estigma contribuye que, muchas veces, algunos pacientes que no están en tratamiento, se comportan de forma que confirman esas suposiciones.

Sin embargo, ha mejorado bastante: tiende a verse a estas personas como enfermos y, además, ir al psiquiatra ya no es peyorativo. Es más según uno de nuestros dos médicos de familia, la mayoría de la gente tiene tratamiento psiquiátrico para algún tipo de trastorno.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Hasta hace unos años, hasta los propios sanitarios tenían miedo de este tipo de enfermos. Esto ha evolucionado y, hoy por hoy, no cabe hablar de estigma en este ámbito.

La referencia a que existe un diagnóstico de enfermedad mental sólo se usa en las comunicaciones entre servicios sanitarios cuando es relevante para la exploración y el tratamiento, tal y como se hace en otro tipo de enfermedades que se apuntan como antecedentes en los casos de derivación.

Los ingresos involuntarios constituyen un elemento diferencial de estos pacientes respecto a otros. Además de que, en sí mismos, son problemáticos, y aunque están protocolizados, en la operativa no es fácil determinar dónde está el límite entre lo que debe hacer el personal sanitario y lo que corresponde a las fuerzas de seguridad

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

La clave está en tratarlos con normalidad, en ayudar a que estén estabilizados; si la gente los ve comportarse normalmente tenderá a reducirse la carga del estigma.

En otro orden de cosas, cabe pensar en los médicos de atención primaria como difusores de una imagen más ajustada de estos pacientes, a través de charlas, cartelería y otros medios de difusión.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Según estos dos profesionales es clave contar con indicaciones y criterios claros y precisos relativos a pautas de tratamiento y, sobre todo, de derivación.

Hacer un seguimiento más estrecho a su enfermedad mental sería posible pero más dificultoso que en otras enfermedades crónicas, debido a las propias características de los pacientes (la falta de adhesión, los altibajos).

Por otro lado, el seguimiento de la salud general de estos pacientes, aún con las dificultades que se han señalado, sería competencia de los centros de atención primaria.

## **GALICIA**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

Lo que más destaca nuestro informante es la necesidad, plasmada en el plan, de desarrollar alianzas con el movimiento asociativo, de buscar acciones convergentes y no desarrollos en paralelo.

También la necesidad de intervenciones precoces, de que cada paciente que se diagnostica tenga un acceso rápido a una intervención psicoeducativa que permita, lo más pronto posible, encauzar la enfermedad a sus posibles soluciones.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

En cuanto a enfermedad, tiene múltiples dimensiones y afecta a todas las áreas de la esfera personal. En función de ello, puede ser muy invalidante para la persona que la padece.

Hay que destacar que, de manera errónea, existe la idea de que se trata de un tipo de enfermedad sobre la que no es posible intervenir, idea que provoca rechazo, tanto por parte de la sociedad en general como de los propios afectados y sus familias.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

Lo más característico es la dificultad para aceptar la enfermedad y, por lo tanto para aceptar los tratamientos necesarios para paliar y minimizar su impacto.

#### **☐ Origen y evolución del estigma**

Se trata de un prejuicio que marca negativamente a estos pacientes, produciendo un efecto de discriminación sobre ellos y sus familias.

Ese prejuicio se ve reafirmado por la sobrevaloración de ciertos episodios desafortunados en los que se destaca el hecho de la enfermedad mental de los protagonistas.

Luchar contra el estigma es complicado. Nuestro informante nos brinda una idea para la reflexión: nombrar el estigma, estigmatiza. En su opinión, más que contraatacar e intentar luchar contra las ideas equivocadas en las que se sustenta, sería más adecuado destacar los aspectos positivos, promocionar los valores y los derechos de los pacientes, hablar de sus potencialidades y sus éxitos.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

Según afirma nuestro informante, hay un cierto paternalismo en la asistencia a estos pacientes, una tendencia a protegerlos y cuidarlos, más que a fomentar la independencia y la autonomía, lo cual no deja de ser una manera de discriminación.

Por lo que respecta a otras especialidades, la cuestión es que los médicos tienden más a ver cada enfermedad de manera aislada, perdiendo de vista la globalidad del paciente como persona.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Hay una tendencia a derivar más que a asumir los casos, lo cual no siempre es lo más adecuado. Los responsables de Salud Mental pretenden mejorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales de Salud Mental para que tengan una mayor capacitación a la hora de tratar y derivar estas patologías. Lo que ocurre es que resulta complicado por la presión asistencial que existe en atención primaria.

## **Responsables de Unidad de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Hay varias cuestiones que apuntan nuestros informantes que hacen sustancialmente distinta la enfermedad mental.

Lo más notable es que supone de dificultad para establecer relaciones sociales significativas, lo cual condiciona enormemente la asistencia que se les presta desde el sistema de salud en cualquiera de sus niveles y especialidades, ya que la relación terapéutica, para ser adecuada, ha de hacerse cargo de esa dificultad.

Además de ello, atender a pacientes con enfermedad, requiere que se dispongan toda una serie de recursos y dispositivos que, en ocasiones, chocan con la lógica asistencial que rige la atención sanitaria.

Con todo, una cuestión básica e importantísima, es el uso de categorías diagnósticas unificadas, tal y como ocurre en el conjunto de la medicina, así como que la asistencia psiquiátrica ya esté integrada dentro del sistema público de salud como una especialidad más.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La enfermedad afecta al núcleo de su personalidad, dificulta, o al menos condiciona, la relación terapéutica, en primer lugar porque la conciencia de enfermedad no siempre existe y, lo que es más importante, lo que para el médico son síntomas, para el enfermo forman parte de la realidad.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Son pocos los programas estandarizados. De hecho, uno de los informantes se muestra reacio a cualquier estandarización, ya que a su juicio, cada paciente es único y sólo puede ser tratado atendiendo a su individualidad.

Lo que sí destacan en la integración de las unidades de Salud Mental en una red asistencial que permite ofrecer a cada paciente el recurso que más le conviene en cada momento (hospitalización, rehabilitación, ...).

De manera concreta, lo que sí hay son programas de seguimiento de los pacientes que están tratados con neurolépticos atípicos, así como programas de psicoeducación para pacientes y familiares.

### ☐ **Formación del personal sanitario**

Puede decirse que en los equipos de atención primaria, cada vez hay más sensibilidad y mejor formación para atender a los pacientes con enfermedad mental, fundamentalmente porque la rotación de los residentes por los servicios de Salud Mental los hace más sensibles a la problemática de estas personas y de sus familias.

Para entender el cambio que puede suponer la incorporación de nuevas generaciones de médicos, hay que contar con la mayor importancia que cobra la psiquiatría en los nuevos planes de estudio (prácticas durante la carrera) que a la larga, han de redundar en un mayor conocimiento y sensibilidad hacia el paciente con enfermedad mental.

Hay, no obstante, una voz discrepante que apunta que, para atender a estos pacientes, es preciso un cambio radical de actitud, que intentar una exploración clínica con los métodos que se usan habitualmente, puede tener efectos adversos (por ejemplo, catalogar al médico como un perseguidor). Es preciso, entonces, manejar una serie de habilidades y procedimientos distintos, no sencillo de aprender para el personal facultativo, tanto de atención primaria como de otras especialidades distintas a la psiquiatría.

#### **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación entre las unidades de Salud Mental y los servicios de atención primaria, depende mucho de las circunstancias, ya que no obedece a pautas establecidas; dependen de si ambos dispositivos comparten un espacio, de la disposición de los médicos de atención primaria,...

#### **Origen y evolución del estigma**

Es interesante la idea de que los propios profesionales tienen una responsabilidad, si no en el origen, al menos en el mantenimiento del estigma, ya que con demasiada frecuencia, transmiten la idea de que la enfermedad mental grave es incurable y poco tratable.

#### **Prácticas estigmatizantes**

Aunque está cambiando, sobre todo en atención primaria, aún persiste cierta distancia, cierta prevención hacia estos pacientes, lo que ocasiona que no siempre se les brinde la atención adecuada que pueden precisar para otros problemas médicos distintos a la enfermedad mental.

Por otro lado, hay que hacer constar que, según nuestros informantes, si bien hay una progresiva integración de la psiquiatría, no deja de señalarse cierta asimetría de esta especialidad respecto a otras. Aún dentro de la

departamentalización que existe en medicina, que hace que cada especialista sepa mucho de su campo y poco del resto, sobre psiquiatría la ignorancia es mucho mayor que sobre el resto de especialidades. Por decirlo mejor con un ejemplo: un psiquiatra sabe más del glaucoma que un oculista de la esquizofrenia.

### **Intervención sobre el estigma**

No existen planes concretos. Existe la confianza en que de manera progresiva se vaya normalizando, sobre todo a través de una actuación pedagógica con el resto del personal

## **Responsables de Atención Primaria**

### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad más, pero tiende a ser de menos agrado de los médicos que, por formación, se desenvuelven mejor en el resto de trastornos que son más medibles y cuantificables.

No deja de reconocerse que es un tipo de enfermedad más difícil de tratar, sujeta a recaídas y con una importante carga social.

### **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Aunque ambos médicos se refieren a ellos como pacientes normales, no dejan de hacer referencias que llevan a poner entre comillas esa normalidad, tales como que se descontrolan, que se asocian a episodios conflictivos o que requieren una atención especial.

Destacan, también la necesidad que tienen estos pacientes de un soporte, social o familiar, para poder seguir un tratamiento con garantías.

### **Programas que se desarrollan**

Existen los protocolos de atención a pacientes crónicos que marca el SERGAS, que parece más interesado en los problemas físicos que en otro tipo de dolencias.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

Se declara que hay suficiente información respecto a estas enfermedades, lo que ocurre es que son un tanto diferentes a lo que es habitual desde el punto de vista médico y hace que sean un poco más reticentes a ellas. Echan en falta formación, no tanto referida a las enfermedades en sí cuanto al trato con los pacientes, a manejar ciertas situaciones: negación de la enfermedad, renuencia a tomar medicación y seguir indicaciones, ...

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Haría falta una mayor coordinación con los servicios de psiquiatría, que éstos apoyaran más la labor del médico de atención primaria. Lo que hay actualmente son buenas relaciones, pero no pautas estables de coordinación.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

Por tradición, educación y peso de la cultura, existe miedo y reticencia hacia estos pacientes, se considera que son peligrosos, que están locos, no tienen cura y se asocia a los ingresos en los psiquiátricos.

Evoluciona a mejor, pero sobre todo en el caso de los trastornos menores (ansiedad, depresión) por mor de los cuales ya no está mal visto ir al psicólogo o al psiquiatra.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

No tienen constancia de ello. Al contrario, creen que contar con el diagnóstico de enfermedad mental es importante, ya que puede condicionar la evolución de otras patologías, sobre todo de las que implican más conductas de autocuidado, algo en lo que los pacientes con enfermedad mental pueden ser más deficitarios.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

Se atribuye al médico de familia un papel básico como creador de una corriente de opinión normalizadora de la enfermedad mental, a base de una labor diaria de información, día a día, con los pacientes, con sus familias y con el público en general.



## 📄 El papel de la atención primaria

Deberían contar con protocolos claros y estructurados que permitan un diagnóstico más certero de estos pacientes, o el tratamiento de los que se puedan asumir en el propio servicio y la derivación y el seguimiento de los pacientes que requieren la intervención del especialista.

## MURCIA

### Técnico de la consejería

#### ☐ Plan de Salud Mental

Se estructura en programas asistenciales, pero donde más hincapié se hace es en los recursos de rehabilitación y de reinserción social, que eran los más deficitarios y hacia donde va, proporcionalmente, el mayor esfuerzo presupuestario. El plan supone un importante incremento de recursos, tanto asistenciales como humanos.

#### ☐ Caracterización de la Enfermedad Mental

Es una enfermedad más, sin más ni menos importancia que cualquier otra, si bien nuestro informante se refiere dos aspectos:

- ✦ La existencia de un déficit histórico en su desarrollo, déficit que hay que ir superando hasta conseguir el equilibrio con las otras especialidades.
- ✦ Las connotaciones socio-sanitarias que tiene, a diferencia de otras especialidades médicas.

#### ☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental

Padece una enfermedad grave y, como cualquier enfermo grave, va a necesitar una serie de recursos en todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y hospitalaria).

La nota diferencial viene dada por el hecho de que va a permanecer en tratamiento durante mucho tiempo en el que, además, va a usar otro tipo de recursos, de corte psicosocial, que no son habituales en otras enfermedades.

#### ☐ Origen y evolución del estigma

Tener o haber tenido una enfermedad mental lleva a que a estas personas se las vea de una manera peculiar. Los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad, ya que, con frecuencia utilizan mal la enfermedad mental, identificándola con diferentes conductas delictivas.

Hoy en día se ha reducido bastante y en ello ha tenido un papel importante la instauración de la psiquiatría comunitaria y lo que conlleva: que el paciente esté tratado dentro de la sociedad, de la familia y no marginado en una institución hospitalaria. Si hubiera más recursos en ese nivel se seguiría reduciendo.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

En cierta medida, el personal sanitario puede estar imbuido de los mismos prejuicios que la sociedad en general. Lo que ocurre es que, a medida que van conociendo más sobre la enfermedad mental, a medida que tienen una experiencia directa de trato con estos pacientes, ese estigma se va diluyendo.

### ☐ **Intervención sobre el estigma**

No se contempla de manera específica. Según nuestro informante, eliminar el estigma es tarea que empieza en propio núcleo familiar (el paciente y su familia) y continúa por los profesionales hasta llegar a la sociedad civil: dando información de este tipo de patología, mejorando el acceso a la vivienda, el trabajo, la educación... Como tema complejo que es, se irá solucionando a lo largo del tiempo, siempre y cuando se vayan poniendo los recursos necesarios.

### ☐ **El papel de la atención primaria**

Atención primaria debe hacerse cargo del cuidado general de la salud de estos pacientes, debe funcionar de manera coordinada con atención especializada. Además, determinados trastornos, como la ansiedad, pueden ser tratados en atención primaria.

## **Responsables de Unidad de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es una enfermedad más. En la unidad que coordina nuestro informante, se afronta la enfermedad mental igual que cualquier otra.

El proceso de diagnóstico y tratamiento es similar al de cualquier enfermedad: si bien se usan técnicas diferentes, el enfoque es estrictamente médico.

## ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Igualmente, el paciente con una enfermedad mental es un paciente más, que en nada se diferencia de otro que esté en tratamiento con un especialista o ingresado en un hospital.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

La unidad se encuadra en las consultas externas de un hospital y parte del equipo atiende tanto esa consulta como la unidad de hospitalización, así como las interconsultas que realizan otras unidades hospitalarias.

Los programas que se llevan a cabo son:

- ✦ Asistencia médica y psicológica.
- ✦ Terapias de grupo.
- ✦ Tratamiento de la euforia.
- ✦ Ansiedad.
- ✦ Duelo.
- ✦ Seguimiento de pacientes en tratamiento farmacológico.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

El personal médico de atención primaria, tiene una formación adecuada para tratar a estos pacientes, bien para hacerlo directamente (en los casos menos graves) bien para derivar a los pacientes más graves a la atención especializada.

Según nuestro informante, no se trata de convertir a los médicos de familia en psiquiatras, sino de que afiancen una serie de conocimientos básicos.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación se da en el nivel administrativo. Desde el punto de vista médico no hay canales establecidos, más allá de los volantes de derivación.

Los pacientes llegan a Salud Mental a través de atención primaria, pero también a través de otros canales no siempre médico. Además del paciente que acude a urgencias, se dan casos que llegan a consulta a través de dispositivos de carácter social.

### **Origen y evolución del estigma**

Es un sello social, una marca peyorativa que cada vez va a menos, pues cada vez se acepta mejor a estos pacientes.

### **Estigmatización en el sistema sanitario**

Según nuestro informante no es algo que se dé, al menos de manera frecuente en la atención sanitaria de estos pacientes. Sobre ciertas prácticas que pueden ser estigmatizantes (ingresos involuntarios, contenciones...), además de a su necesidad, se apela a que están sujetas a indicaciones muy precisas, lo que impide su uso indiscriminado y reduce el potencial de estigmatización.

### **Intervención actual sobre el estigma**

No hay un abordaje específico. Se sostiene que el hecho de que las consultas y la hospitalización estén en centros ordinarios y que tengan un carácter abierto, son herramientas suficientes y decisivas para luchar contra el estigma.

## **Responsables de Atención Primaria**

### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Para nuestros informantes, la enfermedad mental es una enfermedad más. Si hay que diferenciarla en algo, es en que requiere más tiempo y en que tiene implicaciones (sociales, familiares) que trascienden lo estrictamente sanitario.

### **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se trata de pacientes con un uso peculiar de la sanidad. Algunos son muy renuentes a acudir al médico, sobre todo los que tienen un trastorno más grave, mientras que otros son grandes demandantes de asistencia.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

Atención al paciente sano y atención a enfermedades crónicas. Están soportados en un programa informático que “obliga” a seguir un procedimiento cuando se anota un determinado incidente (sobrepeso, consumo de alcohol, ...).

Los pacientes con enfermedad mental, como usuarios del sistema de salud entran a formar parte de esos programas, si bien no hay ninguno específico para ellos.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

De las entrevistas mantenidas, se infiere con claridad que, hasta hace unos años, la formación del médico general era claramente deficitaria en cuanto a Salud Mental.

A partir de la generalización de la formación MIR y, dentro de ella, la rotación por los diferentes servicios de psiquiatría, en particular desde que se ha aumentado a cuatro años el periodo de residencia, las cosas han cambiado y puede afirmarse que la formación del médico de familia es la adecuada para afrontar estos casos en la consulta.

No obstante, hay que señalar que, por su propia naturaleza, la formación MIR no es homogénea para todos los que la siguen, pues, según el hospital de referencia, cada alumno puede tener mejor o peor formación en las diferentes áreas, en función de la dedicación y el interés de los profesionales de cada especialidad.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

No hay una comunicación fluida; ambos servicios soportan mucha presión asistencial y la comunicación se concreta en los volantes de derivación.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma sobre estos pacientes responde a atavismos y se sustenta, sobre todo en la incultura. Continúa existiendo, cada vez menos, y puede imbuir, en cierta medida, al personal sanitario. A medida que se tiene más formación, el estigma tiende a desaparecer.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

En atención primaria es raro que se produzcan situaciones estigmatizantes o que se haga primar la enfermedad mental a la hora del diagnóstico y el tratamiento, ya que se conoce a los pacientes y sus circunstancias. En prácticas tales como los ingresos involuntarios, con el fin de evitar situaciones que supongan una carga estigmatizantes, se ha de procurar, así se hace, lograr que el paciente llegue a urgencias apoyado por la familia y el personal sanitario.

Puede darse en las urgencias, donde no existe ese conocimiento y el ritmo de trabajo es elevado. En la atención especializada pudieran darse ese tipo de situaciones pues, ciertamente, la especialización acarrea que cada médico conozca a fondo su área de trabajo pero ignore las demás.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

No hay acciones específicas. A juicio de los médicos entrevistados, el hecho de tratar a estos pacientes dentro del sistema de salud como unos pacientes más, es una importante contribución. A su juicio conviene, además, informar al paciente y a su familia, mejorar su autoestima y, hasta donde ello sea posible, transmitir normalidad respecto a estos pacientes al resto de la población.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

En las enfermedades graves, lo más adecuado es que los pacientes sean atendidos por la atención especializada. Ello no quita para que el médico de familia haga un seguimiento en el periodo de tiempo que va entre una consulta con el psiquiatra y la siguiente. Dado que el paciente acude a consulta con su médico (a recoger recetas o a consultar otros problemas de salud) éste debe estar atento a determinados signos y síntomas (la conducta en la propia consulta, hábitos de la vida diaria, ...) que revelan si el curso de la enfermedad mental es el adecuado o se atisba alguna descompensación.

Además de eso, el cuidado de la salud general de estos pacientes corresponde a la atención primaria.

Atención primaria también sería el lugar adecuado para tratar los casos de enfermedades mentales menos graves (ansiedad, depresión) para lo cual sí consideran que la formación del médico de familia es la adecuada.



## NAVARRA

### Técnico de la consejería

#### **Plan de Salud Mental**

No existe, en consonancia con el objetivo que se plantea la Consejería de integrar la Salud Mental en la atención especializada.

El apartado de Salud Mental vigente en la actualidad tiene como objetivo el crecimiento de los dispositivos, con una mayor dotación de recursos humanos. Igualmente, se pretende incluir especificidades dentro de cada uno de los dispositivos en función de tipos de trastorno y/o pacientes. En el momento de realizar la entrevista se está concluyendo un protocolo para la atención infanto juvenil.

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

El entrevistado lo define como un problema que incumbe a todos los servicios sanitarios.

#### **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

En su opinión, no se deben señalar peculiaridades de estos pacientes en aras a evitar el estigma.

#### **Origen y evolución del estigma**

Lo define como el miedo a lo imprevisible y considera que su evolución es positiva al haberse reconocido los derechos que, como ciudadanos, tienen las personas que padecen una enfermedad mental.

#### **Intervención sobre el estigma**

Desde la Consejería, no se lleva a cabo ninguna actuación.

En su opinión, la lucha contra el estigma en el sistema sanitario pasa por una mayor interrelación de la propia red de Salud Mental y un mayor apoyo a la

asistencia primaria. Para esto último, se está empezando a desarrollar un proyecto de interconsultoría.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

El entrevistado cita las siguientes especificidades:

- ✦ El estigma.
- ✦ No se contribuye al tratamiento de la enfermedad mental con todos los recursos necesarios, además de los médicos o psicológicos.
- ✦ La psiquiatría sufre un menoscabo por no ser una especialidad que requiera tecnología avanzada.

### **☐ Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La principal diferencia con el resto de enfermos es la ausencia de conciencia de enfermedad, debida, en opinión del consultado, a la lesión del cerebro de estos pacientes que impide que se procese esa conciencia.

### **☐ Programas que se desarrollan**

En este momento funcionan cuatro programas: trastorno mental grave (que, según destaca el informante, es el que tiene preferencia), patologías menores, alcoholismo y toxicologías en general e infanto-juvenil.

En concreto, el programa del trastorno mental grave lo califica de “más epidemiológico que práctico”. De ahí que esté a punto de ponerse en marcha un programa concreto para la esquizofrenia, en el que se pretende protocolizar el número de visitas y los instrumentos de evaluación a seguir, buscando la homogeneidad en todos los centros de Salud Mental.

### **☐ Coordinación entre dispositivos**

Con la atención primaria, la coordinación depende de los facultativos de ambos tipos de centros y la comunicación suele ser por correo electrónico, fax y teléfono, habiéndose abandonado el estudio conjunto de casos.

Con la atención hospitalaria, y dado que las historias clínicas están informatizadas, hay una reserva automática en la agenda electrónica de visitas y camas.

Nuestro informante señala que el acceso a las historias está limitado a Salud Mental, al considerarse que se trata de una materia especialmente dedicada. En su opinión, esto es un error que incide en el estigma de la enfermedad mental dado que al resto de médicos, en especial a los de atención primaria que podrían beneficiarse de la consulta de estas historias, se les sigue dando una imagen de secretismo.

### ☐ **Origen y evolución del estigma**

Desde su punto de vista, se asocia a locura e irracionalidad.

Aunque su impacto se ha reducido, el estigma revive con cada suceso que los medios de comunicación difunden en el que está implicada una persona con enfermedad mental.

### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

En su opinión la práctica psiquiátrica estigmatiza con los siguientes elementos, todos ellos inevitables:

- ✦ El diagnóstico.
- ✦ El encierro frente al tratamiento ambulatorio.
- ✦ Apartar al enfermo de la vida laboral.

### ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

Si bien no existe ninguna actuación programada, desde el centro se trabaja el tema del estigma, tanto con las familias, a través de la psicoeducación, donde este tema se aborda directamente, como con los propios pacientes, cuando demandan que no conste en el justificante que ha acudido a un centro de Salud Mental, informándoles de sus derechos y la necesidad de no ocultarlo.

## ☐ **Lucha contra el estigma**

En su opinión, ha de basarse en la información, tanto fuera como dentro del ámbito sanitario. Respecto a este último, señala que los propios profesionales sufren un estigma en la unidad hospitalaria.

## **Responsables de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Las especificidades que destacan los entrevistados son:

- ✦ La poca concreción de la patología y su difícil diagnóstico.
- ✦ Las distintas tendencias de tratamiento que existen.
- ✦ La falta de conciencia de enfermedad y las dificultades de adherencia al tratamiento, alimentadas, en gran medida, por el estigma asociado a la enfermedad mental.
- ✦ La necesidad de apoyos sociales para disminuir la gravedad clínica.
- ✦ La necesidad de una formación muy específica para el manejo de estos pacientes

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Ambos entrevistados destacan la dificultad de aceptar la enfermedad y, en consecuencia, seguir el tratamiento.

### ☐ **Protocolos: existencia y posibilidad**

No hay ninguno de Salud Mental. Cada uno de los entrevistados señala una razón para ello:

- ✦ La dificultad de protocolizar y ponerse de acuerdo en las pautas a seguir en este tipo de patologías.
- ✦ Las prioridades en salud son aquellas enfermedades con mayores índices de mortalidad.

La posibilidad de protocolos en esta materia es muy bien valorada por los entrevistados, tanto por considerar que ayudaría a reducir la ansiedad de los médicos de cabecera cuando no saben cómo tratar a un paciente con enfermedad mental grave, como por la utilidad que pudiera tener en tres temas concretos: la atención a las familias, la intervención en situaciones de crisis y la detección precoz.

### **Lugar del diagnóstico en el cuidado de la salud**

Según nuestros informantes, juega un papel muy destacado, al influir directamente en las decisiones que se toman respecto al tratamiento de otras posibles patologías.

### **Formación del personal sanitario**

Las opiniones difieren sustancialmente: mientras que para uno de los entrevistados, la formación es la adecuada (los períodos de residencia son suficientes) y de lo que realmente se trata es de una actitud algo recelosa de los propios profesionales, para el otro informante, la formación es claramente insuficiente, en lo relativo, sobre todo, a una detección precoz de los trastornos.

### **Origen y evolución del estigma**

También en la visión del estigma se manifiestan ciertas diferencias. Por un lado, se destaca que el estigma se mantiene por tratarse de un paciente que no se adapta a la sociedad, mientras que, desde otro punto de vista, esta situación se da por la vinculación que se hace en los medios a sucesos trágicos.

### **Intervención actual sobre el estigma**

No se aborda este asunto de manera específica.

### **El papel de la atención primaria**

Por un lado, al ser la puerta de entrada al sistema, se destaca la labor del médico en aras a normalizar la percepción de la enfermedad mental como una enfermedad más con los propios pacientes

Por otro, una buena coordinación con los servicios de Salud Mental, de quienes se demanda un apoyo más cercano.

## LA RIOJA

### Técnico de la consejería

#### **Plan de Salud Mental**

Existe un plan director de Salud Mental, en el que se trabaja por procesos, siendo de reciente publicación el de psiquiatría menor. Está previsto en breve el de la enfermedad mental severa.

Con estos procesos, se persigue atender de una manera ordenada y homogénea a los pacientes con enfermedad mental, poder evaluar los resultados y, en función de ellos, mejorar el servicio.

En el Plan se recoge de manera específica el estigma, al que se dedica un capítulo. Existe un marco de colaboración con la asociación de familiares, tanto para la lucha contra el estigma como para la elaboración del protocolo.

#### **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Tiene de específico que, para ser tratada, necesita una atención más cercana y más flexible, en parte por las características de los enfermos, pero también porque los métodos son sensiblemente distintos a los habituales en medicina. La relación de los enfermos con el sistema es distinta, pues no es demandante de atención.

#### **Caracterización del paciente con enfermedad mental**

El hecho de que el paciente con trastorno mental severo sea menos demandante de atención, condiciona la asistencia, pues los servicios sanitarios tienen que ser mucho más tolerantes y flexibles para poder captar el problema sanitario que tienen.

A medida que se van integrando en el sistema asistencial, que han sido captados por la red, deben ser considerado como cualquier otro paciente del sistema asistencial. No en vano, en cuanto usuario del sistema de salud, el paciente con enfermedad mental es un paciente más.

## 📄 **Origen y evolución del estigma**

Tiene su origen en la sociedad. Es una marca que distingue a estas enfermedades del resto. Ello mediatiza al propio enfermo, que se muestra más renuente a acudir a los servicios asistenciales.

Evoluciona con la sociedad. De hecho ha evolucionado, sobre todo en el ámbito sanitario, en el que la progresiva inclusión de la asistencia sanitaria, ha contribuido a normalizar la visión y el trato con estos pacientes.

Según nuestro informante, las actitudes sociales son más difíciles de cambiar y el estigma evoluciona más lentamente. Lo que sí constata, es que hay una mayor proclividad a usar los servicios de Salud Mental; más en el caso de lo trastornos menores, pero hay una valoración positiva de este incremento de la demanda, al menos desde el punto de vista del estigma.

## 📄 **Estigmatización en el sistema sanitario**

A juicio de este responsable, el sistema asistencial no es estigmatizante. La forma en como se manifiesta la enfermedad mental en algunos momentos lleva a que, en ocasiones, haya que utilizar ciertos métodos que no se utilizan en otros ámbitos de la medicina. Las prácticas como el ingreso involuntario, se consideran como un mal menor.

## 📄 **Intervención sobre el estigma**

Es difícil luchar eficazmente contra él. Hay que influir mucho sobre los servicios asistenciales propios, en la sensibilidad de todos los profesionales de la salud para que atiendan y traten la enfermedad mental de la misma manera que cualquier otra patología. Para ello es imprescindible la sensibilidad del personal sanitario (médicos, enfermería) porque son los que más van a poder influir en que al paciente se le vea como uno más.

Con respecto a la población en general, es mucho más costoso. A pesar del contacto con los medios de comunicación, es difícil tanto ver los resultados como evaluarlos, aunque considera que, intervenir en los medios de comunicación siempre es positivo, aunque, después de mucho esfuerzo, cualquier noticia negativa en los medios, echa por tierra el trabajo realizado.



## ☐ **El papel de la atención primaria**

En atención primaria se ha avanzado mucho, quizá más en la patología menos grave, en la que la medicina en general ha entrado con más confianza. Los trastornos graves, plantean más dificultades, los ven como más propios del especialista.

Los médicos de familia se sienten más desbordados por este tipo de enfermedades, encajan menos en los métodos a los que está acostumbrado, de ahí que la implicación en el tratamiento de la enfermedad mental dependa de variables personales.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Es un problema sanitario más pero que presenta aspectos específicos. Los síntomas que produce la enfermedad mental no son comprensibles para la gente, ya que son síntomas más subjetivos y que afectan más al *modus vivendi* y a las normas y costumbres sociales. No se toca, ni se ve, ni hay pruebas objetivas, como es el caso del común de las enfermedades.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Destaca nuestro informante que se trata de una persona, ni diferente ni igual al resto.

Sin embargo, hay que aludir al estigma que existe sobre estos pacientes, ligado a las características que se señalan sobre la naturaleza de la enfermedad mental. El estigma afecta de manera diferente a unas y otras enfermedades. Los trastornos menos graves, son comprensibles para el común de la gente, incluso en casos como el de la depresión puede decirse que gozan de cierto prestigio, pero el trastorno mental grave, causa más extrañeza y, por consiguiente, alimenta el estigma.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Sólo los relativos al seguimiento de pacientes con tratamientos farmacológicos.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

El centro cuyo responsable se ha entrevistado, está fuera de la red, pendiente de una próxima integración en la misma.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

Gran parte de la responsabilidad en el origen y mantenimiento del estigma, reside en el hecho de que, durante muchos años, la asistencia a la enfermedad mental ha estado fuera del sistema, los profesionales eran vistos casi como hechiceros, como gente rara, ajena al ámbito médico.

Esto ha ido cambiando poco a poco, con una progresiva inclusión de esta asistencia en el contexto general del sistema sanitario.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

El informante reconoce que, de manera implícita, se den prácticas estigmatizantes, sin que los profesionales sean conscientes de tal circunstancia.

Ello tiene que ver con el hecho de que estos pacientes son pacientes de menor categoría, pacientes que defienden menos sus derechos, dando lugar a una relajación en el trato que no se da con otros pacientes.

Por otro lado, se apunta a que, en virtud de la presión asistencial, muchas veces no es posible prestar la atención que requieren los trastornos más graves. Aquí llama la atención sobre el hecho de que los trastornos menos graves están saturando las consultas de los especialistas.

Con respecto al ingreso involuntario, este informante reconoce su potencial estigmatizante así como que, en ocasiones, no queda más remedio. Sin embargo, apunta la conveniencia de un buen seguimiento del paciente, seguimiento que permita tomar medidas previas (ajuste de tratamiento, ingreso voluntario) sin necesidad de llegar a esa situación no deseada.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

La ecuación sería bien sencilla: el estigma es ignorancia y contra la ignorancia solo cabe la formación; si se sigue identificando al paciente psiquiátrico con peligro o violencia, es difícil evitar el estigma.

No cabe más que formación y divulgación para combatir la fuerza que cobran ciertos episodios que tienden a permanecer en la memoria de la gente y que no debe perder de vista a la propia familia, que, muchas veces, es la primera estigmatizadora.

Diana prioritaria de esa formación ha de ser atención primaria que es un elemento central, tanto en la asistencia en Salud Mental como en la lucha contra el estigma. Habría que lograr que, de igual modo que han perdido las reticencias hacia los trastornos menores, lo hagan con relación al trastorno mental grave, si bien, reconoce nuestro informante, el salto es sensiblemente mayor.

## **Responsables de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

La enfermedad mental es más difícil de ver con la distancia con la que es posible ver otro tipo de enfermedades. Ello dificulta que el paciente cobre conciencia de su enfermedad.

A juicio de uno de los informantes, se trata de una dolencia un tanto diferente al resto de problemas de salud que asusta un poco al médico generalista.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Se distingue aquí al paciente aquejado de un trastorno menor, que se ve como un paciente normal, del que padece un trastorno grave. Este último se ve como más conflictivo y la tendencia es procurar que los especialistas se hagan cargo de esos pacientes.

En cualquier caso, se trata de un paciente más del sistema.

## ☐ **Programas que se desarrollan**

En los centros cuyos responsables se han entrevistado, se desarrollan programas de atención al enfermo crónico. El hecho de que no haya ninguno de Salud Mental se atribuye a que los profesionales de ese ámbito no los han desarrollado.

## ☐ **Formación del personal sanitario**

Aunque en teoría el médico de familia tiene conocimientos para afrontar cualquier tipo de problema de salud, lo cierto es que los problemas de orden psiquiátrico, en virtud de esa diferencia que se ha mencionado, generan una mayor inseguridad en los médicos no especialistas.

A juicio de uno de los informantes, ello es debido a que la formación en este ámbito es bastante escasa, realmente menor que en el caso del resto de enfermedades. En particular, se apunta a los aspectos de comunicación y relación con los pacientes con enfermedad mental, a cómo abordar situaciones conflictivas en la consulta.

Para el otro, la formación, hoy por hoy, es bastante buena, ya que los médicos de familia rotan por los servicios de psiquiatría, lo que les brinda una formación en este ámbito similar a la que obtienen en el resto de especialidades.

Sin embargo, sí se alude a deficiencias formativas en el personal de enfermería.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

En uno de los casos es excelente. Tanto que el médico de familia puede descargar todos los casos de enfermedad mental grave en el psiquiatra.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

Se nos habla del miedo que generan estos pacientes en la sociedad en general, dándose el caso de que uno de los informantes se incluye, a él y a los profesionales sanitarios dentro de los que sufren ese miedo.

A ello contribuye toda la historia que hay sobre la asistencia que se ha brindado a estos pacientes, centrada en el encerramiento, lo que ha dado lugar a la generación y mantenimiento de todo género de leyendas y mitos.

El estigma va evolucionando, pero uno de los informantes lo pone de manifiesto cuando afirma que la enfermedad mental conlleva agresividad y alteración del orden.

Es interesante la opinión de uno de los informantes que alude a que, en realidad, la conflictividad que se atribuye a los pacientes con enfermedad mental responde a otras variables que no son la enfermedad (una mala situación social, no contar con los suficientes apoyos)

#### **Estigmatización en el sistema sanitario**

¿Podemos hablar de visión estigmatizante de manera implícita en la entrevista?

#### **Intervención actual sobre el estigma**

No se contempla de manera específica. En uno de los casos, se descarga toda la intervención sobre el psiquiatra con el que se comparte espacio.

#### **El papel de la atención primaria**

Tiene el cometido fundamental de ejercer como agente de salud, de eliminar falsas creencias en la población.

Para ello es importante que el personal de atención primaria tenga una formación adecuada en todo lo relativo a este tipo de enfermedades.

En el trato con estos pacientes, se reclaman protocolos de actuación, en particular los destinados a saber cómo manejar situaciones complicadas y violentas en la consulta.

## **PAÍS VASCO**

### **Técnico de la consejería**

#### **☐ Plan de Salud Mental**

No existe como tal sino que las actuaciones en este ámbito se incluyen en el plan general de salud.

La enfermedad mental es una prioridad en ese plan, lo cual se refleja en la elaboración de los contratos programa, donde se fijan las condiciones de calidad asistencial de los diferentes dispositivos.

#### **☐ Caracterización de la Enfermedad Mental**

Lo específico de la enfermedad mental es que se trata de una enfermedad crónica que tiene comienzo precoz y que no tiene curación y que incide muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

#### **☐ Caracterización del paciente con enfermedad mental**

A diferencia de otros pacientes, la persona con un trastorno mental grave, tienen poca adherencia al tratamiento. En el tratamiento, el papel de la familia es fundamental.

#### **☐ Origen y evolución del estigma**

La enfermedad asusta por lo que tiene de falta de control, por la devastación de la personalidad de esos pacientes. En ese sentido, la falta de control que, en ocasiones, tienen estos pacientes, da lugar a situaciones dramáticas que alimentan el estigma.

El personal sanitario no escapa al estigma. Se ve afectado por él, en particular por las dificultades para manejar esas situaciones.

## ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

El psiquiatra no estigmatiza en sus intervenciones. Si lo hacen otros profesionales de la medicina es algo de lo que nuestro informante no tiene constancia.

## ☐ **Intervención sobre el estigma**

No hay un plan ni un conjunto de actuaciones específicas.

Lo que cabe es normalizar, tratar como un paciente más, dar buena atención, facilitar el acceso a los servicios.

Dar una buena atención significa mejorar en el diagnóstico y en el tratamiento, que éste sea más transversal, incorporando a más profesionales, prestar atención a la salud general, no sólo a la enfermedad mental y atender a la familia.

Un aspecto clave de la asistencia, que a juicio del informante tendría efectos beneficiosos sobre el estigma, es que cada paciente sea tratado en el nivel asistencial más adecuado a su caso.

La idea que subyace es que la mejor asistencia va a redundar en que el paciente exhiba menos síntomas agudos de la enfermedad y, por lo tanto, que se reduzca su estigmatización.

## ☐ **El papel de la atención primaria**

Debe apoyar a la especializada: dar la medicación y atender al cuidado de la salud general de estos pacientes.

También debe atender a las familias de los pacientes, a los trastornos de ansiedad y depresión que sufren.

## **Responsables de Unidades de Salud Mental**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

La idea dominante es que la enfermedad mental presenta una serie de aspectos diferenciales, opinión que se soporta en una serie de argumentos:

- ✦ El estigma que pesa sobre este tipo de enfermedades y sobre quienes la padecen.
- ✦ No responde al modelo médico, el síntoma no es objetivo como en el resto de enfermedades. La psiquiatría es una especialidad distinta, precisa de un abordaje más amplio que tenga en cuenta lo psicológico y lo social.
- ✦ Falta de una etiología conocida.
- ✦ Tendencia a la cronicidad, lo que requiere de tratamientos prolongados en el tiempo.
- ✦ Más allá de la prolongación en el tiempo, hay que tener en cuenta la prolongación de los cuidados, que afectan a varias áreas y que requiere que haya equipos. Es particularmente interesante la idea de que el paciente se beneficia enormemente si estos equipos están disponibles y son estables.

Sin embargo, a juicio de uno de nuestros cuatro informantes, la única diferencia es la del estigma, por lo demás se trata de una categoría de enfermedades como otra cualquiera.

#### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

La idea aquí es que *debería* ser un paciente más. Sin embargo, no dejan de reconocerse ciertas diferencias:

- ✦ Ausencia de conciencia de enfermedad.
- ✦ Necesita que se contemplen más áreas de intervención (ocupación, empleo).
- ✦ Necesita un abordaje integral.
- ✦ Sufre implicaciones en otras esferas de su vida.

#### ☐ **Programas que se desarrollan**

En todos los casos hay programas de seguimiento de pacientes que están en tratamiento con neurolépticos atípicos.



Por la propia configuración de la red, en algunos centros se atienden trastornos adictivos, tanto de alcoholismo como de adicción a sustancias ilegales, que constituyen programas específicos. Con respecto a otros trastornos, se desarrollan diferentes programas -no todos en todos los centros-, que no están protocolizados y, cuando tienen un soporte documental, es de uso interno:

- ✦ Atención a pacientes con trastornos graves.
- ✦ Ansiedad y depresión.
- ✦ Atención al Psicótico joven, atención precoz, con un equipo multidisciplinar que atiende también fuera de la consulta.
- ✦ Trastornos de alimentación.
- ✦ Psicoterapia.

#### ☐ **Formación del personal sanitario**

Predomina la idea de que la psiquiatría es un caso a parte de la medicina, con métodos, tanto de diagnóstico como de tratamiento, diferentes a los de otras especialidades.

Ello se ha visto favorecido, históricamente, por el hecho de que la asistencia psiquiátrica estaba fuera de la red sanitaria así como la propia formación de los psiquiatras. Mientras que el resto de médicos compartían espacio y programas formativos, los psiquiatras se formaban *aparte*.

Además de otros problemas, uno importante es que para el resto de profesionales, tanto la especialidad psiquiátrica como su campo de intervención son menos próximas para el médico de familia.

Aunque las cosas están cambiando (rotación de los residentes por los servicios de psiquiatría, unidades de agudos en los hospitales generales, ...) lo cierto es que, hoy por hoy, predomina la idea de que el médico de familia no tiene la formación suficiente para abordar la enfermedad mental o, cuando menos que no está tan capacitado para enfrentarse a estas enfermedades como lo está para enfrentarse a las enfermedades somáticas.

## ☐ **Coordinación entre dispositivos**

La coordinación no está protocolizada, más allá de los volantes de derivación, los cuales, además, no siempre se cumplimentan con la agilidad requerida ni son suficientemente completos, ni en la parte que corresponde al médico de familia ni en la que compete al psiquiatra.

El hecho de que existe una buena coordinación depende más de la casuística de cada centro: donde se comparte espacio con atención primaria o hay buena relación con los equipos, existe una buena coordinación con ese nivel asistencial, donde se puede, se dedican recursos (personal de enfermería) para coordinarse con los hospitales, pero, con carácter general, nada hay establecido.

Hay dos cuestiones a destacar. La primera, no por conocida menos importante, es la elevada demanda, en particular en atención primaria, que dificulta cualquier actividad que no sea la asistencial.

Otra es que la mayor parte de pacientes, en particular los que tienen un trastorno mental grave, no llega a las unidades de Salud Mental por indicación del médico de atención primaria, sino que lo hace a través de los servicios hospitalarios: hay un episodio agudo que requiere hospitalización, o al menos intervención de las urgencias, tras lo cual el paciente es derivado a la unidad de Salud Mental correspondiente.

## ☐ **Origen y evolución del estigma**

El estigma se concibe como una marca negativa, que da lugar a una consideración peyorativa de este tipo enfermos, a apartarlos.

Nace del miedo que suscita "la locura". Por una parte el miedo a "la locura", en lo que tiene de pérdida de control y de identidad.

Por otro lado, las características de la enfermedad mental, han propiciado que se vincule a cuestiones esotéricas. Y sin llegar a explicaciones de ese tenor, hay que reconocer que el pensamiento psicótico es inconmensurable al del común de la gente, por lo que la distinción de estos pacientes tiene algo de inevitable.

El estigma también se ha visto favorecido por la culpabilización del paciente y de su familia, dando lugar a lo que podemos llamar estigma interno, esto es, a que tanto los enfermos como sus familias oculten la enfermedad.

Ha evolucionado y, como ha pasado con otras enfermedades, en la medida en la que se trate con normalidad, evolucionará más.

Hoy por hoy, existe un buen número de enfermedades mentales, las que entran bajo la rúbrica de trastornos menores, que se han despojado de esa carga. Incluso se ha pasado al extremo contrario y está hasta bien visto ir al psiquiatra o al psicólogo.

Lo que está por ver es que esa proliferación de consultas, realmente, contribuya a eliminar el estigma en el caso de los trastornos graves. La opinión generalizada es que, ciertamente, ir al psiquiatra ya no tiene carga peyorativa y que el hecho de que enfermos más y menos graves compartan sala de espera puede ayudar a normalizar la idea que se tiene de los trastornos más graves. Ello no quita para que los informantes atisben el riesgo de que se configuren dos categorías de enfermos.

#### ☐ **Estigmatización en el sistema sanitario**

La situación particular de la especialidad psiquiátrica a la que ya nos hemos referido, da lugar a que, en ocasiones, los pacientes con enfermedad mental no sean atendidos todo lo bien que se debiera en el sistema de salud.

Los propios pacientes se quejan de que se minusvaloran ciertos síntomas por mor de la enfermedad mental y así lo confirman nuestros informantes según quienes el médico no psiquiatra puede llegar a desentenderse de estos pacientes (depende de variables individuales, hay personas con más dificultades para enfrentarse a la angustia).

Hay una idea que no por minoritaria debe dejar de ser motivo de reflexión: se trata de la opinión de que, el mismo hecho de existan mecanismos específicos (dispositivos, planes, direcciones generales) es, en sí mismo, un elemento estigmatizador.

Mención especial merecen ciertas prácticas, como los ingresos involuntarios, que se califican como algo más o menos desagradable pero, en cualquier caso inevitable. No merecen un juicio muy severo, pero cuando alguno de los informantes lo ha vivido de cerca no puede por menos que calificarlo de desagradable.

### ☐ **Intervención actual sobre el estigma**

Hasta el presente, el estigma se aborda de manera implícita. Lo que vienen intentando los responsables de los diferentes centros, es tratar de normalizar, esto es, de tratar la enfermedad mental y a los pacientes como un caso más de la asistencia sanitaria.

Lo que si es cierto es que la convivencia (en el hospital, en los centros de atención primaria) contribuye a mejorar la imagen de la enfermedad mental.

Como posibles medidas que contribuyan a eliminar el estigma, son varias las ideas que surgen:

- ✦ Una mayor rotación de los residentes en los servicios de Salud Mental, serviría para acercar la psiquiatría al resto de especialidades y ayudaría a interiorizar que la psiquiatría es una especialidad más.
- ✦ Desarrollar una atención más centrada en entender sin juzgar las conductas desadaptadas de los pacientes, en escuchar e ir más allá de la elaboración del diagnóstico y la prescripción del fármaco.
- ✦ Evitar la proliferación y el uso fraudulento de ciertas medidas que deben ser excepcionales.

## **Responsable de Atención Primaria**

### ☐ **Caracterización de la Enfermedad Mental**

Se trata de una enfermedad más. Ocurre que necesita más dedicación, un mayor control y, en general, una mayor intervención del especialista.

En los momentos de crisis, las dificultades son bastante mayores.

La mayor casuística que se ve en estos servicios es de trastornos adaptativos.

### ☐ **Caracterización del Paciente con Enfermedad Mental**

Es un paciente más, con sus peculiaridades como cualquier otro, no por tener una enfermedad mental: no se trata igual a dos pacientes, cada uno tiene sus características, pero ello reza para los que tienen enfermedad mental y para los que no.

Cuando el paciente sufre un brote, sí que existen diferencias y problemas especiales.

### ☐ **Programas que se desarrollan**

Ninguno de Salud Mental. Sí otra serie de ellos, habituales en los centros de atención primaria:

- ✦ Programas de salud de pacientes crónicos.
- ✦ Atención al paciente sano.

### ☐ **Formación del personal sanitario**

No hay un reciclaje estandarizado del médico de familia, por lo tanto tampoco en Salud Mental.

Hay menos capacitación para abordar los problemas de Salud Mental que para abordar trastornos somáticos.

### ☐ **Coordinación entre dispositivos**

Se sustancia en la derivación a atención especializada de los casos que no pueden ser tratados en atención primaria a través de los correspondientes volantes.

Se puede contar con el psiquiatra para contactos telefónicos relativos a dudas sobre tratamientos o situación de los pacientes, pero no existen vías normalizadas; de ahí que no siempre se tenga información actualizada sobre la situación de un paciente que se ha derivado.

## 📄 Origen y evolución del estigma

El estigma es la no aceptación de las personas con enfermedad mental por parte de la sociedad, verlo como raro y tener una actitud despectiva hacia él.

A juicio de nuestros informantes, aunque el estigma ha mejorado, aún no se ha eliminado del todo. Aquí se vuelve a constatar que la reducción del estigma es mayor en el caso de los trastornos menores, no tanto en el trastorno mental grave. En cualquier caso, parece claro que la *popularización* de esos trastornos, tiene el efecto de que acudir a la consulta del psicólogo o del psiquiatra no está mal visto.

Es interesante la opinión de que en los pueblos pequeños, en los que todo el mundo se conoce, la enfermedad mental está más integrada y suscita menos estigma.

## 📄 Estigmatización en el sistema sanitario

Según los médicos de familia entrevistados, este fenómeno no se da. Si bien puede ser cierto que se preste atención preferente al hecho de padecer una enfermedad mental, ello tiene una explicación diferente al estigma. Como en cualquier enfermedad crónica, es habitual y hasta correcto, tomar en cuenta ese diagnóstico previo como un antecedente que hay que valorar.

Respecto al ingreso involuntario, la opinión es que puede ser estigmatizante pero que, en determinados casos, no hay otra opción.

## 📄 Intervención actual sobre el estigma

En los centros de atención primaria no se aborda este asunto de manera específica. A juicio de nuestros informantes, es importante conocer al paciente y tratar adecuadamente su enfermedad.

Además, hay que trabajar con la premisa de que es un paciente más, con sus circunstancias y su tratamiento, hablar con él y con la familia y desarrollar una labor informativa en donde el médico tenga algún protagonismo.

## 📄 El papel de la atención primaria

Si el paciente con enfermedad mental es un usuario más del sistema, en atención primaria se debe hacer un seguimiento de su salud general. Hacer un seguimiento estrecho de la enfermedad mental, como se hace en otras enfermedades crónicas no sería especialmente útil ni contribuiría a reducir el estigma. Es más, podría ser contraproducente, pues implica destinar recursos (siempre escasos en atención primaria) a problemas de salud que pueden ser importantes pero no requieren una atención inmediata.

La atención primaria puede hacerse cargo de los trastornos menores, pero en los casos de trastornos graves, debe derivarse al especialista. En cualquier caso, se echan en falta protocolos que definan pautas de actuación y tratamiento de pacientes con enfermedad