



Elaboración de materiales divulgativos contra
el estigma destinados a los profesionales de salud mental

INFORME DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES - 2008



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Área de Consultoría
Granada, Septiembre 2008

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN.....	8
RESULTADOS	10
1. La Información	10
2. Relaciones y trato de los profesionales hacia los usuarios/as y sus familias.....	21
2.1 Psiquiatras	21
2.2 Enfermería	32
2.3 Psicólogos	34
2.4 La Atención en Urgencias.....	36
2.5 Profesionales No Sanitarios.....	41
3. Diferentes Contextos del Estigma Institucional	45
3.1 Unidades de Hospitalización de Salud Mental	45
3.2 Sistema de Salud Mental.....	53
4. Trámites, Ayudas y Pensiones.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	62

RESUMEN EJECUTIVO

- La literatura científica actual reconoce que el estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales y las personas que las padecen afectan directamente a la atención prestada a su salud mental. Diversos estudios que utilizan metodología cualitativa han señalado que parte importante del estigma percibido por usuarios/as y familiares proviene en parte del sistema público de atención sanitaria, incluidos los dispositivos de Salud Mental y los/as profesionales que trabajan en ellos.
- Este trabajo ha partido de la revisión de algunos documentos que recogen las percepciones de usuarios/as y familiares, sus expectativas y opiniones sobre aspectos institucionales de la atención a la salud mental.
- Esta revisión ha detectado ciertas temáticas recurrentes sobre las que se ha decidido profundizar y recabar información más abundante y caracterizada, que sea de utilidad para la elaboración de materiales informativos breves en soporte papel destinados a los profesionales que trabajan en Salud Mental.
- Se ha tratado de caracterizar aspectos clave en la práctica profesional que generan discriminación, detectando la forma en la que acontece, especialmente en las Unidades de Salud Mental Comunitarias y las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (hospitales generales), que popularmente la población conoce por su antigua denominación de “Unidades de Agudos”.
- Se ha utilizado metodología cualitativa a través de la realización de Grupos Focales, para explorar cómo los usuarios/as y sus familiares experimentan los problemas de estigmatización, recogiendo experiencias personales en primera persona.
- Los principales hallazgos fueron:

1) Respecto a la Información recibida:

- Información sobre el diagnóstico

- ✓ Usuarios/as y familiares afirman no recibir suficiente información sobre los principales síntomas de la enfermedad, sobre la posibilidad de crisis periódicas y sobre cómo detectarlas y afrontarlas. Asimismo, afirman que la información recibida no es lo suficientemente clara para los usuarios/as ni tampoco para sus cuidadores/familiares.
- Información sobre la medicación
 - ✓ Se afirma que no se les advierte sobre los efectos secundarios y las maneras de minimizarlos, no se explicitan las posibles interacciones entre los diferentes medicamentos prescritos y no se aclaran los riesgos para la salud física de los usuarios/as.
- Información de Seguimiento
 - ✓ Se afirma que no se entregan datos sobre las implicaciones psicosociales que pueden provenir de cada enfermedad.
 - ✓ Tampoco se transmite información sobre los recursos disponibles, tales como: FAISEM, Asociaciones de Familiares y Asociaciones de Usuarios.
 - ✓ No hay informaciones precisas, o suficientemente claras, sobre los cambios de medicación y sus implicaciones.
 - ✓ Los usuarios/as y familiares esperan que todas estas informaciones sean ofrecidas por su psiquiatra.

2) Respecto al trato y las relaciones con los profesionales sanitarios¹:

- La expectativa de los usuarios/as y también de sus familiares es encontrar en la consulta una oportunidad de ser comprendidos en su sufrimiento, de recibir apoyo y herramientas para afrontar las dificultades.
- Se afirma que el poco tiempo disponible para cada consulta, el espaciamiento entre ellas y la dedicación casi exclusiva al tratamiento

¹ En las citas de los participantes, a menudo se hace referencia al "médico", el "psiquiatra". En algunos casos estas denominaciones pueden referirse a otros facultativos, que quedarían englobados en las figuras del psiquiatra o el médico.

farmacológico son barreras para el establecimiento de una relación facultativo-paciente más cercana y satisfactoria.

- Usuarios/as y familiares consideran frío, impersonal y desconsiderado el trato dispensado por parte de los/las psiquiatras. También perciben actitudes de superioridad y exceso de autoridad.
- Especialmente los familiares reivindican una mayor coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria para atender los problemas de salud física de los usuarios/as.
- Se afirma que el trato proporcionado por el personal de enfermería es cálido, atento y profesional. Estos profesionales tienen más empatía y se comunican mejor con los usuarios/as.
- Usuarios/as y familiares ven muy positiva la labor de los psicólogos/as y expresan la necesidad urgente de ampliar los recursos humanos de este colectivo, tanto en las Unidades de Salud Mental Comunitarias como en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.
- La atención en los servicios de urgencias de los hospitales es muy criticada por:
 - ✓ La dificultad de contacto telefónico y de transporte.
 - ✓ El exceso de tiempo de espera.
 - ✓ El trato recibido por parte de los vigilantes de seguridad.
 - ✓ El trato dado por los profesionales sanitarios.
 - ✓ Las equivocaciones sobre el motivo de la urgencia, cuando son de orden físico y se les atiende en función de su diagnóstico de enfermedad mental.
- Se afirma que los profesionales no sanitarios deberían obtener formación específica para trabajar con personas con enfermedad mental y un perfil humano menos autoritario y menos dado a utilizar la fuerza.

3) Respecto al contexto físico y la atención en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental:

- Se afirma que se utilizan en exceso las medidas de seguridad: puertas cerradas con llave, imposibilidad de salir aunque sea con acompañamiento familiar, horarios excesivamente estrictos, etc. Estas medidas, unidas a tener que vestir pijama/uniforme todo el día, contribuye a que se perciba, tanto por familiares como por pacientes, la sensación de prisión.
- Se considera que las condiciones físicas de los dispositivos, salvo algunas excepciones, son precarias y se ven como tercermundistas por la falta de duchas, puertas o toallas y algunas unidades están ubicadas en sótanos o en los lugares menos atractivos de los hospitales.
- Los usuarios/as denuncian ser víctimas de robos, amenazas y actos violentos por parte de otras personas hospitalizadas, y señalan especialmente a las personas con problemas de drogadicción y alcoholismo.
- La mezcla de diferentes clases de enfermedades se considera perjudicial para la recuperación de los usuarios/as.
- Las Unidades de Hospitalización de Salud Mental no son consideradas como sitios enfocados a la recuperación ni tampoco que favorezcan la mejora y el cuidado. Se critica que no haya actividades terapéuticas ni de ocio, y que el enfoque sea exclusivo hacia el tratamiento farmacológico.

4) Respecto al contexto de los servicios y la Administración pública:

- Usuarios/as y familiares afirman que las Unidades de Salud Mental Comunitarias deberían priorizar la atención de enfermedades mentales graves, aumentando los recursos humanos y el número de dispositivos para atender con calidad a toda la demanda.
- Se destacan grandes diferencias provinciales en la dotación de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y de una atención digna a las personas hospitalizadas.

- Se critican las diferencias presupuestarias y de equipamientos entre lo destinado a salud mental y aquello que es considerado salud física o de otras especialidades.

5) Respecto a los trámites administrativos para percibir ayudas y pensiones o para la adquisición de medicación.

- Se destaca que la utilización de las tarjetas electrónicas ha facilitado mucho la obtención de la medicación y se propone que debería extenderse a todas las poblaciones y a todas las medicaciones habitualmente prescritas.
- Usuarios/as y familiares consideran que los trámites para la obtención de las pensiones son difíciles de llevar a cabo sin ayuda de un profesional y conllevan un doble sufrimiento: la inseguridad sobre la obtención de una ayuda digna y la lucha por la aceptación de que se deja de pertenecer al sistema productivo de la sociedad.

INTRODUCCIÓN

La literatura científica actual reconoce que el estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales y las personas que las padecen afectan directamente la atención a su salud mentalⁱ. Estudios que utilizan metodología cualitativa han señalado que parte importante del estigma percibido por usuarios/as y familiares proviene en parte de los propios profesionales de salud mental y, desde una perspectiva más global, del sistema público de atención sanitariaⁱⁱ.

Este trabajo ha partido de la revisión de algunos documentos que recogen las percepciones de usuarios/as y familiares, pero también sus expectativas y opiniones sobre los aspectos institucionales de la atención a la salud mentalⁱⁱⁱ. Esta revisión ha detectado ciertas temáticas recurrentes sobre las cuales se ha decidido profundizar el estudio y recabar información más abundante.

El **objetivo principal** de este informe es:

Generar información útil para la elaboración de materiales informativos breves en soporte papel, destinados a los profesionales que trabajan en Salud Mental, específicamente en la Unidades de Salud Mental Comunitarias y las Unidades de Hospitalización (hospitales generales), a través de la caracterización de los aspectos clave en la práctica profesional que generan discriminación, detectando la forma en la que acontece.

Los **objetivos específicos** son:

- 1) Explorar cómo los usuarios/as y sus familiares experimentan los problemas de estigmatización.
- 2) Recoger experiencias personales en primera persona.

La población está constituida por personas con enfermedades mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) y familiares de personas con estas enfermedades. La mayoría de los participantes eran miembros de diferentes asociaciones de usuarios/as y familiares de Andalucía.

Los criterios de inclusión eran personas que hubiesen tenido una experiencia de hospitalización en los últimos 3 años y que, actualmente, fuesen usuarios/as de las consultas especializadas de salud mental. Igualmente, se seleccionaron personas que fuesen cuidadores y/o familiares de pacientes con los mismos criterios de utilización de servicios.

La metodología empleada fue de tipo cualitativa, a través de la realización de 3 Grupos Focales, dos de ellos con usuarios/as y uno con familiares de diferentes provincias de la Comunidad Autónoma andaluza. Las entrevistas grupales fueron grabadas en audio y posteriormente se llevaron a cabo transcripciones literales de las mismas para efectuar el análisis de contenido.

El número total de personas que participaron en los grupos focales es de 24: 14 usuarias de los servicios de salud mental y 10 familiares o cuidadores de dichas personas.

RESULTADOS

1. La Información

La información que el usuario y sus familiares tienen sobre los trastornos mentales en general y la enfermedad específica que les afecta directa o indirectamente, bien como sus efectos físicos, psicológicos y sociales, es la base de donde parte la comunicación entre ellos y los responsables directos de la atención y el cuidado en salud mental. En unas patologías donde la comunicación, el hablar y contar lo que está pasando, es clave tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, entendemos que la información y la comunicación poseen una importancia central sobre la que se establecen las relaciones profesional-paciente.

La información que reciben usuarios/as y familiares suele ser considerada por estos colectivos como insuficiente. Primero, porque frecuentemente se centra sobre el diagnóstico; segundo, porque se limita a un nombre, una etiqueta que no explica qué es la enfermedad ni sus implicaciones, y por último, porque pasada la etapa de diagnóstico, toda la información y comunicación facultativo-paciente se centra en el control de la medicación y el tratamiento farmacológico.

*“...cuando se fue a hablar con el psiquiatra la primera vez y llegué al médico para el diagnóstico, **hablamos un ratito con el psiquiatra y coge y me dice: “psicosis esquizomorfa paranoide.” Y ya está...***

(P): ¿No te explicó lo que era...?

No me explicó nada”.

(GF2 – Usuarios)

*“Pues yo la experiencia, yo tampoco tengo muy claro mi enfermedad. Tengo trastorno de la personalidad, un trastorno límite. Entonces no tengo muy claro qué es mi enfermedad. Ahí he estado preocupado... aunque estuve preguntando, **estaba preocupado, no ha sido por explicarme qué es lo que tengo, en qué consiste. ¡Los síntomas! Pues nada más que el diagnóstico y la medicación”.***

(GF1 – Usuarios)

*“...y luego, **cuando nos informan al principio, empiezan con unos léxicos, unas palabras, que ellos medio entienden. Ellos no quieren compromiso tácito al principio de que la enfermedad suya es “x”. Y empiezan a darte nombres, que tú no te aclaras, en ese caso nosotros”.***

(GF1 – Familiares)

*“La información que recibo es muy dura. Limitada al tratamiento. **Me ponen un tratamiento, otro tratamiento pero sin informarme sobre el tratamiento**”.*

(GF1 – Usuarios)

Aparte de recibir información parcial, atomizada, los participantes afirman que incluso muchas veces está equivocada, o que varía según el profesional que la dé, causándoles más confusión todavía y sentando las bases de un sentimiento de poca confianza en lo que dicen los profesionales.

*“Porque a mí me trataron por esquizofrenia. **Luego me dijeron que si esquizofrenia no era, que era psicosis maníaco-depresiva. No sé...**”.*

(GF1 – Usuarios)”

*“**Yo me gustaría decir que me diagnosticaron en quince minutos y fue un diagnóstico equivoco...** Luego a mi padre le dijo que yo tenía un trastorno bipolar. Pero...*

(P): *A usted no le dijo...*

A mí no me dijo nada, en todo el tiempo que estuve en la unidad de día no me dijo. Luego lo supe”.

(GF2 – Usuarios)

“El hospital de día es muy diferente. El hospital de día te explican, y te explican bien. Y aparte las trabajadoras sociales y las enfermeras daban por las mañanas unas charlas sobre las enfermedades, cómo prevenirlas... los síntomas, si te descuidas, si no te descuidas...”

Nos enseñaban a localizar las enfermedades. A saber cuándo nos estamos poniendo malos para prevenirlas.

(P): *Y eso te parece una cosa importante...*

Claro que sí.

(P): *¿Tener la información te da más seguridad?*

A mí sí”.

(GF2 – Usuarios)

*“**Trastorno obsesivo-compulsivo hasta ahora, que me han dicho que tengo trastorno esquizoafectivo.***

(P): *Y eso, ¿qué tipo de problema te trajo, como te sientes respecto a esta equivocación?*

Ah, pues nada, aguantándome”.

(GF2 – Usuarios)

Saber sólo el diagnóstico no satisface las necesidades de información que tienen los usuarios/as y sus familiares, porque muchas veces no lo comprenden. Algunos toman la iniciativa de ampliar esa información por su propia cuenta, con la intención de rebajar la angustia y la preocupación que surgen del desconocimiento a lo que se enfrentan.

*“Le preguntaba, “¿qué tengo?”. **Me salía y me apuntaba lo que tenía. Y luego con el ordenador, en Internet, miraba lo que tenía**”.*

(GF2 – Usuarios)

*“**Y me he leído dos o tres libros, que me ha encantado leerlos.** Y en el libro te explican por dónde van las líneas de tratamiento y también te explican que hay varios grupos de trastornos bipolares. Conociendo mejor la enfermedad para poder tratarla mejor. Porque si tú no sabes qué hacer con la enfermedad, no tienes información sobre la enfermedad, eres un ignorante. Y yo creo que aquí los psiquiatras pecan de eso, que no dan información”.*

(GF2 – Usuarios)

*“**Yo creo que eso es una incongruencia, de que están los profesionales para darte la información y no te informan mucho.** Por ejemplo, yo a mí ningún psiquiatra me ha dicho que es eso de bipolares. Yo, investigando, que me gusta conocer y saber, descubrí que el mejor psiquiatra en trastornos bipolares es Eduard Vieta, de Barcelona”.*

(GF2 – Usuarios)

Sin embargo, algunos profesionales parecen no estar de acuerdo con que sus pacientes busquen o pregunten por más información.

*“Yo me he cambiado del médico al psiquiatra. Digo, “¿tengo esquizofrenia?, ¿tengo esto? Quiero saber lo que tengo”. **Se pone: “No te quieras colgar etiquetas, no te quieras colgar la etiqueta, que esto está muy feo”** (en tono sarcástico).”*

(GF2 – Usuarios)

*“Y entonces un día ya **me dijo: “mira, olvídate de mirar en Internet lo que tienes porque lo importante es dar con lo que tienes**”.*

(GF2 – Usuarios)

Quizás por la parcialidad y fragmentación de la información que llega en un primer momento a los usuarios/as y familiares, muchos tienen la impresión de no haberla recibido y afirman que sin saber siquiera el diagnóstico, les han prescrito tratamientos farmacológicos.

*“**Yo no sabía lo que tenía. Yo me tomaba la medicación pero no me había dicho lo que tenía.** Yo precisamente me enteré de lo que tenía por un informe que le pedí al psiquiatra para el tribunal. Porque lo ponía en el informe sí no, no me entero”.*

(GF2 – Usuarios)

*“**Yo estuve desde el año 90, 1990, yo voy a salud mental de Cartuja. Iban y no me decían nada, sino que me mandaban pastillas y yo creía que era una depresión**”*

(P): Sin explicaciones.

Sin nada de ellos. Desde el 2005 es cuando me han dicho que tenía un trastorno bipolar. Pero que tampoco me han explicado lo que es, el trastorno bipolar. Yo quería saber lo que era pero tampoco me han dicho nada, sino que siempre me han mandado pastillas".
(GF2 – Usuarios)

*"Hombre, es que yo estaba yendo al médico desde el año 91 y hasta el año 2000 que me hicieron el informe pues no me enteré. **Tardé 9 años en enterarme... tomando pastillas y sin saber por qué**".*
(GF2 – Usuarios)

Con la información relacionada con la medicación antipsicótica pasa algo parecido al diagnóstico. Tanto usuarios/as como familiares conocen los nombres de la medicación y algunos efectos secundarios. Pero o bien son informaciones superficiales que, por ejemplo, no detallan la relación que hay entre tal medicación y los síntomas del paciente, o bien son informaciones recopiladas a lo largo de la vida por contacto diario con el tema. No hay una información estructurada, comprensible y con un lenguaje cercano que sea dada deliberadamente por parte de los/las psiquiatras, o de cualquier otro miembro del equipo de salud mental.

*"Y sobre todo, después entramos en los medicamentos, y ahí es donde uno... **Yo, sinceramente, he aprendido, a porrazos, que este medicamento me ha ido bien, este no, este sirve, este se puede mezclar, este no.** Y todo eso ha sido a porrazos, con una problemática enorme".*
(GF1 – Familiares)

*"Por eso debemos exigir un tratamiento exquisito, una información adecuada para ellos, porque **ellos deben de saber qué efectos les va a hacer la medicación, qué enfermedad tienen, para cuánto tiempo la tienen y cuánto tiempo tienen que estar tomando la medicación**".*
(GF1 – Familiares)

*"A mí lo que pasa es que cuando estaba diagnosticado el trastorno bipolar, el doctor no me quería poner antidepresivos. **Entonces yo no sé si por ponerme antidepresivos o no ponérmelos yo empecé a entrar en una depresión**".*
(GF2 – Usuarios)

*"Sí, yo creo que sí. **Pienso que deberían informarte: 'tienes esto, estos son sus síntomas, esto es lo que te produce'***
(P): Y qué hacer...
Y qué hacer, claro".
(GF2 – Usuarios)

"(P): Pero, ¿te explicaba para qué era la medicación?, ¿te hacía saber para qué servía el tratamiento?, ¿los efectos?, etc. Sí, para qué servía sí. Pero los efectos que me producían eran las más de las veces negativos totalmente..."

(GF1 – Usuarios)

“Medicación tenía que tener. Eso es evidente. Pero no tenía la que me hacía falta.

Hasta tal punto que fui a un psiquiatra y ¡me dijo que no sabía lo que tengo! Y si no saben lo que tengo, ¿quién lo va a saber? Yo, ¿no? Y entonces he estado muchos años de mala forma”.

(GF1 – Usuarios)

(P): *“Y cuando ingresáis en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, ¿hay algún profesional que dé información?*

(Varios): *Nada. No.*

Vienen a ponerte la inyección.

Te ponen la inyección y ya está.

(Hablan todos a la vez concordando en que no hay información, sólo medicación)”.

(GF2 – Usuarios).

Como se ha dicho al principio, existe una demanda general por informaciones que vayan más allá del diagnóstico y medicación.

*“...la información recibida sobre la enfermedad en un principio, es nula. Yo puedo entender que en un momento determinado se necesiten varias visitas al psiquiatra y se necesite un tiempo puesto que eso no sale en ninguna radiografía ni en ningún análisis clínico ni nada. Por lo tanto, tiene que ser la valoración que hace el psiquiatra por la actuación que tiene el enfermo. **Pero si le ponen un tratamiento y no le explican los síntomas que va a tener, el tiempo que se lo tiene que estar tomando, los efectos que le va a hacer, etc., etc...”.***

(GF1 – Familiares)

*“Yo quiero decir que te diagnostican y casi nunca te dicen lo que tienes y si te lo dicen te lo anotan en el p10 para el tema de la medicación. **Pero no te dan un tratamiento psicoeducativo... “consiste en esto, te vamos a poner esto,... lo mejor es llevar este estilo de vida”.***

(GF2 – Usuarios)

*“Yo entiendo que nosotros vamos con una cita y nos tratan durante quince minutos. Entonces también es muy difícil pedirle al psiquiatra que cuando tú tienes quince minutos te tenga que decir: “tienes esto”. **Ahora, tampoco entiendo que la primera postura que tome es atiborrarte de pastillas, porque yo me tiré un año y medio tumbado en un sofá sin poder moverme”.***

(GF2 – Usuarios)

Pero “que eso te puede pasar, puede tener paranoias”, y lo que son las paranoias...

(GF1 – Usuarios)

La información que llega, o que no llega, a las familias se considera fundamental para que puedan prestar adecuadamente los cuidados necesarios, pero también para evitar la estigmatización familiar e incluso para que, de poseer la información adecuada, puedan ser agentes de incremento de la información social (a los vecinos o a otros familiares) y de lucha contra el estigma social.

“¿Las familias están bien informadas, saben reaccionar cuando pasa una crisis? (R2): Más o menos, mi madre sí. A veces no se da cuenta”.
(GF1 – Usuarios)

“Claro. Mi familia no sabía tampoco, sabía que iba a salud mental, pero no sabían que esos ataques que yo tenía, toda esa euforia y tal eran por la enfermedad, creían que eran mío. Y entonces, tenía muchos problemas por ahí”.
(GF2 – Usuarios)

“...siempre al principio también tenemos un dilema entre irnos más bien al psicólogo o al psiquiatra, en nuestra ignorancia...”.
(GF1 – Familiares)

“Yo digo que he tenido suerte, pero la psicólogo que lleva a mi niña dice que lo que hemos tenido nosotros no es suerte, sino que es formación y preparación. Yo creo que si el familiar se forma y se prepara, si el enfermo se forma y se prepara. Y se le dota de herramientas para lograr controlar las crisis, más o menos, intentar controlar los brotes del enfermo, no tendríamos que utilizar tanto las unidades de agudos porque es, yo creo, el último punto donde tendríamos que ir”.
(GF1 – Familiares)

“...primero, la familia no sabe qué hacer. Segundo, que al enfermo esa medicación le hace un efecto secundario y por consiguiente la abandona, con la consiguiente descompensación. Y cuando la persona con enfermedad mental está descompensada hace cosas anormales y hace que volvamos a lo mismo, al estigma”.
(GF1 – Familiares)

“...cuando esa persona va a la calle o en su propio edificio, o los propios familiares, e incluso nosotros mismos, nos encontramos con que no sabemos qué está pasando, y estamos haciendo juicios erróneos y estamos estigmatizando a nuestros enfermos: por lo tanto, ya empieza por parte de los profesionales el tema del estigma. La falta de información, la falta de tratamiento, cuánto tiempo se lo tiene que tomar, etc, etc”.
(GF1 – Familiares)

Las consecuencias directas de la falta de información recaen muchas veces sobre la salud, tanto de los usuarios/as como de sus familiares, generando sentimientos de desesperanza, impotencia y abandono.

*“...por desgracia ya, **nuestros familiares con 24 y 25 años están ya cronificados, porque como no sabemos absolutamente nada de la enfermedad**, ni tampoco se tiene un control, por ejemplo, de que esté el hospital de día para pasarlo en la primera descompensación a la siguiente fase. Como esto no existe, por lo menos donde yo estoy, en Huelva, bueno, pues, ¿qué pasa? Lo que llamamos puerta giratoria, pero en poco tiempo. **Y en un año y pico la persona ha estado cuatro o cinco veces ingresada sin ninguna información**”.*

(GF1 – Familiares)

*“Yo quiero decir que **la primera descompensación de mi familiar bueno, pues, no hubo ninguna información para nada, y pasó que al mes y medio lo tuve que ingresar hasta tres veces**...Y fue el psiquiatra el que a la tercera vez nos pidió perdón ‘porque decía que había sido culpa de él, porque decía que no había dado información’.*

(GF1 – Familiares)

*“Claro, como la familia está ignorante porque nadie les ha explicado cuál es la cara de la enfermedad. Nadie se lo ha hecho ver. **La familia está muy mal**...”.*

(GF1 – Familiares)

*“**Muchas familias enfermando y mucho más enfermas que el paciente. Eso es una alarma total**”.*

(GF1 – Familiares)

*“Un poco despechados, cuando hablamos de sentimientos creo que **nos sentimos un poco despechados**”.*

(GF1 – Familiares)

*“**Impotencia**. Primero por no sentirte atendido, por no sentirte respetado, por no sentirte escuchado”.*

(GF1 – Familiares)

Si información tan básica como la relativa al diagnóstico y a las propiedades o efectos de la medicación que se deberá tomar de por vida, no es entendida o bien no llega a usuarios/as y familiares, entonces se percibe que cuestiones referidas a consecuencias de la enfermedad, de la medicación y todo lo relacionado con su vida futura (como conocer los recursos sociosanitarios o la prevención y manejo de situaciones de crisis) no son cubiertas con la información necesaria y se desconocen.

*“Yo si me permitís destacaría la falta de información en general, en todos los aspectos. La familia, como hablábamos, no es que no se le haga una acogida de cómo llegan, como llegamos, **sino la falta de información sobre todos los recursos tanto sanitarios como sociales**.*

Entonces ahora ya te pierdes. Ahora ya no sabes lo que es una casa hogar, un piso, lo que es un taller ocupacional, lo que son los recursos de FAISEM. Esa doble información no llega por ningún sitio, por ningún sitio”.

(GF1 – Familiares)

*“Entonces ahí nos perdemos las familias en una cantidad de tiempo... O sea, la familia llega al movimiento asociativo sin saber que existen recursos. Familia hablamos de ocho o nueve años de llevar una enfermedad. O sea, **cuando tú llegas al sistema nadie se sienta a decirte, no sólo no hablarte de la enfermedad que me parece gravísimo, sino encima de no decirte de los pocos recursos que tenemos, que pueda ser en muchos casos insuficientes. Pero encima de eso ni se nos informa. Entonces doblemente más años de sufrimiento”.***

(GF1 – Familiares)

*“Mi madre, hace años, **cuando la primera crisis que tuve que estuve en agudos, mi madre no sabía qué hacer conmigo. Porque mi madre tenía que trabajar y a mí me dejaban allí durante todo el día sola,** hasta que llegaba mi hermana del instituto y mi padre del trabajo. Ahí fue que ya el que trabajaba como profesional de agudos me dijo de los talleres de FAISEM, los talleres ocupacionales de informática”.*

(GF1 – Usuarios)

Se manifiesta que, además, en algunos casos, la desinformación sobre los recursos existentes y las posibilidades de atención llega a provocar una sobrecarga económica a las familias.

*“Yo sé de una persona en Huelva que tiene que ir a Madrid, que **está hipotecada porque ni ella misma sabía que existía eso en Sevilla.** Cuando los mismos profesionales le tendrían que haber dicho que existía en Sevilla y derivarla.”*

(GF1 – Familiares)

*“... pero si su psiquiatra no le dice, **“esto no existe en Sevilla ni nada”.** Y eso, ¿dónde está?, ¿en Andalucía? **¿Y eso por qué el psiquiatra no me lo dijo para que no me tenga que gastar ese dinero en llevar a mi hija a Madrid?** Porque lo están viendo en Madrid porque desconocía la existencia en Sevilla de eso”.*

(GF1 – Familiares)

La información sobre las consecuencias de la enfermedad en las vidas de las personas afectadas, por más dura que sea, es reivindicada por ellas como algo que tienen derecho a saber. Argumentan que las consecuencias de la enfermedad que desconocen y sobre las que se les debería informar tienen implicaciones reales sobre sus vidas, sobre su salud, su autoestima, sus expectativas de futuro y sobre su posibilidad de buscar ayuda.

*“Creo que te dicen cosas, una serie de cosas, te crean una serie de expectativas, una serie de ilusiones, te ponen una serie de metas y luego no se cumplen, ni se van a cumplir. **Y luego pasan cosas como lo que hemos hablado antes, los problemas de ingreso en agudos**, y cosas más jodidas de las que no hemos hablado y no sé si vamos a hablar”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Pero hace falta que nos digan lo jodido de la historia también, **que tú vas a tener unas crisis, que vas a tener que estar ingresado, que tienes que tomar una medicación y que una medicación produce efectos secundarios** más leves, otras más fuertes... No crear unas expectativas que no son”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Yo creo que a todas las personas que están en las garras de la Seguridad Social desde un principio deberían informarles de los aspectos negativos de su enfermedad:** de que vas a ir a agudos, vas a tener crisis, vas a tener en general, una medicación de por vida que va a producir efectos secundarios, que va a crear dependencia de nosotros en toda tu vida. Vas a tener problemas de tipo familiar, si tienes hijos, o tienes una pareja, que vas a tener crisis, lo vas a pasar mal, te van a entrar paranoias, que vas a tener conflictos, vas a tener follones. Que vas a no sé, como un poquito más real”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Que te cuenten tanto lo bonito como lo malo**, que lo malo te lo vas a encontrar en el camino, porque eso no te lo quita nadie. Eso lo vas averiguando tú por experiencias propias...”.*

(GF1 – Usuarios)

“Habrá que buscar formas de decirlo. No que se la encuentran inesperadamente, que no tienen información. No sabe cómo afrontarla. Que si alguien se la hubiera explicado, más bonito o más feo de alguna manera y tú ya llegas a la situación más o menos que la conoces de algo, aunque sea de referencias. Eso ayudaría bastante”.

(GF1 – Usuarios)

*“El paciente debe saber qué debe ser su vida para tener una vida saludable y sana, pero nadie se ha sentado para decirme, “si tú dejas eso, estas y estas van a ser las consecuencias”. **Eso como mínimo, sobre todo porque se nos están deteriorando los pacientes**”.*

(GF1 – Familiares)

*“El enfermo sale de la unidad de agudos y no es derivado al recurso que necesita. ¿Por qué si tú estás con otra patología? Si tú te rompes una cadera cuando sales de la intervención, no es que ya te manden a tu casa y te manden una atención que van a cuidarte, aparte de eso te mandan a rehabilitación. **¿Qué pasa con el sistema sanitario andaluz? Aquí se ha olvidado la rehabilitación del paciente.** Aquí no hay ninguna derivación, hay*

muy poca derivación y la descoordinación la llevamos arrastrando durante años. ¡Ya está bien! ”.
(GF1 – Familiares)

En resumen, usuarios/as y familiares señalan la importancia de una información amplia, clara, que se actualice constantemente en el tiempo según los cambios individuales o del sistema, que les llegue de forma organizada y pensada para que la entiendan y hagan buen uso de ella.

Quedaría definir quién o quiénes son los responsables de dar toda esta información. Es evidente que la expectativa de usuarios/as y familiares es que fuese dada por el psiquiatra, pero también es posible que este profesional no la entienda como una tarea suya. Si no es del psiquiatra, entonces se formulan dos preguntas.

La primera es a qué otros profesionales pueden exigir que proporcionen una información experta y de calidad sobre todos los ámbitos que atañen a la enfermedad mental y sus consecuencias.

La segunda pregunta planteada es: si la información no es una tarea que concierne al psiquiatra, ¿cuál es entonces su tarea? ¿Sola y únicamente colocar un diagnóstico y dispensar medicación? Queda patente cierto descontento con que el experto en salud mental con el que tratan usuarios/as y familiares se dedique únicamente a rellenar unos formularios de medicación.

Si, como se planteaba inicialmente, la importancia de la información reside también en su carácter central en la comunicación profesional-paciente, la falta de información puede ser precisamente una consecuencia de una mala comunicación. O puede ser que una comunicación fluida y de calidad no se establezca porque no se parte de la idea de compartir información, no se da la importancia debida a la información en consulta.

El hecho es que el tema “información” surge como un componente del estigma profesional. La falta de información prestada, la economía de explicaciones, la poca comunicación con el psiquiatra de los centros de salud comunitarios es entendida por pacientes y familiares como una forma de estigma y discriminación hacia ellos.

Todo esto lleva al análisis del siguiente tema, que es precisamente las relaciones profesional-paciente que se establecen, el trato que es percibido por usuarios/as y familiares por parte de diferentes colectivos que prestan atención en salud mental,

pero también sobre las relaciones y el trato con el personal no sanitario con el que tienen contacto, sobre todo en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

2. Relaciones y trato de los profesionales hacia los usuarios/as y sus familias

2.1 Psiquiatras

Tal como ya se ha dicho, las habilidades de comunicación, o la falta de ellas, condicionan mucho las relaciones de usuarios/as y familiares con los profesionales de salud mental, sobre todo con el psiquiatra responsable del seguimiento de la atención. La mayoría de usuarios/as y familiares tiene la expectativa de encontrar en la consulta y en la relación con el médico especialista una oportunidad de ser comprendido en su sufrimiento, de recibir apoyo y herramientas para afrontar las dificultades. Otros reaccionan de manera distinta, dando por supuesto que el psiquiatra es un técnico experto y que han desistido de una relación más afectiva o cercana.

“Simplemente porque esa mujer no se preocupó de intentar entender lo que yo tenía en mente. Y se limitó a hacer lo que, creo que por la deformación profesional, o lo que tuvo que aprender. Porque eso la hace creer que sabe cómo funcionan las cosas, pero que no funcionan. Empezó a decir, haz esto, lo otro y lo de más allá, en plan endiosado, ¿no? Y ni me dio opción ni de hablar”.

(GF1 – Usuarios)

“La psiquiatra, pues... No me daba opción a que yo pudiera decir algo. Y lo poquito que decía, como que no me oía. No es que no intentara entenderme. Es que no hacía por oír, que es el paso previo. Si no oyes, no puedes comprender”.

(GF1 – Usuarios)

“...es que yo creo que si tú quieres hablar con una persona, con un técnico. El técnico no va a hablar conmigo como si fuera mi hermano, si fuera mi amigo, si fuera mi padre. Es un profesional. Y tenemos que verlo como lo que es, un profesional... Pero un psiquiatra no puede tratar a alguien como si de entrada fuera mi hermano o mi padre. Un profesional tiene que tratar la enfermedad que yo tengo. Él tiene que saber cómo llevarme, de cómo orientarme para que yo salga adelante”.

(GF1 – Usuarios)

Tanto familiares como usuarios/as tienen expectativas de una escucha atenta, comprensiva e implicada con las circunstancias personales que están viviendo,

porque hay circunstancias graves que podrían ser evitadas si fuesen escuchadas en el momento adecuado.

(R1): **“Mi psiquiatra me ha dicho que si tengo una crisis ¡que llame un día antes! (todos se ríen)**

(R2): *Cómo vas a poder hacer un día antes. Es que es imposible.*

(R1): *“Si va a tener una crisis llame un día antes, a ver lo que se hace”*

Me da la crisis y le llamo y tengo que estar un día pasando la crisis para que me reciba. ¡O sea, eso lo veo muy mal!” (muy indignado).

(GF1 – Usuarios)

(R1): *“Entonces les toca el día de ir a la revisión. Tal día. No van. ¿Qué pasa? Vamos nosotros a la consulta. Llega la hora de nombrar a fulanito o fulanita, y no está. Entramos los familiares. Ya te ponen mala cara, el médico o la doctora. **“Es que si no ha venido ella no hay nada que hablar”.** “¿Cómo que no hay nada que hablar? Claro que nos tiene usted que atender, atendernos a nosotros, a sus familiares”.*

(GF1 – Familiares)

“Entramos, “pues yo, mientras no venga, no puedo hacer nada”.

*“Bueno, pero mire usted. Es que están en estas condiciones. Es que está en un brote psicótico, es que está en crisis. Es que no quiere tomarse la medicación. Es que no quiere venir al médico. Es que no quiere absolutamente nada. Algo habrá que hacer”. **Pues no, no te ayudan. Y en esos momentos los familiares estamos pidiendo ayuda, estamos pidiendo apoyo, del profesional...***

Nada, pues te tienes que ir a tu casa con el mismo problema”.

(GF1 – Familiares)

*“...si hay familiares que estamos expectantes del descompensamiento que puede llegar a tener el enfermo mental, debemos estar en todo momento... nos deben de atender en todo momento. **Porque cuando pedimos “socorro” nos deben de proporcionar ese socorro.** Cuando una madre o cualquier persona pide socorro hay que proporcionarle ese socorro. Para que esa persona llegue, no en casos extremos, a las unidades de agudos, como este muchacho llegó en un caso extremo. ¡Con la cabeza de su madre debajo del brazo!”.*

(GF1 – Familiares)

En general se argumenta la falta de tiempo del psiquiatra en la consulta como causa para que la comunicación sea corta, puntual y que no profundice en los sentimientos y preocupaciones.

*“Yo creo que uno de los mayores problemas que se encuentra el enfermo, en contra suya, es el tiempo. El tiempo con el profesional. **Al profesional no le da tiempo para ver cómo está realmente el enfermo** porque el enfermo llega y, “Qué, ¿cómo estás?”. “Bien,...”. “¿Te estás tomando las pastillas?”. “Sí”. “Pues*

muy bien, sigue tomándote las mismas". Y a los dos minutos está fuera. No les da tiempo a ver cómo está".

(GF1 – Familiares)

"Con el que tenía antes me tiraba un poco más, pero con el que tengo ahora se tira cinco minutos conmigo. No se tira más.

(P): ¿Y te gustaría tener más tiempo?

Claro. Un poquillo más de tiempo para hablar un poco más y eso. De mis cosas, un poco más y que me cuente..."

(GF2 – Usuarios)

*"El mío es muy paternalista y muy "ah, cuánto tiempo te has esperado...". Pero también te despacha muy pronto. "Ah, enhorabuena, que te encuentras muy bien." **Pero te despacha muy rápido**".*

(GF2 – Usuarios)

Esta relativa falta de tiempo, o la prisa en atender, son percibidas como una forma de desinterés, de superficialidad en la relación y de menosprecio por sus cuestiones más íntimas, lo que genera sentimientos de inferioridad y percepción de estigma.

*"Yo con los dos psiquiatras que he tenido, el de antes y el de ahora, no me meto en cosas personales... su estilo es, "¿qué tal? No sé qué no sé cuantos". Que estés bien, que te sientas bien. **No hay una preocupación... un interés, es una superficialidad. No se implica más de 5 minutos**".*

(GF2 – Usuarios)

*"Yo el mío es muy buen psiquiatra pero es un **poco distante... Es muy bueno, pero un poco seco, pero en fin...**".*

(GF2 – Usuarios)

*"Yo llego y me pregunta "¿cómo estás", y tal? Y si me pongo a hablar, estoy hablando media hora. **Pero que él se limita a escuchar, a apuntar allí en el papel, la historia que tengo, y ya está.***

(D): Conmigo se tira cinco minutos".

(GF2 – Usuarios)

La limitación de tiempo es algo real en algunas ocasiones, en otras no es la cantidad de tiempo, sino la calidad del mismo lo que afecta a las relaciones. Si el tiempo del psiquiatra no se emplea en escuchar los problemas, en ofrecer apoyo e información, sino que se prioriza únicamente el tratamiento farmacológico, esto también se percibe como una barrera para el establecimiento de vínculos, para ahondar en una relación facultativo-paciente más personalizada.

*"Hasta que una vez un psiquiatra me vio. **Le dije lo que me pasaba, que estaba fatal yo. Y me cargó de medicación y me quitó los síntomas...**".*

(GF1 – Usuarios)

*“...y tú tienes que meterte esos rollos, no sé qué no sé cuantos’. Hasta llego a decirme, “tú no te quieres ayudar, tú no te quieres ayudar”. **‘Tú te tomas estas pastillas...’**. Lógicamente, yo me resistí, cómo me voy a meter en un mundo en el que se supone que estás para ayudarnos o para intentarnos sentir mejor. **Y que es una profesional, que se supone que tiene una preparación específica y no se preocupa, ni tiene sensibilidad, ni tiene capacidad, ni tiene voluntad. Bueno, pues, desgraciaditos los enfermos que caigan en sus manos”**.*

(GF1 – Usuarios)

*Yo creo que si cada uno de nosotros le cuenta, pero no nosotros, **sino cada persona le cuenta todo lo que se le pasa por la cabeza a uno, el psiquiatra nos pone medicación a todos. Nos pone a uno 8, a otro 10, a otro 12 y a otro 20 pastillas... ¡y una inyección!**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Yo quiero decir que ya llevo un montón de años con la enfermedad y yo **a mi psiquiatra ni le hablo de la mitad de los problemas que yo tengo”**.*

(GF1 – Usuarios)

***“Porque un tratamiento psiquiátrico, por mucho que le diga al psiquiatra que no, él te va a poner. Lo que tu digas le trae prácticamente sin cuidado...”**.*

(GF1 – Usuarios)

*“Claro, “lo tengo sedado, lo tengo... Y éste no es capaz de hacer lo otro” (¿auto o heteroagresión?). **Claro, a mí me daba miedo decir: “me pasa esto” (al psiquiatra) porque en seguida era otra cosa más para tomar... Y yo decía: “Vaya, ya no son 14 pastillas, ya son 16”**.*

(GF2 – Usuarios)

*“Yo el psiquiatra que tenía antes, no sé lo que le dije una vez que me dijo que no volviera más por allí. Me dijo: **“Tómame esto y no vuelvas más por aquí”**. Yo me tiré un año o dos sin psiquiatra. **Me seguía tomando la medicación por mi cuenta pero yo sin psiquiatra”**.*

(GF2 – Usuarios)

*“... ¡solucionado! O le dicen, “¿por qué no me quita esta pastilla que me esto o me lo otro?”. **“Venga, vamos a quitártela. Te ponemos otra”**. Ya está, así acabamos pronto”.*

(GF1 – Familiares)

Los problemas en la relación facultativo-paciente no se deben sólo a los factores descritos hasta aquí, también hay aspectos de la actitud médica, de su manera de comportarse frente a usuarios/as y familiares, que son entendidas como falta de respeto, prepotencia, superioridad y exceso de autoritarismo.

*“...que me llegase a decir que yo no tenía derecho a tener un **tratamiento psiquiátrico**, no tenía derecho a entrar en los talleres, no tenía derecho a pasar un tribunal médico. Y por supuesto no tenía derecho a percibir una ayuda económica por enfermedad. Entonces, no sé qué más puedo decir. Un caso más negativo y más drástico no podría pasar, ¿no?”.*

(GF1 – Usuarios)

“Yo la primera vez vi una prepotencia y un autoritarismo por parte del médico. Porque lo primero que me dijo él, es que él tenía medios para hacerme tomar las pastillas. Esa fue la primera impresión, ¡el primer shock!”.

(GF2 – Usuarios)

*“Es que detrás de todo eso hay una concepción del profesional, que él no tiene por qué dar explicaciones. Ellos tienen conciencia de que no tienen por qué dar explicaciones. ¿Quiénes son los profesionales? Y no tienen por qué dar explicaciones. **Es una relación subordinada de paciente a usuario**, digamos como... “Yo soy realista. Tengo la vida en mis manos, tengo la posibilidad de la recuperación social. Y tú estás ahí y me puedes ayudar como lo puede hacer mi familia. Tú estás ahí y yo... Tú en extremo y yo te ayudo”.*

(GF2 – Usuarios)

*“...esto tiene que acabar desapareciendo. Porque no puedes obligar a una persona a decir o hacer esto, esto y esto. Y de aquí no se puede salir. Porque cada uno razonamos y vivimos de una manera. Y cada uno guarda su valor, con respecto a cómo somos. Pero que te obliguen a ciertas cosas no me parece bien... que te den opciones, **que te abran puertas pero no que te obliguen a que tengas que hacer algo por...** “Porque eso es lo que hay y punto” (en tono imperativo).*

(GF1 – Usuarios)

*“No sé, que no te digan lo que tienes que hacer, que te guiaran en tu vida **pero tampoco sin decirte lo que hay que hacer como si estuviéramos en el ejército**. (P): ¿Tú has sentido alguna vez la sensación de que era una cosa sin opción, lo que te decían? (R5): Naturalmente que sí. Porque yo soy un tipo sensible y me afecta...”.*

(GF1 – Usuarios)

“¿Por qué ella es psiquiatra? Ella no puede ponerse por encima de ti. Ni ella ni ningún psiquiatra, ni ningún psicólogo, ni ningún enfermero, ni ATS, ni cuidador, ni policía, ni nadie”.

(GF1 – Usuarios)

*“Yo quiero decir que incluso un profesional allí de la asociación mía, hace precisamente unos días que me dijo, “¿tú cuando tienes cita con tu coordinadora? Porque yo te voy a dar un informe de las personas que yo estoy viendo, a las familias porque **es que a mí me está dando pena del trato que se les da al usuario y a las familias en las consultas**. Y quiero que ese informe se lo lleves a*

la coordinadora. **Porque es de vergüenza cómo tratan a la familia**".

(GF1– Familiares)

"Entonces esto existe porque es verdad. Porque yo también me he encontrado con muchísimas madres en los grupos de autoayuda, cómo tratan a los pacientes y **hasta de echarlos y todo**".

(GF1 – Familiares)

Los participantes han relatado también otras actitudes y comportamientos de los psiquiatras que les ha causado asombro, inconformidad y preocupación por sí mismos.

"A mí dio la casualidad que estando mis padres de viaje me dio un episodio psicótico, un brote psicótico. Alucinaciones, dos o tres días sin dormir, sonidos... Entonces cuando llegó el médico, porque yo decía que no quería ir al médico porque yo no podía salir de casa. Cuando vino le dije que mi padre me había puesto las pastillas y tal... le conté que me había puesto un poco mal, que había venido mi hermano a la casa... Y le dije que tenía mi médico, pero que no podía ir a verlo y acto seguido **me dijo "quien tiene dos médicos no tiene médico..., quien tiene tres no quiere médico"**. Claro, estaba yo más sensible a todo y tal y dije **"¡estoy sin médico ahora!, ¿ahora qué hago?" (asustado)**.

(P): ¿Eso te causó más inseguridad?

Claro, más inseguridad".

(GF2 – Usuarios)

"Y me dijo, "ni se te ocurra llamar a mi casa en días festivos porque no atienden en días festivos". Yo me quedé... vamos **¿y si quería tirarme desde un balcón? ¿Desde una ventana? ¿Y no quiere atenderme"** (muy dolido).

(GF2 – Usuarios)

"Y me dijo, **¿sabe lo que me dijo a mí? que era un paciente no deseable**.

Eso me dijo el psiquiatra. Me dijo: "Te voy a decir una cosa". "¿Qué?". "Eres un paciente no deseable". Y yo, pues sabe que me dice usted una buena, porque que yo tenga que tener confianza y que me diga usted eso. Yo me quedé fatal, fatal. Y yo llegaba a mi casa hecho una bomba y no tenía dónde desahogarme. Yo lo pasé mal, mal. Pero que el psiquiatra a mí no me ayudó prácticamente nada".

(GF2 – Usuarios)

"Yo he tenido dos intentos de suicidio. Pero hubo un profesional, un doctor, un psiquiatra, el doctor M., que decía que era mi psiquiatra. Que para mí ha sido uno de los peores que me pudo haber tocado ¿Por qué? Yo llegaba, me preguntaba y ya me hacía, pum pum la medicación y ya está. **Y un día llego y le digo: "Doctor, tengo ideas de suicidio"**. Y me dice: **"Ya tendrás tiempo para eso y para otras cosas. Y no vayas a hacer ninguna tontería. No le des importancia."** Y me dijeron que podría haberle denunciado, por no haberme dicho las cosas como eran o por

*haberme tenido que ingresar en agudos, hacer alguna cosa, **porque ese fin de semana intenté suicidarme**".*

(GF1 – Usuarios)

*"**Porque yo según los psiquiatras he estado a punto de suicidarme.** Y yo eso no lo he pensado en mi vida. ¿Es que el psiquiatra sabe lo que yo pienso? Ni yo lo que piensa el psiquiatra, por supuesto. Entonces, tenemos que verificar porque hay cosas que hacen mal los profesionales".*

(GF1 – Usuarios)

*"Bueno, yo en el centro de salud, **después de un intento de suicidio, fui al centro de salud a pedir ayuda. Llego al centro de salud y no me han hecho caso.** Yo he tenido que ir al hospital clínico y allí... me han ingresado."*

(GF1 – Usuarios)

Las familias denuncian actitudes que consideran poco éticas por parte de ciertos psiquiatras.

*"Los profesionales son los médicos, que al fin y al cabo son los que conforman el sistema éste de salud pública de Andalucía. **No sé si para ellos nosotros somos un problema, somos sus enemigos**".*

(GF1 – Familiares)

*"Los familiares venimos para ellos a complicarles la vida. Los familiares se quedan fuera, en el pasillo. El médico entra a su despacho con el enfermo solamente, y con eso... como si nosotros fuéramos invisibles. Como si nosotros no tuviéramos... Ahora eso sí, "la responsabilidad del enfermo es suya, nosotros no tenemos responsabilidad ninguna". **"El enfermo es su hijo, eso es lo que le ha tocado. Se aguanta usted"**.*

(GF1 – Familiares)

*"Dentro de los profesionales están, digámoslo así, los que viven también de su vida particular, su consulta y demás... **Están jugando, valga la expresión, a dos caras.** "Yo te atiendo aquí, hasta ahí llego, pero si quieres que esto lo veamos mejor, vivo en la calle tal". Esto es muy duro, pero muy fuerte. Derivar, a la privada o la pública, muchas veces nos lo ponen como dilema. Y pregúntame después lo que cuesta en la privada".*

(GF1 – Familiares)

*"La responsabilidad es nuestra. ¿Por qué? **Porque nosotros se supone para ellos que hemos generado este problema. Por tener hijos, padres o madres enfermos mentales.** ¿Y qué culpa tenemos nosotros?".*

(GF1 – Familiares)

*"...que he dicho, "¿y de aquí cuando salgan, no se podría llevar digamos a FAISEM?". "No, porque a FAISEM nada más que van los locos". Y lo has escuchado del mismo psiquiatra. Y eso, pero **¿cómo lo puede decir delante de un paciente? ¿Para que el***

paciente vaya con la idea esa de que allí? (Muy indignada)
“nada más que van los locos”. Pues eso también pasa”.
(GF1 – Familiares)

*“Y eso también se da. **Que los mismos psiquiatras dicen, “bueno, por unos porritos que te tomes no hace nada”.** Y precisamente a consecuencia de eso, hacía tres semanas que había salido de agudos... algunas de estas personas es consumidora de sustancias tóxicas, pues a lo mejor está tomando lo que es cocaína y a la misma vez toman los porritos. Y el mismo psiquiatra a la familia le dice, “tú no vayas a probar lo que es la cocaína, pero algunos porritos te los puedes tomar”.*

(GF1 – Familiares)

Usuarios/as y familiares destacan que los profesionales han de darse cuenta de que son personas que viven bajo una amenaza constante, viven con miedo, y algunos con verdadero pánico, de una nueva crisis. Vivir con miedo y con expectativas malas es de por sí enfermizo. Como factores de protección y prevención de problemas mayores, piden que los profesionales manejen estos sentimientos a través de una escucha de calidad e informaciones que ayuden a disminuir sus miedos.

En realidad algunos usuarios/as reivindican una relación facultativo-paciente más simétrica, más horizontal, donde se les escuche y se respeten sus opiniones, para que no se establezcan relaciones de poder y tampoco de dependencia.

“Que fueran más amables y menos imperativos. A mí mi psiquiatra me dijo que ya no me volvería a ver más. Que me tenía tan vista que me viera la médica de cabecera, que no me viera ella. Que ya no me quería ver más...”.
(GF2 – Usuarios)

*“Pero ahora, como tengo un poquito más de conocimiento, un poquito de carácter y tal. Ahora me creo mis propias defensas e intento caminar por la vida. Yo lo único que pido es que me dejen tranquilo, me dejen tranquilo con mi locura y con mi dolor. **Y no quiero ni necesito controladores, ni quiero viajes, ni quiero consejos, no quiero que me controlen mi vida y me digan lo que tengo que hacer o lo que no”.***

(GF1 – Usuarios)

*“Es igual que sea un poco prepotente pero **ahora mismo no necesito de ningún psiquiatra que decida por mí. Decido yo. Y que si me equivoco, lógicamente me equivocaré yo”.***

(GF1 – Usuarios)

“(P): O sea, tú lo que esperas de los profesionales es interferencias mínimas.

*Mínimas,... si puede ser ninguna, ojala fuera. **Es que realmente no necesito, ni quiero que me traten como tal, como profesional a enfermo, o paciente a usuario***.

(GF1 – Usuarios)

“Y que no tenga que pasar a otro tipo de relaciones de dependencia, porque creo que encajaría allí. Pienso que son perjudiciales, en el sentido más macabro. Repito. Yo tengo mi movida, me organizo bien, y al psiquiatra llego, “¿cómo estás?”, “bien, sobrevivo”. Ya está. No necesito otro tipo de control, de apoyo”.

(GF1 – Usuarios)

“Pienso que deben existir otras formas de tratar con personas con enfermedades mentales, que sería ayudar a que sean independientes. Eso sería lo ideal, bajo mi humilde perspectiva. Que nos diesen una serie de ideas, de perspectivas, y ahí ya cada uno que busque lo que quiera y aprovechar lo que se pueda...”.

(GF1 – Usuarios)

*“De que por el hecho de tener una enfermedad mental más o menos grande **no son ni más ni menos que otro señor** que trabaje en tal empresa. Porque producen, tienen su casa, y tienen sus hijos, su mujer”.*

(GF1 – Usuarios)

En general, a todos los participantes les gustaría un trato más humano, más afectuoso y comprensivo por parte de sus psiquiatras, en lugar de un frío cumplimiento de los protocolos.

*“Porque un psiquiatra cuando sale de la universidad lo que quiere son: “Que si... esquizofrenia, que si trastorno bipolar”, que citen un libro así de gordo. Unos tochos grandísimos y se pone enfrente tuya: “Bueno, este tiene eso, porque así pone el libro este”. **Y yo creo que debiera de tratarnos más con el cariño humano, de escucharnos**, de decir: “Bueno, pero si esa persona dice que esta pastilla no le va bien, pues voy a cambiársela”. Es un ejemplo...”*

*Pero **que antepongan a los libros, digamos, el corazón de persona**. De escucharlos y de ir a ver el porqué, buscar las raíces de la enfermedad”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Yo creo que para eso hay un profesional, que puede ser un psicólogo o un psiquiatra, que antes de nada tiene que ser persona, ¡persona! (con énfasis) y como tantos estudios tienen que tenga el estudio de la bondad, diría yo, **del buen trato con la gente. De tratar con cariño a las personas**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Entonces el profesional debe de intentar entrevistarte, tratarte bien, tratarte como un enfermo, con cariño. **A ver si le vamos a tener que decir lo que es cariño a un psiquiatra porque si ha estudiado 8 ó 9 años de carrera, en una debería ser “Trata***

al paciente con cariño". Esa debería ser una asignatura."
(GF1 – Usuarios)

"(P): ¿Un trato más humano?

(MR): Sí, **humano y muy personal**".

(GF2 – Usuarios)

*"Y después, si puedo decir otra cosa, que el trato con el médico o con el psiquiatra, **que tuvieran un trato más exquisito, más empatía, más relaciones humanas**, pero no sólo los psiquiatras, todos los médicos en general."*

(GF2 – Usuarios)

*Pero es necesario que haya una **mejor relación médico-paciente, una mayor empatía, que sean más receptivos** y no que llegas allí y "toma la receta" y ya está... que no nos despachen en cinco minutos.*

(GF2 – Usuarios)

Hay un último aspecto del trato y la actitud de los psiquiatras del que se quejan sobre todo las familias. Se refiere al poco cuidado o atención que prestan a los problemas de salud física de sus pacientes, derivados o no de la medicación, pues según las familias hay una cierta dificultad de contactar y contar con los médicos de Atención Primaria para estos casos.

*"...yo creo que **uno de los grandes problemas con que nos estamos encontrando es que el psiquiatra mira la enfermedad pero no mira otros órganos vitales de los pacientes**. Y yo creo que ahora mismo eso es casi, yo diría, una alarma social. ¡Me estaban contando que los pacientes están muriendo de muerte súbita!".*

(GF1 – Familiares)

*"Sería muy importante que el psiquiatra hiciera revisiones periódicas a nuestros pacientes. No sólo hablo de analítica sino de mirar otros órganos vitales. **Porque toman una medicación de alto riesgo, una medicación que daña muchísimo al riñón**, y sin embargo no se... Es que debería ser por sistema. Automáticamente cada "x" meses pedir analítica, radiografías y estudios de otro tipo. ¡Se nos están muriendo los pacientes y aquí no se está haciendo nada!".*

(GF1 – Familiares)

"(R2): **A mi niña le han hecho un análisis hace ya dos años.**

(R5): ¿Y qué tipo de pruebas le hacen?

(R2): Ninguna

(R5): Ninguna".

(GF1 – Familiares)

*"Por eso yo digo que **nos cuesta conseguir llevarlos al médico de cabecera o al especialista**. Eso es muy difícil para nuestros pacientes. Por eso el psiquiatra debería de tener en cuenta hacer esas revisiones. Porque él sí tiene el vínculo con su psiquiatra pero con otro especialista sería muy difícil".*

(GF1 – Familiares)

La misma situación ocurre en los servicios de urgencias y en las unidades de ingreso de los hospitales.

*“Pero tú imagina un enfisema pulmonar y entra con la ansiedad que provoca un enfisema. Y aparte llevas puesto que eres un enfermo psiquiátrico, **pues no te mandan a neumología, te mandan a psiquiatría directamente**. Y cuando ya te empiezan a tratar el problema es que ya estás medio muerto. Y cuando se dan cuentan. Porque se centran, lo llamativo es psiquiatría. Pero necesita tener al psiquiatra y al médico que le corresponda”.*

(GF1 – Familiares)

*“Que sean interconsultas, que no se piden. **¡No se piden interconsultas en psiquiatría!**”.*

(GF1 – Familiares)

“Porque yo por ejemplo, cuando entré con un problema de preeclampsia en mi embarazo, y yo tuve allí a mi lado a mi ginecólogo, el nefrólogo, el dermatólogo, el oculista.

Si yo estaba rodeada de médicos, pero ¿y cuando un enfermo mental entra con una crisis y además con otra patología, que también las tiene?...

*Porque esto de que dicen que nada más que padecen la enfermedad mental no es verdad. **También tienen problemas de corazón, riñón...**”.*

(GF1 – Familiares)

*“Si se van quejando de eso **tienen que tener a su psiquiatra y deben de tener al médico que les corresponda**. Y no dejarlos, “es que son tonterías, es que se está quejando por vicio”. No, porque normalmente ellos lo que menos hacen es quejarse”.*

(GF1 – Familiares)

Se subraya que las consecuencias de una mala relación facultativo-paciente también se traducen en abandono del tratamiento o interrupción por cambios de centro de salud y de facultativo, con las previsibles consecuencias sobre su salud mental.

*“...mi primera experiencia en salud mental, la profesional que me atendió, la psiquiatra, pues la verdad es que fue una experiencia en aquel tiempo, bastante negativa. Y ahora que ya conozco un poco más de eso de la salud mental, ¡la tacho de negativísima! (muy indignado). **Tanto es así que recientemente me han cambiado de centro de salud mental**, y por lo tanto me han cambiado también de psiquiatra”.*

(GF1 – Usuarios)

***Tuve que abandonar mi tratamiento psiquiátrico porque me estaba perjudicando**, cuando se supone que el profesional está*

para ayudar o para intentar que tenga una vida un poquito mejor, más estable, porque mejor no es.
(GF1 – Usuarios)

*“Y con tiempo, lógicamente, **lo que hice fue dejar de ir por el centro de salud.**”*
(GF1 – Usuarios)

2.2 Enfermeros/as

Los participantes han demostrado percibir diferencias en cuanto al trato recibido y las relaciones que se establecen según el personal de enfermería sea de un tipo de dispositivo o de otro. En algunos, el trato puede ser menos agradable o afectuoso, mientras en otros las relaciones suelen ser de más confianza y apoyo. La especialización del personal de enfermería parece ser un factor importante, pero es notorio que no hay una uniformidad de comportamiento que pudiera ser causada por la existencia de una formación específica sobre el trato y la comunicación con los usuarios/as y sus familiares.

En el Hospital:

*“Las enfermeras tampoco, **había enfermeras que eran un poco bordes, que no trataban muy bien al paciente.**”*
(GF1 – Usuarios)

*“Y en enfermería pasa lo mismo. En enfermería es una lucha que tienen tremenda. **La enfermería debe ser una enfermería especializada.** Y no es. Pero ya existe enfermería especializada”.*
(GF1 – Familiares)

*“Y resulta que yo este año cuando fui, las enfermeras ya me conocían de tantas veces que había estado ingresada **y yo he hecho amistad con enfermeras y con auxiliares de enfermeras** y con la terapeuta ocupacional. La verdad es que no tengo ninguna queja”.*
(GF1 – Usuarios)

En el Hospital de Día:

*“Pues que el hospital de día es bastante diferente el trato por parte de las enfermeras, auxiliares, **están preparadas.** Buenos psiquiatras, investigando. Y las enfermeras si dicen al médico, “pues D. que no estás bien”, él te vería... Si hiciera falta cada dos días”.*
(GF2 – Usuarios)

*“A mí me fue muy bien. Con terapia ocupacional. **Te tratan con respeto.** Cuando me veían mal me daban una inyección. Cuando me veían muy deprimido hablaban conmigo...”*

(P): Pero, ¿en el hospital de día o en el clínico?

En el hospital de día”.

(GF2 – Usuarios)

La comunicación, tanto el poder hablar como el ser escuchado, es algo que se realiza de forma natural con el personal de enfermería de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

*“**Porque yo hablo con mi enfermera y ella me entiende perfectamente.**”*

(GF1 – Usuarios)

*“**Yo hablo más con mi enfermera que con el psiquiatra.** Yo hablo con ella cada semana y el psiquiatra lo veo una vez cada dos meses o así. Entonces yo tengo cita con mi enfermera, con cualquiera de las dos porque tengo dos...”*

(GF1 – Usuarios)

*“Ahora resulta que **si yo tengo algún problema, yo se lo comunico a mi enfermera cuando voy a la consulta,** entonces ellas me dan una cita y buscan un día y si no hay pues me dicen que cuando quede un hueco me llaman a mi casa. Ellas la verdad es que me atienden a cualquier hora, cualquier día...”*

(GF1 – Usuarios)

*“**Las enfermeras saben más de mí que todos, de cómo yo soy, de lo que me pasa, la medicación, de lo que no me pasa,...**”*

(GF1 – Usuarios)

*“Yo es que pienso que mi psiquiatra en realidad, el psiquiatra que me trata, lo que hace en realidad es verme para controlar cómo estoy, **porque la que de verdad me trata es la enfermera a cada 28 días, porque yo me tiro hasta una hora hablando con ella.***

Pero bueno, con ella estoy muy bien. Y el otro, que no tiene tiempo, te despacha rápido. Pero ligero”.

(GF2 – Usuarios)

En las Unidades de Salud Mental Comunitarias las relaciones con enfermería son percibidas por parte de los usuarios/as como de camaradería, confianza y afecto, aunque no pierdan su carácter formal y no impidan que los profesionales realicen adecuadamente sus labores.

*“Hay una enfermera, A. del centro de salud mental, que lleva siempre los... **Una vez a la semana va a hablar con la monitora, va a los talleres a ver cómo nos ha ido.**”*

(GF1 – Usuarios)

“Me siento segura porque veo que se preocupan por mí. Veo que se preocupa por mí”.
(GF1 – Usuarios)

*“Yo a mí las enfermeras, **la mayoría me han tratado bien**”.*
(GF1 – Usuarios)

*“Bueno, yo no tengo queja, el psiquiatra que me mira en cinco o diez minutos. Pero luego tengo una enfermera que yo hace una semana me tiré hablando con ella una hora. **Es una persona que te inspira mucha confianza**, te dice por qué te estás tomando esto, me llama muchas veces al móvil y lo que sea, lo que haga falta. Yo estoy muy contenta con ella”.*
(GF2 – Usuarios)

*“Yo mi enfermera la veo cada 14 días y **mira cómo estoy, cómo no estoy**, me mandó a la trabajadora social, me habló de SAPAME”.*
(GF2 – Usuarios)

*“(P): ¿Los enfermeros tienen una relación más cercana?
(R1): Más cercana, mucho mejor.
(R2): Sí, sí, sí se paran más contigo y si se tienen que tirar hablando una hora contigo se la tiran.
(R1): Sí, sí, se la tiran
(R2): Y te dan su móvil. “Y cuando te sientas un poco mal me llamas. A cualquier hora”.
(R3): **Se preocupan mucho por ti**”.*
(GF2 – Usuarios)

*“Cuando estoy fuera, las enfermeras me saludan por la calle. Algunas enfermeras me dan dos besos, ‘¿qué tal? ¿Cómo te va?’. La doctora mismo. **La verdad es que yo tengo muy buena relación con las enfermeras, los auxiliares**”.*
(GF1 – Usuarios)

2.3 Psicólogos/as

También las relaciones y el trato recibido por parte de los psicólogos/as son evaluados de manera positiva tanto por usuarios/as como por familiares.

*“Lo que sí quiero decir es que el psicólogo, lo que decía el psicólogo, un psicólogo que me sigue llevando el mantenimiento hace un año, que mi problema son las adicciones. “A mí todo lo que sea para ayudar, **puede contar conmigo para lo que sea**”.*
(GF1 – Usuarios)

*“Y a mí **la psicóloga me ha dicho, “te doy la enhorabuena** porque la mayoría que ha pasado por rehabilitación, no lo superan” Y yo estuve en la clínica de rehabilitación y conseguí dejar de beber y las drogas también”.*
(GF1 – Usuarios)

*“Además, nos lo advirtió la psicóloga, “van a venir tiempos muy difíciles, malo. Esto va a ser muy difícil”. Pero a base de trabajar con ella, de trabajar y de enseñarnos a nosotros, a la familia. **Porque esta mujer, la psicóloga ha contado con la familia. Todos juntos pudimos ver la luz”.***
(GF1 – Familiares)

Igualmente valoran como positivo y necesario el trabajo específico realizado por los psicólogos de los equipos de salud mental.

*“Yo, quiero hablar un poco de lo que se ha hablado antes del psicólogo. Es el otro complemento. **La psicología que es muy buena. Porque a ellos se les da un abanico de herramientas** para que cuando le vengan esos pensamientos tan malos que se vienen, tanto de suicidio como ese pensamiento de hacer cualquier cosa o algo, se acuerda de lo que su psicólogo está trabajando con él y la verdad es que él lo trabaja. Y llegan los momentos en que se les llega a quitar esos pensamientos...”.*
(GF1 – Familiares)

*“**El psicólogo cuenta más con la familia.** Un buen terapeuta si no cuenta con el apoyo de la familia, poca terapia puede hacer. Falta la otra parte”.*
(GF1 – Familiares)

*Pero una parte principal de esto es el psicólogo. La parte psicológica es donde hacen terapia con el enfermo. El psicólogo es el que hace arrancar la realidad... El psicólogo hace que el enfermo entre en la realidad. Porque ese es nuestro caso. El psicólogo hizo que mi hermana entrara en la realidad y aceptara su enfermedad. **Hemos estado casi treinta años de psiquiatra en psiquiatra y de pastilla en pastilla. Y esto ha sido un infierno. Hasta que llegó el psicólogo, la psicóloga, la terapia”.***
(GF1 – Familiares)

Sin embargo, se producen quejas sobre la falta de psicólogos y psicólogas en los equipos y la necesidad de que se aumenten los recursos humanos del colectivo. Entienden esa falta de personal como una forma más de estigma, porque establecen comparaciones con otras especialidades que sí cuentan con más disponibilidad de psicólogos.

*“Lo que pasa es que estamos haciendo nosotros de psicólogos y llega un momento en el que esfuerzo tienes que hacer porque no sabes. “¿me equivocaré?, ¿no me equivocaré? ¡Qué le digo!, ¡qué no le digo!”. Es que es un sinvivir. **Porque no tenemos un psicólogo, el psicólogo no existe.** Entonces llega un momento en el que la familia... (GF1 – Familiares)*
“(P): ¿No hay psicólogo en el equipo?, ¿no hay psicólogo en salud mental?”

(R6): *Sí, hay uno que a lo mejor te cita a los cuatro o cinco meses.*
(R2): *Pues a mí no me ha citado nunca.*
(R4): *A mí tampoco.*
(R6): *Cuando te cita a los cuatro o cinco meses, que ya el enfermo se ha quitado la vida o cuando le toca la cita no va...".*
(GF1 – Familiares)

*"Incluso también porque mi marido ha tenido problemas de cáncer. Y ha coincidido que se me ha descompensado el familiar y he tenido a los dos ingresados. **Uno en oncología y a mi hijo en agudos. Pues a nosotros nos ha venido un psicólogo, para ver si la familia necesitábamos ayuda y mi marido también. Y me ha parecido muy chocante, que se lo he denunciado al psiquiatra, digo una cosa que viene a cuento lo de la enfermedad de mi hijo que necesita más un psicólogo, digamos, que mi marido. Y allí nadie me ha dicho (se ríe) "¿usted necesita un psicólogo para lo malita que ha estado, que ve como a su hijo le han traído por urgencias esposado, con la Guardia Civil y todo eso?". Es de vergüenza".***
(GF1 – Familiares)

2.4 La Atención en Urgencias

Cuando se pregunta a los participantes sobre la atención en los servicios de urgencias de los hospitales, lo primero de que hablan es la desesperación y las situaciones vejatorias que pasan en función del tiempo de espera. Aunque este no sea un problema específico de los servicios de salud mental, sí se señala como una situación bastante problemática de manejar en el caso de una crisis psicótica.

La discriminación, en estas situaciones, es percibida en relación a la desatención a la especificidad de ese tipo de enfermedades, y se ve necesaria alguna forma de discriminación positiva, donde los casos que son de difícil control por parte de la familia asumiesen la prioridad de atención en estos servicios, incluso por la propia seguridad del paciente. Se señala que, debido a la lentitud del servicio, se viven situaciones de miedo e indefensión.

*"Y lo de las urgencias es un problema grave también porque si vas con un enfermo con un trastorno mental... **Ocho o nueve horas".***
(GF1 – Familiares)

"Si vas por urgencias es porque de verdad que lo estás viendo fatal. Y si ya te ha costado llevarlo, porque a lo mejor llevas días y días intentando llevarlo, no veas cuando llegas a urgencias. Tírate esas horas esperando. Porque claro, él no aguanta tres o cuatro horas esperando al médico. Si no quiere ni ir. Cómo va a estar esas horas esperando y se le antoja que todo el mundo está en contra de él y todo el mundo le está mirando y pendiente de él.

Tienes que tener cuidado de que no se te vaya por la puerta. Como te descuides...".

(GF1 – Familiares)

*"Es que muchas veces **han abierto la puerta de la ambulancia y con las mismas ha cogido el enfermo y se ha ido corriendo**".*

(GF1 – Familiares)

"Yo he tenido experiencias en urgencias varias veces y para que me atendieran dije: "O llamáis al psiquiatra o me tiro debajo de un coche". Y tardaban dos minutos en llamar al psiquiatra.

(P): *¿Tú lo hacías como para provocar?*

*Claro, yo llegaba fatal, pero yo sabía que si yo no le decía eso, a mí me decían: "Primero pase a la habitación uno". Después a las dos horas te ve el médico interino. Después: "Bueno, espera, que ahora irás al psiquiatra". Entonces yo tenía que evitar eso, coger un atajo. Entonces he dicho, **la única manera de atajar eso es decir: "O me ve un psiquiatra ya, o me tiro delante de un coche". Y a los 2 minutos me estaba viendo un psiquiatra**".*

(GF2 – Usuarios)

"Cuando les llega un problema gordo se desbordan. Porque claro, ellos están allí con cinco o diez minutos para cosas leves. Pero cuando les llega un problema gordo, una enfermedad mental grave, en cinco o diez minutos no se puede despachar".

(GF1 – Familiares)

Los familiares destacan que pasan por momentos de vergüenza y vergüenza ajena por el comportamiento y palabras que su hijo, hermano, etc. pueden utilizar públicamente en un momento de crisis psicótica. En general, ese tipo de situación provoca reacciones muy negativas en las demás personas que están en la sala de espera, contribuyendo así a confirmar y aumentar el estigma social.

*"Bueno, pues ve conveniente llevarlo a urgencias. Allí entramos en otro dilema. Porque el médico no baja enseguida. Baja a los tres cuartos de hora. **Y mientras tanto tenemos que estar allí soportando a los familiares, a nuestros familiares, en pleno brote sicótico**. Que en esos momentos no nos quiere ni ver ni en pintura. Diciéndonos de todo. Delante de la gente...".*

(GF1 – Familiares)"

(P): *¿Pasáis circunstancias de vergüenza ajena?*

Exactamente, porque en esos momentos nuestro familiar está fuera de la realidad y su lengua es lo peor. Pasamos muy mal rato.

¿Por qué no puede evitarse todo eso?"

(GF1 – Familiares)

(R1): *"Es lo que he dicho antes. Tenemos que estar aguantando a que nos diga toda clase de improperios.*

(R3): **Unas personas alrededor asustadas.** Otros pacientes alrededor asustados. Mirándote con recelo. El mismo guardia

jurado de urgencias está como mirando, "a este tío le daré un palo". ¡Una actitud de película!".
(GF1 – Familiares)

Usuarios/as y familiares afirman que, cuando llegan a urgencias, muchas veces ya vienen de una situación anterior de tensión y de angustia acumuladas, principalmente si el brote psicótico se inicia en la casa y de forma violenta. En estas circunstancias, se quejan de que tampoco son acogidos por los servicios de urgencias o reciben algún tipo de atención que ayudase a minimizar su angustia y desesperación.

Los participantes manifiestan que los problemas con urgencias empiezan incluso en el momento del contacto telefónico para solicitar transporte y continúan con la propia situación de transporte, que en algunos casos se da a través de la Policía y no de ambulancias (un derecho ciudadano), generando más sentimientos de vergüenza por parte de los familiares y fomentando el estigma social hacia los usuarios/as.

"En los momentos de crisis es cuando todos tiramos la toalla y hablando del tema de hoy, el estigma, es cuando se crea lo más complicado, de cara a los vecinos, incluso familiares y demás, que esa criatura está rompiéndolo todo, está amenazando a todo el mundo. Y entonces te ves impotente. En reducir esa urgencia, esa crisis, sería uno de los grandes objetivos nuestros".
(GF1 – Familiares)

¿Solución? 061. Ahí entra otro calvario. Porque tienes que empezar a contar la historia desde el principio de los tiempos. Cuando tendría que haber un dispositivo especial para estos casos".
(GF1 – Familiares)

*"Será la señorita que atiende a la llamada. Supongo que el médico estará en contacto, estará escuchando la conversación. "Pero bueno, ¿está agresivo o agresiva?". "Pero mire, señora, le estoy diciendo. Le estoy llamando desde la calle, porque estamos amenazados, porque nos está diciendo que el primero que entre, se lo carga. Yo no sé lo que ustedes entienden, si esto es agresivo o violento." No sé si para ellos violento es que tengas que estar con una escopeta matando a todo el que vea pasando por la calle, o con un cuchillo. **Ahí vienen. Si no es así, no vienen".***
(GF1 – Familiares)

*"Lo mismo que existe un dispositivo para enfermos coronarios, entra en un "programa corazón". **Cuando tiene una crisis cardiaca, uno llama, "programa corazón, fulanita de tal".** Ya no tienes que dar más explicaciones. Enseguida se ponen en marcha. Y por teléfono te van diciendo lo que tienes que hacer, te dan consuelo, te dan tranquilidad".*

(GF1 – Familiares)

“Mi hermana llamaba a Urgencias y le decían que no había ambulancias. **Como digan que es un enfermo psiquiátrico no te mandan la ambulancia**”.

(GF2 – Usuarios)

“(R1): **La primera vez con el coche de Policía.**

(R2): A mí me han llevado en ambulancia dos veces.

(R1): A mí nunca”.

(GF2 – Usuarios)

“Y luego te lo cuentan y dicen: “Hay que ver, lo que hiciste, ¡lo que hiciste! **y nosotros en el coche de la Policía que parecía que íbamos nosotros presos a algún sitio.**” Pero bueno, **pasas vergüenza y fatiga** pero bueno...”.

(GF2 – Usuarios)

“Y bueno, eso cuando intentamos llevarlo la familia. Cuando no lo llevamos **que viene la Policía a nuestra casa, que sale esposado. Que a nosotros nos da vergüenza ajena porque salen nuestros hijos como si fueran delincuentes.** Y qué vergüenza tienen que pasar por el pasillo, por la calle, hasta la ambulancia. Y está la Policía. Y ¡qué vergüenza para el mismo paciente tener que pasar por eso! Bueno, pues eso es muy doloroso”.

(GF1 – Familiares)

“La Policía no tiene por qué intervenir. La Guardia Civil una vez intervino en la contención de un enfermo mental y lo controló a la fuerza. ¿Sabes? **Eso es estigmatizar cada vez más a los enfermos mentales.**”

(GF1 – Familiares)

En general, usuarios/as y familiares muestran su insatisfacción con la atención y el trato recibidos. La valoración que hacen respecto a su necesidad de ingreso no siempre coincide con la del personal de Urgencias, o bien porque son criterios diferentes, o bien porque usuarios/as y familiares no reciben información suficiente, o formación, para detectar adecuadamente una necesidad real de ingreso.

“(P): ¿Cómo es la atención en urgencias?

Bueno, es lo típico, tienes que llegar demostrando... En urgencias hay de todo.

(P): ¿Qué cosas inadecuadas hay?

Ignorarme, no buscarme, no hacerme caso, no... Para ponerme una inyección y mandarme a mi casa. Denegarme un ingreso...”.

(GF2 – Usuarios)

“Yo he estado en urgencias muchas veces. Una me llevé un buen chasco porque después de tirarme un montón de rato contándole cosas, va y me dice: “Pero si yo no soy psiquiatra”. Yo contándole

*mi vida. Y él me dice: "es que me da apuro despertar al psiquiatra para escucharte a ti". **Claro, como yo soy la tonta del bote para qué vas a despertar al psiquiatra. ¡Le daba apuro despertar al psiquiatra!**".*

(GF2 – Usuarios)

*"Ah, yo me quiero morir... La última vez que yo fui por urgencias, fui voluntaria. Le dije a mi madre que quería ir, que con los actos que yo hacía vi que tenía que ir al médico. Había allí un psiquiatra con bigote, que no quiero dar nombres porque no quiero dar nombres, que cada vez que lo veo me hacen los ojos así para arriba. Decía que yo estaba bien, que a mí no me pasaba nada y que me fuera para mi casa. **Y yo estaba con una crisis de mil demonios y me decía que me fuera a mi casa, que estaba bien.** Que estaba perfectamente, que no me pasaba nada. Ya te he dicho, ingreso voluntario... ¡Fíjate cómo estaría!"*

(GF2 – Usuarios)

*"Y luego viene el médico y directamente entra al despacho con el enfermo, nosotros fuera. Sale a los cinco minutos. **"Como me ha dicho que tal día tiene la revisión con su médico, pues que ya vaya"**. "¿Cómo?, ¿cómo es eso, a ver? ¡Mi hermano, hermana o mi padre viene con un brote psicótico!"*

(GF1 – Familiares)

*"Si a mi familiar lo hubieran visto, la primera vez que lo llevé por urgencias, le hubieran dado un poquito más de tiempo, se habrían dado cuenta realmente de cómo estaba y **lo hubieran ingresado, que es lo que necesitaba. Pues a las dos o tres semanas no hubiera tenido un intento de suicidio como tuvo,** que le pudo costar la vida ¡porque fueron doce metros de altura!"*

(GF1 – Familiares)

*"Un caso concreto que, en fin, estaba yo delante. Un muchacho es agresivo, un muchacho con una problemática enorme. "¿Qué hacemos? Pues a un psiquiátrico penitenciario." **Como si yo te invito esta noche al infierno para que estés a gusto,** por decir una chorrada. A un psiquiátrico penitenciario. ¿Por qué? Porque está agresivo".*

(GF1 – Familiares)

En algunos casos, los familiares entienden que los profesionales de Urgencias valoran negativamente su actitud como cuidadores y se sienten humillados e indignados por la forma como les juzgan.

"Entonces el médico valora lo que tiene dentro, en agudos, que están saturados. Que no hay ni una cama. Y oye a esta persona hablar cuatro cosas seguidas bien y no quiere ingresarla. ¿Quién tiene la culpa? Otra vez los familiares que no toleran, no aguantan al enfermo, no colaboran con el enfermo..."

(GF1 – Familiares)

"Y tú tienes que aguantar que te humille el médico. Porque encima como tengamos la mala suerte de que le haya caído la crisis en

fiesta, fines de semana, puentes o vacaciones, se piensan que queremos irnos de vacaciones y para ello a ver si dejamos al enfermo ingresado en agudos”.
(GF1 – Familiares)

Además, se señalan casos de no diagnosticar adecuadamente el motivo de la urgencia, causando una falta de atención a problemas de salud física.

*“Una cosa es que ellos vayan a urgencias con otro tipo de urgencias, con nada que diga que son enfermos psiquiátricos o directamente va a psiquiatría, no va a la especialidad que les corresponda. Eso sí que es una realidad. **Entonces esa mujer tendría que haber pasado a Trauma. Sin embargo, se quedó en psiquiatría”.***
(GF1 – Familiares)

2.5 Profesionales No Sanitarios

Por profesionales no sanitarios entendemos aquellas personas que tienen contacto con los usuarios/as y sus familiares, pero que no tienen formación específica en salud o en salud mental, como pueden ser los celadores, guardias jurados, policías, personal de limpieza, etc.

Usuarios/as y familiares lamentan que, en general, estos colectivos reciban poca o ninguna formación en salud mental, desconozcan el trato más adecuado a tener con las personas implicadas y cómo comportarse en las circunstancias en las que se les pide que intervengan.

*“Creo que **no están preparados para tratar con pacientes, en la gran mayoría**, pero también hay gente que está cualificada”.*
(GF1 – Usuarios)

*“**El personal no sanitario debería tener cursos de preparación y formación.** Hablo de los administrativos. Que son los que te reciben. De forma que te ayuden. Que sepan también aceptar el sufrimiento. Yo he estado muchas veces con problemas, ellos con una cara... Vamos, ¡que se ganen el sueldo!”.*
(GF2 – Usuarios)

Con relación a la actuación de la Policía o Guardia Civil, usuarios/as y familiares están de acuerdo en que el trato es adecuado y respetuoso, aunque los procedimientos sean los propios de estos colectivos: esposar y transportar en su coche. Lamentan, además, que no haya un protocolo de actuación conjunta entre

las Fuerzas de Seguridad y los servicios de salud, lo que puede causar nuevas dificultades para las familias y riesgo para los usuarios/as.

*“Llega la Policía a Urgencias y te dicen que la misión está cumplida. Lo dejan allí y como ha pasado, que el chaval llega a urgencias y tal como ha llegado se ha vuelto otra vez andando **y la familia detrás de él corriendo**”.*
(GF1 – Familiares)

*“Porque yo la primera vez que estuve en un psiquiatra fue cuando me ingresaron en agudos con la guardia civil.
(P): ¿Y cómo es el trato de la Guardia Civil? ¿Respetuosos?
Muy bien, sí, y cuando yo le dije que me acompañaran con el médico y me acompañó y bien”.*
(GF2 – Usuarios)

Las actuaciones de los vigilantes y guardias de seguridad se ve como condicionada por la deformación de la profesión y usuarios/as y familiares manifiestan que en muchas ocasiones utilizan la imposición del orden por el uso de la fuerza. Los participantes expresan que es comprensible que exista una preocupación del sistema de salud por la seguridad de sus trabajadores y la de los pacientes, pero cuestionan la necesidad de este colectivo en un ambiente sanitario. Además, se plantea que no están claros los límites de utilización de ciertos procedimientos y que no hay una diferenciación de actuación por parte de este colectivo por el hecho de tratarse de personas con enfermedad mental.

*“La única queja que tengo fue que cuando yo fui ingresada, esta vez no, el año pasado, me redujeron de mala manera. **Me tiraron al suelo, me pegaron en la cabeza, me golpearon los vigilantes de seguridad. Esto fue para ingresarme**. Yo no me quería ingresar porque fue como una orden de la enfermera y de mi madre. (...) Pero es que yo tenía los moratones a la semana. Cuando fueron a visitarme se los enseñaba, “mira lo que tengo, mira lo que tengo”. Y era verdad, que me habían pegado”.*
(GF1 – Usuarios)

*“**Fueron los vigilantes de seguridad los que me redujeron malamente**. Y las enfermeras que me tiraron del pelo para que yo no me moviera. Eso en urgencias del Hospital Civil. Y eso lo hubiese denunciado. No lo hice en su momento porque, para que no...”.*
(GF1 – Usuarios)

*“Pero lo cierto es que son maltratados. **Los vigilantes los maltratan, les pegan**”.*
(GF1 – Familiares)

*“Yo puedo entender que ese vigilante se sienta ofendido. Entonces, a la falta de información se puedan sentir ofendidos. Bueno, pues que no estén. **Que haya gente preparada para recibir a***

nuestros enfermos, que en momentos determinados pierden los papeles”.

(GF1 – Familiares)

*“Además, como decíamos: **¿por qué tienen que tener un guardia de seguridad? ¿En las demás unidades hay un guardia de seguridad? Lo que tiene que haber es un profesional que sepa manejarlo”.***

(GF1 – Familiares)

*“Tampoco debemos pedir, **si pedimos por una parte que no se nos criminalice, no debemos pedir que haya guardias jurados y policías en el área de agudos, en ningún sitio. Los mismos celadores tienen dentro de sus funciones, esa función. Que no, nosotros no vamos a pedir, por lo menos desde las asociaciones, que haya guardias jurados”.***

(GF2 – Usuarios)

Específicamente en las Unidades de Hospitalización Salud Mental existen otros dos colectivos que tienen contacto muy frecuente con los usuarios/as: celadores y personal de limpieza. Sus relaciones interpersonales con los usuarios/as se dan desde la espontaneidad y el carácter de cada uno, pues no tienen formación ninguna en salud y tampoco en salud mental, con lo cual algunas son personas más cercanas y afectivas y otras son más secas y distantes. Aunque las Unidades de Hospitalización de Salud Mental sean un contexto tan particular y diferenciado de los demás dispositivos como para hacerle un análisis aparte, recogemos aquí opiniones de usuarios/as y familiares sobre la actitud de estos dos colectivos.

“Es que son quienes más se relacionan con el enfermo. El médico no, el médico no se relaciona. Sólo el ratillo que esté en la consulta. Pero el enfermero, el celador, las limpiadoras, están todo el día con ellos, rozándose”.

(GF1 – Familiares)

Celadores:

“Hay celadores que te conocen o no, que es lo que ha pasado aquí. El celador es nuevo, porque no me conoce, no tengo trato con ellos, no te hacen mucho caso. Pero los celadores que ya me conocen, que tengo trato con ellos, pues sí”.

(GF1 – Usuarios)

“A mí los celadores me conocen, me saludan cuando me ven”.

(GF1 – Usuarios)

“(R5): Yo creo que sí. En el hospital hay celadores que son un poco bordes (se ríe). Que no tratan bien a la gente pues... son muy secos, yo que sé... que no te hablan, parece que no te ven.

*“(R4): Yo creo que va en la persona. **Deberían comprender que somos enfermos y pienso que nos deberían tratar de forma más amable”.***

(GF1 – Usuarios)

*“El maltrato, dicho por ellos mismos, bien de los celadores, auxiliares y enfermeros. Pero especialmente de auxiliares y celadores. **Los celadores son los que a ellos los han maltratado**”.*

(GF1 – Familiares)

*“**Entonces, ellos mismos estigmatizan a nuestros hijos.** Los mismos profesionales y celadores... Cuando también nuestros familiares necesitan de los celadores para que hablen con ellos cuando están allí en el patio”.*

(GF1– Familiares)

*“...venía bajando yo por la escalera de la comunidad terapéutica y venían un celador y otro profesional por detrás mía. Y le estaba diciendo la celadora al otro, “sí, porque ahora con esto de las vacaciones me van a cambiar y me van a llevar a la unidad de hospitalización de agudos. ¡Fíjate, que vamos a ver! **¡Porque al final voy a salir peor de lo que voy a entrar!**”. Claro, yo me volví y le dije, “tú no sirves para tocar a estas personas, soy M. la presidenta de la asociación y tú no sirves para nuestros hijos”.*

(GF1 – Familiares)

Personal de Limpieza:

*“Yo tengo... hay una limpiadora que estaba yo en el hospital, en un psiquiátrico, **y cuando me veía me daba un beso**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Hasta los de la limpieza también me saludan. **Me los he encontrado hoy y me dieron un beso, “¡qué guapa vas!**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Personas de la limpieza las han visto más sensibles.** Llevar la persona de la limpieza su paquete de tabaco y darles un pitillo y eso. Y hablar y todo, más que personas profesionales de la unidad de agudos”.*

(GF1 – Familiares)

*“...incluso le he dicho yo al médico, **“¿por qué no contáis con las limpiadoras también a la hora cuando hacéis reuniones?** Porque ellas seguro que saben más que vosotros... no de medicación por supuesto, pero de cómo es la persona, si queréis saber de ella...”.*

(GF1 – Familiares)

3. Diferentes Contextos del Estigma Institucional

El contexto, tanto entendido como espacio físico como en el concepto de “entorno” donde se establecen relaciones de diferentes tipos, es el ámbito que vamos a analizar a continuación por su importancia en relación a diversas formas de estigma percibidas por los participantes de este estudio.

Las aportaciones de los participantes se refieren fundamentalmente a dos contextos: las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y el sistema de salud mental como un todo, haciendo referencias a las políticas y gestión en salud mental. En estos dos contextos se dan las relaciones interpersonales entre usuarios-profesionales o usuarios-sistema, pero también poseen ciertas características físicas o de funcionamiento que son percibidas como estigmatizantes por parte de los usuarios/as y los familiares.

3.1 Unidades de Hospitalización de Salud Mental

Las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (hospitales generales) se diferencian de otros servicios de salud mental básicamente en que los usuarios/as no pueden volver a sus casas al final del día o del turno. Como sucede en casos genéricos de ingresos hospitalarios por otros motivos de salud, aunque en salud mental estas unidades asumen un aspecto físico y unas reglas de seguridad diferentes al de otras plantas de un mismo hospital. Usuarios/as y familiares afirman que estas características generan inconformidad y añaden sufrimiento a las personas que necesitan estar en ellas.

*“(R2): **Estás encerrado**. Al principio las dos o tres semanas primeras no te daban permiso de salida. Yo quería salir con mi madre y después... hombre, la última vez que me dieron un permiso de salida para probar cómo me iba con mi madre. Si cumplía con el compromiso del horario y eso.*

(R3): Yo pienso que agudos es una jaula. Una jaulita.

(R2): (se ríe) Con un pajarito encerrado dentro.

*(R3): Una jaulita. **Y un pajarito metido en una jaulita no puede estar contento**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“Que vas a un hospital. Que si quieres salir a tomar un café o a dar un paseo, **que puedas salir**”.*

(GF2 – Usuarios)

*“Es algo que también queríamos pedir. **Que fueran instalaciones menos herméticas, más abiertas, más abiertas a los familiares.** Haya más control por parte de fuera, de la sociedad.*

(P): ¿Y eso sería una cosa que ayudaría a cambiar las cosas?

Claro”.

(GF2 – Usuarios)

“(R1): Ya ves, para querer entrar en la cárcel.

(P): ¿La unidad?

(R1): Eso es una cárcel”.

(GF2 – Usuarios)

*(R2) **“¡Es que aquello es una cárcel!”.***

(GF2 – Usuarios)

*“**O sea, una cosa un poquito inhumana.** Un poquito inhumana. Porque yo pienso que tenemos reacciones raras y podemos hacer cosas... Yo no sé... lo que podemos hacer pero, como para que nos encierren en una jaula, ¿no? ”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Lo que es muy duro es ver esa puerta cerrada a cal y canto** y ver una persona en la habitación. Eso ya es lo más estigmatizante posible”.*

(GF1 – Familiares)

*“(R1): **Es que parece que entras en un zulo.** Es una unidad cerrada. Sólo ves la estructura y eso significa lo demás. (R4) Aquí está como, está hecho como en las películas. Al fondo a la derecha. Psiquiatría, al fondo, hasta en las películas. Digo fíjate...”.*

(GF1 – Familiares)

Las instalaciones y medios físicos dentro de las Unidades de Hospitalización también causan consternación e indignación, sobre todo en los familiares que entran a visitar.

*“Yo he visto también en la unidad de hospitalización que no han tenido toallas. Les dan sábanas, pero ni toallas para lavarse las manos. **No tienen toallas y cuando se duchan les dan sábanas.** Eso a mí me ha llamado mucho la atención y eso yo lo he denunciado.*

(GF1 – Familiares)

*“Yo te pongo un ejemplo. Concretamente en Sevilla ahora se lleva muchísimo y en casi todas las unidades, en casi todas, tienen la acogida al familiar. O sea, tú entras por urgencias y hay una monitora que te recibe, o cuando llegas a la planta hay una persona que se te acerca y te da toda la documentación. **Te da la bienvenida, te hace la acogida. Te da un neceser de aseo. Eso se hace en todas las unidades, menos en psiquiatría, ¡claro!**” (Risas agrías).*

(GF1 – Familiares)

*“Las duchas no son de manguera porque dicen que muchos han intentado ahorcarse con las duchas. **Sólo es un caño que cae y los matan así. Si no se matan ellos ahorcándose, a la fuerza del agua que está en lo alto. Cae a presión el agua**”.*
(GF1 – Familiares)

*“En Huelva las persianas se abren por la calle. Son de estas que son así, si quieres abrirlas haces así y ves la habitación. **La unidad de agudos está en la misma calle en Huelva y la persiana se abre por fuera. Es una cosa muy rara que uno no entiende**”.*
(GF1 – Familiares)

*“En agudos del clínico, para que estos cristales se pusieran opacos. Porque las criaturas entraban y estaban allí desnudo y la gente de enfrente los estaban viendo Y los cristales transparentes. **¡O sea que desde el edificio de enfrente los están viendo desnudos duchándose!**”.*
(GF1 – Familiares)

*“En psiquiatría no hay acogida, ni al familiar ni al paciente. **Hay un barbero que va por todas las plantas, pero en psiquiatría no. ¡No vaya a ser que al afeitarse a alguno le pase algo!**”.*
(GF1 – Familiares)

*“Otra cosa, la ley antitabaco allí no ha existido hasta hace poco. Allí entrabas y parecía que entrabas en una cámara de gas. **Te asfixiabas, porque el humo salía por las puertas de la unidad. Entonces se han habilitado un par de salas, abajo en el patio, en el poquito patio que tenían cogido, les ha quedado un circulillo de patio**”.*
(GF1 – Familiares)

Usuarios/as y familiares critican que el sistema de horarios de las unidades, aunque también siga el sistema general del hospital, no esté hecho según sus necesidades o a las especificidades de las enfermedades mentales. Por ejemplo, cuando muchos tienen insomnio y dificultades para conciliar el sueño y se les despierta para dar la medicación. Los usuarios/as expresan que los horarios parecen obedecer a las necesidades y/o comodidades del personal del equipo y esto es percibido como una imposición más.

*“... lo peor es en Agudos, que te levanten a las 7 y media para tomarse una medicación para luego hasta las ocho no te den la ropa para ducharte, para luego a las 8 y media ir a desayunar. **Todos corriendo, todos muy bien. Y la medicación te la dan a las siete o siete y media, y ya te han despertado. ¿Y ahora qué hago? Ya me he despejado y ya...**”.*
(GF1 – Usuarios)

*“Igual que en mi casa me tomo mi medicación después de comer, no a las cuatro de la tarde, **que algunos almorzamos a la una o una y media, en el hospital de Agudos y no nos dan la***

medicación hasta las 4h. Nos abren la habitación a las 2h, la habitación o el patio, para que te echas la siesta y a las cuatro te despiertan para darte la medicación. Después a las 4h te tomas la medicación y a las cuatro y media estamos merendando para, a las cinco, recibir visitas”.

(GF1 – Usuarios)

“Sí, el horario. Porque algunas cosas van muy justas y que te levanten tan temprano para después estar esperando”.

(GF1 – Usuarios)

“Por la tarde estamos más aburridos. Por la tarde es la visita y ya. Los fines de semana, a veces, depende de los auxiliares que haya, como por las mañanas estamos aburridos, nos sacan las damas, el dominó,...”.

(GF1 – Usuarios)

“Y más las normas que hay..., que a esta hora se come y... A las diez y pico (de la noche) te levantaban para la medicación”.

(GF2 – Usuarios)

Usuarios/as manifiestan que pequeños detalles que en otras plantas pasan desapercibidos -bien porque el tiempo de ingreso es más corto o porque las personas ingresadas están más horas del día encamadas- son incómodos y vergonzosos, como ir en pijama durante toda su estancia. Las familias también ven positivo que puedan utilizar su ropa de casa.

“Decía que yo, hace tiempo, he estado en un psiquiátrico en el que se vestía con ropa de vestir normal y corriente, con la ropa que te trae tu familia y... te sientes diferente, por el hecho de que estés en pijama y que te vea tu familia. Un día el pijama te queda por aquí (risas), otro día te llega hasta aquí. (un día corto y otro demasiado grande) ”.

(GF1 – Usuarios)

**“(P): ¿Cómo te sentías mejor, en pijama o en ropa normal de calle?
(R3): En chándal.**

(R2): Es que parece un presidiario allí. Pantalón y camisa de rayas.

(R4): Eso de andar en pijama es un mal rollo... Porque yo he estado en un psiquiátrico que se iba con ropa...”.

(GF1 – Usuarios)

“Pero también tengo que decir que en Málaga hay un pabellón que está entre la unidad de agudos y su casa o las unidades terapéuticas o cualquier otro dispositivo. Que se llama el pabellón 3, que es donde ya ellos empiezan a salir y están con su ropa, y no tienen, le han quitado ya los síntomas agudos”.

(GF1 – Familiares)

“Tienen hasta su lavadora, los peines, las duchas en condiciones... Todo con su dignidad. Lo único que estamos reivindicando...”.

(GF1 – Familiares)

Las manifestaciones de una excesiva seguridad presentadas anteriormente tienen su reverso de la moneda en determinadas circunstancias en que se ve necesaria la presencia o la intervención directa del personal responsable. Los usuarios/as se ven indefensos y desprotegidos, pasando por momentos de miedo y sensación de peligro dentro de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

*“Y dentro también que hay muchos pacientes que están peor que uno, que están en peores condiciones, que no saben lo que hacen y eso. **Y he tenido algún que otro problemilla con algunos otros pacientes porque me han pegado por no darles un cigarrillo**, porque yo no fumo. O por cualquier otra tontería. Yo me sentaba al lado de las enfermeras, por si pasaba algo, yo protegida”.*

(GF1 – Usuarios)

¿Desaparecen las cosas?

*“Sí, porque yo tenía en mi mesita de noche, la de al lado de la cama, aparte de que tenía mi armario para guardar mis cosas, pero tenía 10 euros, para poder llamar a mi casa, y llegar al punto de que me encerraba... **¡pero cojones que me llevaban todo lo que tenía allí...!**”.*

(GF1 – Usuarios)

*“A mí el año pasado una chica, una amiga mía, me robó un pantalón, unos calcetines,... bueno... Y no me los devolvieron. **Nadie se hace cargo cuando te roban. Normalmente se controlan por las cámaras, pero no siempre miran las cámaras los enfermeros**. No hay nadie que se ponga delante de las cámaras a vigilar las 24h. No hay nadie”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Gente mezclada unos con otros, y una mafia que había allí. No podías dejar nada que te lo robaban**”.*

(GF2 – Usuarios)

“(P): ¿Te daba miedo?

*“**Estaba como sobresaltado allí**. Estaba... No sabía si de repente por la noche el compañero que estaba al lado te podía atacar o no. Y que ya, tuve que pedir que me dieran el alta porque...”.*

(GF2 – Usuarios)

*“Allí estamos todos mezclados. Yo tuve uno que me dijo que era Jesús y yo al cuarto día le dije ya al que estaba de guardia. “Mire usted, yo no puedo dormir. Llevo cuatro días que no puedo dormir. Duermo por las terapias que me dan. **El que tengo aquí al lado me tiene de los nervios, con que es Jesús y ¡me va a clavar una estaca a mí!**”.*

(GF2 – Usuarios)

“(P): ¿Os sentís amenazados o en peligro?

(R3): ¡Claro!

*(R5): **Allí cada hora o cada dos horas llega un guardia de seguridad si es que llega**”.*

(GF2 – Usuarios)

“Claro. **A mí me llegó uno que me iba a pegar y que tal y cual.** Por lo visto era amigo de otro y el otro vino también que me iba a pegar. Y digo yo, “¿esto qué es?”. Y me sentía allí como esos”.

(GF2 – Usuarios)

“No te hacen caso los enfermeros (varios repiten). Si hay una pelea se quitan de en medio. El único que se mete es el guardia jurado. **Pero guardia jurado hay uno para todo el hospital. ¡Cuando viene pues lo mismo te han matado ya!**”.

(GF2 – Usuarios)

“**Yo estuve allí hace poco, no ingresado pero sí visitando a una conocida y estaba asustada de estar allí por causa de eso todo.** Y lo que vi allí es que... es muy diferente de la última vez que estuve, hace cuatro años, es diferente de ahora hay muchos drogodependientes de cocaína, heroína. No sé”.

(GF2 – Usuarios)

“Dos veces no me quisieron ingresar. La tercera fue cuando me ingresaron, llegué y no quise entrar. Y la tercera fue cuando me dio tanto miedo. Porque lo necesitaba. **Pero fue mayor el pánico que me dio que la solución que podía tener.** Entonces ya no sabía qué era lo mejor”.

(GF2 – Usuarios)

“Que si no te atan los profesionales, **te pegan los mismos enfermos que están allí**”.

(GF2 – Usuarios)

Como se ha visto en el apartado anterior, usuarios/as y familiares expresan su malestar por el trato de algunos profesionales sanitarios y no sanitarios de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y algunos lo achacan a su poca preparación y capacidad de interacción con los pacientes.

“O te atan a la cama y no te hacen caso. Y yo les he dicho: “Mira, que ya estoy bien. De verdad que ya estoy tranquila, que me hago pis, suéltame, por favor”. **Y me han dejado que me haga pipí en la cama.** Y yo eso lo veo, ni a un perro se le hace eso.”

(GF2 – Usuarios)

“**Yo creo que los enfermeros de allí no son especializados, en salud mental.** Creo que son auxiliares normales que les ha tocado allí. Los psiquiatras y las gobernantas sí saben pero lo que son los enfermeros y auxiliares no saben. Es que hay personas que no se han leído el manual de psiquiatría en la vida. Están ahí porque les mandan ahí. Y ya está. Y ellos que se atreven a aventurarse a juzgar a una persona que está enfermo o no está enfermo, sin tener conocimientos...”

(GF2 – Usuarios)

"Cosas así. No se toman la molestia de pensar... es que no piensan. Algunos es que no piensan. **Se dedican a estar allí y que es lo mismo que no estar, están allí pero es como no estar.** Yo decía que no tenía que estar allí, que no quería estar allí y me decían (con burla) "Vamos que tú va a saber más que todos los psiquiatras que están aquí".
(GF2 – Usuarios)

"Y yo de las unidades de agudos destacaría el papel tan importante de enfermería. **Yo creo que enfermería es un potencial enorme en el que se usa poco, insuficientes, en las unidades de agudos.** Y ahí sería una base importantísima para que se atendiera a la familia, para que se atendiera al paciente".
(GF1 – Familiares)

"Bien, **pero como no te pongas el pijama te pinchan.** Te duchan y te ponen el pijama.
(Varios hablan a la vez, concordando con la afirmación del compañero) ".
(GF2 – Usuarios)

"Yo lo que pienso es que en vez de usar... deberían usar más la técnica de la persuasión... **un psiquiatra que ha estudiado mucho, la técnica es la inyección, la pastilla, la fuerza, todo esto.** No sé, una palmadita en el hombro, una conversación...".
(GF2 – Usuarios)

"Pero eso estigmatiza muchísimo a los enfermos mentales. Y los enfermos mentales entienden que allí se les ha maltratado... Se les ha puesto la medicación, que los ha machacado y cuando salen creen que deben de olvidarse de todo porque los han machacado. **Tienen sus derechos, exactamente lo mismo que los tenemos todos**".
(GF1 – Familiares)

"Sí tenía un brote. Tenía un brote e ingresó en agudos. Entonces se cayó, se resbaló. Algo le pasó **y hasta tres días después no le hicieron una placa y la escayolaron y le inmovilizaron la mano**".
(GF1 – Familiares)

"**Es que se creen que por ser enfermos mentales no se dan cuenta de nada.** Pues sí se dan cuenta".
(GF1 – Familiares)

"Pero siempre hay algunas auxiliares de enfermeras que son un poquito más..., **un poquito más bordes.** Algunas, ahí de Agudos. Y de ahí los celadores igualmente. Hay algunos que sí, y otros que no. Pero eso es como todo. Y los doctores, igual".
(GF1 – Usuarios)

"En la unidad de agudos cabe todo. **Cabe todo el resabiado del sistema que no quiere pasar trabajo.** Lo mismo pasa con las auxiliares de clínica. O sea, "dónde me puedo ir que haga menos". Pues claro, es muy fácil, metido en un control cerrado a cal y

canto, "donde sólo reviso y donde me paso la mañana leyendo revistas y pintándome las uñas".

(GF1 – Familiares)

"Pero hasta hace muy poco las personas que iban a trabajar en las unidades de agudos eran los castigados del sistema.

Entonces el servicio que se les está dando es un servicio que ha rebotado muchas veces".

(GF1 – Familiares)

"... de estar allí, indefensos... ¿Ellos denunciar?... Y es que ellos se sienten avergonzados, machacados, pequeñitos..."

(GF1 – Familiares)

En definitiva, las unidades de Hospitalización de Salud Mental no son percibidas por los participantes como espacios terapéuticos, de recuperación y cuidados que estén orientados a la mejora de las personas hospitalizadas. Por ello son el dispositivo menos aceptado: hay un rechazo prácticamente unánime hacia un espacio donde nadie quiere estar y nadie desea necesitar.

"(P): Si tuviéramos que mejorar alguna cosa, ¿qué mejoraría?

(Todos): ¡La unidad de agudos!"

(GF2 – Usuarios)

"Como no quieren nunca ingresar en agudos... hacen lo imposible por aparentar que están bien".

(GF1 – Familiares)

"Que sepas que cuando estás malo vas a ir a un sitio donde vas a estar bien, que puedas salir."

(GF2 – Usuarios)

"Me tiré allí dos meses y cuando salí de allí, bueno, fatal, porque, venga pastilla, venga pastilla y estaba allí todo el día tumbada. Nada de nada. Es que no me podía ni levantar de tanta pastilla como me tomaba".

(GF2 – Usuarios)

"(P): ¿Qué tipo de sentimientos genera?

(Varios): Rabia, frustración.

(R3): Tú vas a un sitio en el que esperas te van ayudar y lo que te encuentras es que lo único que te hacen es si estás violento atarte, ponerte la inyección, se preocupan de darte las pastillas y de abrirte la boca a ver si te las has tomado. Es lo único que controlan".

(GF2 – Usuarios)

"Entonces, el paciente necesita cuando está en la unidad un terapeuta ocupacional. Pero aparte necesita también una atención psicológica, y necesita que se le vaya adaptando a la realidad para que cuando salga esté en la realidad más real".

(GF1 – Familiares)

*"Creo que **lo mejor para nuestros familiares es que no pise una agudos**".*

(GF1–Familiares)

*"Yo creo que si cualquiera de nosotros es ingresado en una **unidad de agudos**, donde hay no sé cuantos metros, donde nos encontramos una ventana al fondo, donde no vemos el cielo en meses. **¡No sé cómo acabaría!**".*

(GF1 – Familiares)

3.2 Sistema de Salud Mental

Hay formas de estigma percibidas por usuarios/as y familiares que atañen a las políticas, recursos y gestión de los servicios. En algunos casos, estos mecanismos de estigmatización tienen como fuente las Unidades de Salud Mental Comunitarias:

*"Es que es muy importante que desde primaria se filtre. **Las consultas de salud mental se crearon para los trastornos mentales graves**. Hoy en día desde primaria no se filtra nada. Entonces las consultas se llenan de cosas que se podrían filtrar desde primaria. Y se llenan los especialistas de problemas menos graves. Y los problemas graves se quedan atrás. Y las consultas se están masificando por eso".*

(GF1 – Familiares)

"(P): ¿El problema que tienen esos servicios es la saturación?

*(R1): **Hay mucha gente para tan pocos recursos**.*

(R2): El otro día escuché en televisión que se está convirtiendo las enfermedades de salud mental la primera causa de bajas laborales en España y de invalidez".

(GF2 – Usuarios)

*"(R1): Yo creo que aparte del respeto y de la formación, es que tú vas a los centros de salud mental del Zaidín, del de este,... y **son como latas de sardinas. Poco espacio para muchos profesionales. Tan pocos despachos, poco espacio...** Estamos considerados dentro de la salud los últimos. Y se observa en el espacio físico, poco espacio, en la saturación que hay, el poco personal que hay... Debería haber más personal. Más enfermeros, más psiquiatras. Todo ello genera tensión.*

(R3): Se nota en el espacio físico. En esa saturación".

(GF2 – Usuarios)

*"En las unidades de salud mental te puedes encontrar con una persona que no te hace ni puñetero caso y que se da cuenta del problema al año o al año y medio de que está tratando a tu familiar. Consultas y resulta que tiene más denuncias de enfermos que en toda la provincia. **Te permiten hacer un cambio de médico pero esa persona sigue estando ahí. Y esa señora seguirá causando los mismos problemas que le ha causado a mi hija**".*

(GF1 – Familiares)

*“(R8): **Es una psiquiatra que tiene denuncias de enfermos, cambios de médicos...** Creo que es la que tiene más cambios de médico de toda la provincia.*

(P): Y la administración no ha tomado...

(R8): No interviene”.

(GF1 – Familiares)

En otros casos están en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental:

*“Porque yo pienso que si un enfermo está en agudos es para controlarle su medicación. Está mi niña, por ejemplo, que le están quitando el keprax para ponerle otra medicación porque le afectaba por la epilepsia. **Pues no hay medicación**”.*

(GF1 – Familiares)

“(R4): Yo creo que es falta de organización, de...

*(R5): Pero eso, claro, habría que preguntarse, ¿eso pasa en otros servicios? ¿Y si no hay farmacología se pide a farmacia y se sirve? O qué pasa, **¿Qué lo nuestro es la dejadez hasta ese extremo?**”.*

(GF1 – Familiares)

*“**Y sobre todo, lo más doloroso es que ellos mismos cuando se ingresan en la unidad de hospitalización, se dicen “locos”.** Porque si desde primera hora a ellos les estuvieran tratando digamos con terapia educativa que es una descompensación como otra enfermedad y no pasa nada, ¿no?, pues no tendrían ellos mismos, los pacientes, ese vocabulario de sí mismos. (...) Pues ellos mismos se ponen su estigma. Pero porque a través de la unidad de hospitalización no se trabaja eso. Porque los mismos psiquiatras...”.*

(GF1 – Familiares)

*“La otra estábamos en un sótano que allí me costó media vida. **Porque cada vez que entraba allí, parecía que entraba en un pasillo cavernoso y asqueroso.** Aquello me mataba”.*

(GF1 – Familiares)

*“**La unidad de agudos concretamente de aquí de Granada, del Clínico, es un saco en el que entra todo, todas las patologías:** entra el alcohólico, el narcoléptico, el que está totalmente con la razón perdida,... Un saco en el que entra todo”.*

(GF1 – Familiares)

*“Una niña de quince o dieciséis años, anoréxica, que está allí con una persona alcohólica que está desvariando... Cada persona tendría que tener su sección: los menos graves con los menos graves, los más graves con los más graves. **Atendidos en condiciones**”.*

(GF1 – Familiares)

*“Tenía que haber más delimitados. Lo mejor está en no mezclar. **Pero ya, en los tiempos que vivimos y ya como, con los dineros que hay, tenían que haber... salud mental,***

independiente. Y los enfermos mentales tener su espacio y ya está”.

(GF2 – Usuarios)

“(R1): Yo no lo digo por lo de la salud mental. Lo digo por los otros pacientes que están mezclados con nosotros.

(R6): Eso sí es verdad. **Porque los otros pacientes lo que tenían es que estar en otro sitio en lugar de mezclados con nosotros y no eso de tener un guardia jurado o policía”.**

(GF2 – Usuarios)

“Luego, en las unidades de agudos hace falta terapeuta ocupacional. **O sea, las unidades de agudos se diseñaron para lo que se diseñaron, pero la realidad es otra.** Los pacientes pasan un mes mínimo, dos, tres, e incluso años en las unidades de agudos, porque no hay derivaciones”.

(GF1 – Familiares)

“Se nota cómo se discrimina a la enfermedad mental, que todas las enfermedades sí tienen lo que son nuevas tecnologías pues ya lo tienen para que no se tengan que desplazar... Lo que es el aparato de electroshock... Entonces sí tenían que tener todas las provincias ese único aparato que me parece que es uno de los pocos que necesitan para la enfermedad mental, que se tenga en los hospitales y que no tenga que desplazarse la familia”.

(GF1 – Familiares)

“Aquí cuando se habla del sistema de calidad y **cuando se está hablando del sistema de calidad, las unidades de agudos se olvidaron”.**

(GF1 – Familiares)

“... de agudos no hablamos del sistema de calidad. Aquí cuando se dan datos a niveles de la Consejería se dan datos del sistema sanitario. Ahora tú le pides datos del sistema sanitario, habla de todas las unidades. **De cardiología, esto y esto. Te dan unos datos maravillosos. Ahora tú les pides datos de psiquiatría...** Yo se los pedí una vez al director general y le subió un pavo públicamente, le subió un pavo, que no sabía cómo excusarse”.

(GF1 – Familiares)

También son percibidos en relación a la rehabilitación:

“Aquí estamos hablando de las nuevas patologías y de los jóvenes crónicos que nos están llegando. O sea, tenemos que adaptarlos. No podemos meter a las gentes en las **URAS**”.

(GF1 – Familiares)

“En esas URAS que aparte es el único recurso sanitario donde no hay lista de espera. Que debería ser vergonzoso. Porque aparte de lo pocas que son, que son insuficientes, encima no tenemos ni lista de espera. ¿Eso qué significa? Que las URAS no se están demandando. No hay demanda. **Pero encima añadimos que**

tenemos unas URAS desfasadas totalmente. Y no estamos rehabilitando”.

(GF1 – Familiares)

“Porque lo que nosotros no podemos mezclar en las URAS son la cronicidad de los pacientes. **Yo no puedo mezclar a un paciente que tiene 50 años con un joven diagnóstico que acaba de debutar a los 20 o los 30** o que acaba de salir de la facultad en tercero de carrera de Medicina”.

(GF1 – Familiares)

“Y aparte de eso ahora nos vamos a lo laboral. Si no rehabilitamos, encima como nos empeñamos en mandar a la gente a trabajar. ¿En qué fase nos hemos quedado? **Pues miren ustedes, señores, estamos a la mitad del camino.** Por no decir, no hemos empezado el camino”.

(GF1 – Familiares)

“En el caso de la mejora, eso tiene unos medios, **la Junta dispone de un dinero, ¿no? yo creo que en vez de gastarse el dinero en tanto rollo, se podían gastar más dinero en programas sociales, en los equipos de salud, en los centros de salud. Más inversión. Porque la gente es lo que necesita para rehabilitarse.** Yo necesito una salud mental y yo lo que no quiero es empeorarla. Claro, eso depende de la Junta, tiene un costo y pide unos recursos que son inmensos. Tiene que hacer lo que puede con los recursos que tiene ¿no?”.

(GF1 – Usuarios)

En lo que atañe directamente a la Administración, hay un reconocimiento de lo que ya se ha hecho en mejoras del sistema, pero se señala que aún queda un camino importante que recorrer:

“Yo que he estado escuchando todas las opiniones negativas de los psiquiatras. Lo que yo veo positivo y lo que yo creo que es muy positivo es lo que se está haciendo ahora, que es la eliminación de los manicomios, de los psiquiátricos. Que ahora sean atendidos por el SAS y que salud mental se haya venido también para los ambulatorios. Yo lo veo muy positivo todo lo que se está haciendo ahora. Integrando a la gente por medio de la orientación laboral, yo creo que esa es una mejor forma de integrar a la gente al mundo real. Que están en la realidad, en el mundo real y no en la burbuja, aislados de la realidad. Igual que veo positivo que se eliminen los psiquiátricos y que la gente se integre en la sociedad, eso lo veo fundamental. **Hemos estados montones de años ingresados en psiquiátricos y la verdad, ahora está mucho mejor”.**

(GF1 – Usuarios)

“**Es que ellos son los primeros que fomentan el estigma precisamente por no tener las condiciones necesarias para que el enfermo mental sea un enfermo mental digno”.**

(GF1 – Familiares)

“¡La salud mental es la hermana pobre de la sanidad!”.

(GF1 – Familiares)

*“Decirte, por eso le llaman la **“cenicienta” del sistema.** Entonces, se tienen que poner las pilas.”*

(GF1 – Familiares)

*“Es que el tema de la salud mental **no interesa al sistema, al Estado, a la Administración.**”*

(GF1 – Familiares)

*“(R6): Porque el sistema no está en la realidad. **El sistema no está en la realidad de lo que está pasando.** Las familias están desestructuradas*

(R1): Es que por ese sistema lo que ha hecho es delegar lo que es la responsabilidad a la familia. Nuestra casa es el hospital. Nosotros tenemos que hacer de psiquiatras, de psicólogos, de trabajadores sociales.

(R6): Como eso no existe, esos recursos humanos no existen, bueno, pues así está la salud mental”.

(GF1 – Familiares)

“(R1) La verdad es que nos ha costado mucho en Málaga, porque estábamos a la cola de todo.

*(R5): **Pero eso dice mucho de las desigualdades provinciales.”.***

(GF1 – Familiares)

*“...yo entiendo que la gerencia y los dineros cuando llegan, cuando se reparten, **psiquiatría como aparece en los últimos rincones, pues para algunos gerentes es prioritario y para otros menos prioritario.”.***

(GF1 – Familiares)

*“Lo que no puede ser es que al consejero se le llene la boca con que **“tenemos en Málaga una unidad maravillosa”** cuando tiene una unidad, voy a poner puntuales, como la de Granada,...*

(R1): ¡Que venga a ver la comunidad terapéutica de Alfacar!

*(R5): **¡Que venga a ver la unidad terapéutica de San Lázaro! ¡Tercermundista!”.***

(Muy enfadadas)

(GF1 – Familiares)

*“**Lo que no puede haber son esas desigualdades provinciales, comarcales tan grandes.** Entonces, que no hablen de sistema de calidad, que hablen de otra cosa **“de parcheando”, ¡que le den otro nombre, pero no de calidad!”.***

(GF1 – Familiares)

“...cuando realmente tenemos una estrategia de salud mental que recoge todos los puntos donde se estipula la calidad, lo que necesita el paciente y lo que necesita la familia.

Pues señores, ¡pongámonos a trabajar, pero pongámonos a trabajar desde la seriedad y desde la realidad de lo que tenemos!

Entonces a mí, con todos mis respetos, los estudios los respeto, pero ya es que hemos estudiado sobre lo estudiado. Entonces, señores, vamos a ser serios, ¡a la práctica!”.
(GF1 – Familiares)

Y como último tema relacionado con la Administración, se expresa la necesidad de acceso para todos:

“Tiene que haber ayudas sociales para que el que no tiene familia o no tiene nada, que le den, que le den ropa lo mínimo”.
(GF1 – Usuarios)

“Eso sin contar que hay personas que están en la calle tirados, que es una lástima, que no tienen ni casa, ni pensión, ni familia, ni medicación. Se tienen que arreglar a su manera. Que duermen encima de un cartón”.
(GF1 – Usuarios)

(P): *¿Que el sistema no llega hasta esa persona?*

(R3): *No llega. Y a pesar de lo bien que va España. Que yo creo que sí, que va bastante bien. Pues hay personas que no tienen absolutamente nada”.*

4. Trámites, Ayudas y Pensiones

Finalmente, se han recogido aspectos relacionados con la parte más administrativa de la atención, como pueden ser las facilidades o dificultades para que las personas con enfermedad mental accedan a recetas, ayudas y pensiones.

Las opiniones son dadas prácticamente sólo por usuarios/as, ya que el tema parece preocupar menos a los familiares.

Sobre el acceso y facilidades para obtener las recetas para la medicación que utilizan continuamente, los usuarios/as consideran como un aspecto altamente positivo y loable la novedad de las tarjetas electrónicas.

“Para mí, lo mejor que han hecho ha sido implantar la tarjeta electrónica”.
(GF2 – Usuarios)

“Yo, como tengo tarjeta electrónica, cuando necesito receta pido cita y me ve el psiquiatra y él me hace la receta, voy al médico de cabecera, me hace el informe. Voy a la farmacia y cojo la medicación, sin problemas”.
(GF1 – Usuarios)

Sin embargo, en algunos casos se destaca que esto no es posible con todas las medicaciones, aún existen algunas que exigen un trámite un poco más engorroso.

*“Con el tema de las recetas hay una cosa que no he dicho antes que es que con determinados medicamentos, que es una cosa muy engorrosa, **es que te prescriben determinados medicamentos que necesitas de un visado**, y yo no entiendo por qué tiene que ir a pedir un visado... si te dan la receta ya está, pero hay que pedir el visado...”.*
(GF2 – Usuarios)

*“A mí me recetan cuatro inyecciones cada cuatro **meses y a mí me la tiene que pedir el inspector médico**. Yo fui al médico de cabecera para pedirle que me lo pusiera por la tarjeta electrónica y me dijo que no”.*
(GF2 – Usuarios)

*“**Yo creo que es cosa más bien del médico**, porque yo tengo las recetas estas. Y se la di para que me diera la tarjeta electrónica y me dijo, “no, no, yo te lo sigo mandando por cajas para que no las acumules”.*
(GF2 – Usuarios)

En cuanto a las pensiones y ayudas económicas, se encuentran con más dificultades a la hora de pasar por todos los trámites burocráticos requeridos. No hay una discriminación positiva que diferencie a las personas con enfermedad mental de las que tienen discapacidades físicas y la comprobación de sus problemas a veces se hace difícil. La dificultad en acceder a estas ayudas causa problemas económicos pero también de orden emocional.

*“Pues a mí lo que me ha pasado es que llevo más de tres años esperando la minusvalía, me han denegado el expediente como tres veces. Y si no fuera la trabajadora social aquí de FAISEM, estaba sin pensión contributiva, sin ayuda de nada. **El año pasado, entré en crisis, sin poder trabajar,... sin tener ninguna ayuda, ningún tipo de ingresos.** Ni por INEM, ni por Seguridad Social ni por nada. Ningún tipo de ayuda... ahora me han dado ya la pensión no contributiva, pero ahora, porque ya tengo el DNI español”.*

(GF1 – Usuarios)

*“**Yo cuando estuve de baja, tenía la mutua de la empresa que me hacía pasar a ver a la doctora todas las semanas. Entonces me dijo que me había inventado una enfermedad.** Yo le decía que estaba deprimido. Y me dijo, “que sepas que te voy a traer aquí todas las semanas hasta que vayas a trabajar porque esto es del uso de todo el mundo”. Y me machacó un mes y otro mes, otro mes. Y al final me pidió perdón. “Me he equivocado contigo pensando que...”. “Bueno, qué le vamos a hacer. Yo me imagino que es tu trabajo. Pero la verdad es que me lo has hecho pasar canutas”.*

(GF2 – Usuarios)

*“**Lo único que cuando ya me iban a dar la absoluta me dijo que yo era muy joven y que si lo había pensado bien.** “Piénsatelo bien, a lo mejor te dan poco grado y es mejor... Y sigue como estás”.*

(GF2 – Usuarios)

*“Es que te dicen que eres muy joven. Lo primero que te dicen, eres muy joven y ¡qué vas a hacer?”. La empresa me decía, “tú no puedes estar dos meses trabajando y cuatro de baja”. Digo, “eso ya lo sé yo”. Porque a mí me cuesta más ponerme a trabajar después de estar parado otra vez. Arrancar y tal. **Pues lo primero que te decían, “pues te despedimos”. “¿Cómo me vais a despedir que yo tengo que llevar dinero a la familia y tal?”. Y entonces la mutua por otro lado pinchando.** Entonces llega un momento en el que...”.*

(GF2 – Usuarios)

*“Porque yo ahora estoy con el trámite de pedir la pensión, la absoluta, entonces tengo que pasar inspección médica cada mes o cada dos meses. **Entonces tú tienes que justificar que estás enfermo. Entonces ellos son incrédulos y están recelosos a seguir dándote una baja.** Y tú necesitas que te den una serie de bajas para poder pasar por el tribunal”.*

(GF2 – Usuarios)

“(P): ¿Es que es mucha tensión la que se crea?”

(R1): Claro, claro. Y entonces ya hablé con el abogado a ver si me jubilo o qué y él me dijo, “si tú no estás para trabajar y estás siempre de baja, pues tendrás que tomar la invalidez.” Y me dieron la absoluta y ya está...”.

(GF2 – Usuarios)

“(R3): Yo he estado muy mal muy mal y a mí me han diagnosticado con un 17% de minusvalía y ya está. Porque claro, yo tengo cotizados un año y poco. Porque he estado en casa y no he estado asegurada.

(R1): Con la edad que todos tenemos, como no tienes cotizado, te conceden la invalidez y entonces luego como no tienes derecho a prestación no te la dan”.

(GF2 – Usuarios)

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Schulze, B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, April 2007; 19(2): 137–155
- ii Runte-Geidel, A. Estigma y esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. *Universidad de Granada*. Granada. 2005
- iii - Asociación de usuarios de Salud Mental de Cataluña (ADEMM). *La relación entre usuarios y profesionales en el ámbito de la salud mental. La opinión de usuarios y usuarias*. 2007.
- Dirección general de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. *Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía*. 2007.
 - Huizing E, Ariza Conejero MJ, Rodríguez Morilla J, Lacida Baro M, Reina Jiménez M, García Aguilar R. *Estudio y análisis del estigma asociado a los trastornos mentales en los ámbitos sanitarios*. Rev Presencia 2006 jul-dic;2(4); 2006.
 - Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía. *Conclusiones finales de los grupos de trabajo*. 2008.
 - Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians of London, British Medical Association. *Mental illness: stigmatisation and discrimination within the medical profession* 2001.