

LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Síntesis y Conclusiones



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

www.feafes.com



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Síntesis y Conclusiones



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
www.feafes.com



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Esta Publicación se enmarca dentro del Proyecto FEAFES para la Promoción de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y cuenta con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Publicación elaborada a partir de la investigación realizada por FEAFES sobre 'La reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la atención sanitaria'. 2007.

Edición: 2008

Edita: FEAFES. C/ Hernández Mas, 20-24. 28053 Madrid (España)

Tel: 91 507 92 48. Fax: 91 785 70 76

E-mail: feafes@feafes.com www.feafes.com

Diseña y realiza: Doblehache / www.grupohh.com

Imprime:

Depósito Legal:

Índice

<u>Presentación</u>	<u>7</u>
<u>I. Introducción</u>	<u>12</u>
<u>II. Metodología</u>	<u>13</u>
<u>III. Análisis documental</u>	<u>15</u>
<u>IV. Resultados del trabajo de campo</u>	<u>21</u>
<u>V. Conclusiones del Comité de Expertos</u>	<u>32</u>
<u>VI. A modo de reflexión</u>	<u>41</u>

Presentación

El estigma y la discriminación afecta a los distintos problemas de salud, pero tiene mayor incidencia en las personas con enfermedad mental, sus familias y entorno, dado que, a los efectos que conlleva la propia enfermedad, se suman los relacionados con el estigma ante las enfermedades mentales.

Con estigma y discriminación nos referimos tanto al conjunto de actitudes negativas que, desde una dimensión interpersonal, se mantiene hacia las personas con enfermedad mental, como su 'dimensión estructural' que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social. Se trata, pues, de un complejo fenómeno social y multidimensional.

Peligrosidad, extrañeza, variabilidad, incapacidad, incurabilidad... forman parte de la visión social en relación con las personas con enfermedad mental; sentimientos de miedo, desconfianza, compasión (dependiendo del tipo de enfermedad mental), contribuyen al rechazo, aislamiento y a la recomendación de la reclusión institucional para estas personas.

Y a ello se le une las imágenes que ofrecen los medios de comunicación donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente como el asesino peligroso que hay que encerrar, o la de la persona

adulta con conductas infantiles que necesita ser controlada, o la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración.

Los datos de diversas investigaciones también muestran la visión negativa, aunque con características distintas, de los propios profesionales de la salud (incluida la atención en salud mental y asistencia psiquiátrica).

Este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas con enfermedad mental y produce repercusiones negativas, evidentes y contrastables, sobre su autoestima y conducta.

Repercusiones negativas que también afectan a las familias y allegados ya que, a las dificultades derivadas de la sobrecarga, hay que añadir la convivencia con los prejuicios sociales relacionados con las enfermedades mentales, favoreciendo su limitada red social y su dificultad en el acceso a servicios de apoyo y ayuda.

Resultado de lo descrito, la restricción de derechos y oportunidades que se plasman en discriminaciones 'estructurales', de tipo legal; el tipo de atención que ofrecen los recursos sanitarios y sociales; la tipología de políticas dirigidas hacia las personas con enfermedad mental...

Esta tipología de discriminaciones, sin embargo, no resultan tan evidentes cuando forman un elemento clave en la discriminación hacia este colectivo, favoreciendo y, en algunos casos justificando, las imágenes negativas sociales.

Solemos dar más importancia a la dimensión interpersonal que a la estructural, pensando que para luchar contra el estigma 'simplemente' es necesario ofrecer información y formación a la población en general, a las personas con enfermedad mental y a sus allegados. Olvidando que los aspectos estructurales influyen y refuerzan dicho estigma.

La ausencia de actuaciones específicas hacia los aspectos estructurales, desde los planes de salud de la amplia mayoría de las Comunidades Autónomas, la existencia de instituciones psiquiátricas separadas del sistema sanitario general, la separación física y organizativa de los servicios de asistencia primaria respecto a los de atención específica en salud mental, la existencia de leyes que

limitan los derechos de las personas con enfermedad mental... son algunos de los ejemplos prácticos que muestran ese 'olvido'.

Para dar respuesta a estas situaciones, la Estrategia de Salud Mental (ESM) del Sistema Nacional de Salud propone como primera de sus líneas estratégicas la **“Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental”**.

Se detalla entre sus objetivos la erradicación del estigma y la discriminación, asociadas a las personas con trastornos mentales.

Para ello, plantea que:

- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mental.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.
- Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en los hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las Comunidades Autónomas adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, la Unión Europea y otros organismos internacionales en el ámbito del fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación.

Y recomienda:

- Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
- Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedad mental se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
- En el ámbito de las Comunidades Autónomas, se adaptarán las normas y procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias. Esto se llevará a cabo, fundamentalmente, en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Estas adaptaciones de reglamentación normativa en las Comunidades Autónomas deberán incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.
- Las Unidades de Psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.
- Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de las personas con trastorno mental grave que lo precisen.

- A través de los fondos de cohesión, se promoverán líneas o proyectos de promoción y de prevención, dirigidas a la erradicación del estigma y favorecedoras de la inserción social y laboral sin discriminación de género.

Así, FEAFES, en cumplimiento de su compromiso de coordinación y colaboración como movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y familiares en la implantación de la ESM lleva a cabo una investigación sobre 'La reducción de la estigmatización de los pacientes con enfermedad mental grave en la atención sanitaria' en el año 2007, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Para ello, se analizaron los planes de salud y de salud mental existentes, protocolos de actuación y otros documentos, en las distintas Comunidades Autónomas; entrevistamos a responsables sanitarios de las Consejerías, Centros de Salud y Unidades de Salud Mental y planteamos al análisis de un grupo de personas representantes de las sociedades de profesionales de la atención primaria, de la salud mental y asistencia psiquiátrica, de FEAFES (con la participación de personas con enfermedad mental, de familiares, de técnicos).

El resumen de los resultados se muestra en esta publicación.

Con esta investigación y publicación, FEAFES pretende aportar una serie de elementos de reflexión y propuestas que favorezca la necesaria y urgente lucha contra el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental y sus familiares y allegados.

I. Introducción

El objetivo general del estudio sobre 'La reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la asistencia sanitaria' es conocer y analizar el grado y la forma en que la atención sanitaria contribuye a eliminar el estigma hacia las personas con enfermedad mental y fomentar su integración.

De forma específica, este estudio pretende:

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

El presente documento constituye una síntesis del trabajo realizado: investigación documental, trabajo de campo, procesamiento de la información, discusión del grupo de expertos.

II. Metodología

La investigación comenzó con una **recopilación de documentos** objeto de investigación (planes estratégicos, protocolos, procedimientos, guías, buenas prácticas, etc.) relacionados con la atención a las personas con enfermedad mental. Dicha recopilación se realizó por medio de la búsqueda, a través de las páginas Web de las distintas consejerías y servicios de salud, de donde se extrajeron, fundamentalmente, los diferentes Planes de Salud y Planes de Salud Mental existentes, completándose con la aportación de protocolos y procedimientos, solicitados a las personas entrevistadas en la fase siguiente.

El proceso continuó con **entrevistas personales semiestructuradas**, en las que, con un temario predeterminado y siempre abierto al discurso de cada entrevistado, se plantearon a los informantes diversas cuestiones, tanto referidas a la praxis como a las opiniones y actitudes. Se optó por esta técnica por la riqueza que ofrece para la recopilación de este tipo de datos en comparación a otras técnicas de formato más limitado, dada, además, la dispersión geográfica de los entrevistados.

Como **trabajo de campo**, se mantuvieron **99 entrevistas personales**, que cubrieron todo el territorio español (a excepción de Melilla), con tres tipos de informantes:

- Técnicos responsables de las Consejerías de Salud de cada una de las comunidades autónomas que, en la mayoría de los casos, han formado parte del Grupo Institucional de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- Directores de Centros de Atención Primaria, de ámbito urbano y rural.
- Directores y/o Jefes de Centros/Unidades de Salud Mental.

La selección de los centros se llevó a cabo de forma aleatoria, y el factor disponibilidad de los informantes fue el que más primó a la hora de citar y realizar cada una de las entrevistas.

A la finalización del trabajo de campo, FEAFES convocó **un comité de expertos** multidisciplinar, con experiencia en Salud Mental y en la lucha contra el estigma. Se les facilitó el resumen ejecutivo del análisis documental y del trabajo de campo. Con esta información el comité de expertos, en una reunión, discutió los resultados, además de otros temas que el propio comité estimó de interés sobre el objeto del estudio y que han enriquecido este análisis final.

III. Análisis documental

Los documentos finalmente recopilados fueron **cuarenta y dos**, entre planes, protocolos y otros documentos. La relación se adjunta en el siguiente cuadro:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
ANDALUCÍA	<ul style="list-style-type: none">• PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2003-2007. CONSEJERÍA DE SALUD.• PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2006. CONSEJERÍA DE SALUD.
ARAGÓN	<ul style="list-style-type: none">• PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUM Y SERVICIOS SOCIALES.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL. 2003. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL. SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. • PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2007. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I.
ASTURIAS	<ul style="list-style-type: none"> • REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL 2001-2003. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. • PROTOCOLO DE TRASLADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. ESPECIAL REFERENCIA A LOS CASOS DE FALTA DE COLABORACIÓN DE LOS MISMOS, O EN CONTRA DE SU VOLUNTAD. CENTRO DE SALUD MENTAL PEÑUELAS II. • TRATAMIENTOS DEPOT. SERVICIOS DE SALUD MENTAL. • TRATAMIENTOS DEPOT CON RISPERDAL CONSTA. SERVICIOS DE SALUD MENTAL. • PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO ORAL DE LEPONEX. SERVICIOS DE SALUD MENTAL. • CONTROL DE ENFERMERÍA PROTOCOLO DE LITIO. SERVICIOS DE SALUD MENTAL. • ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL. SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
BALEARES	<ul style="list-style-type: none"> • ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES. 2006. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA LA ASITENCIA SANITARIA INVOLUNTARIA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LAS ILLES BALEARS (REVISIÓN DE ABRIL DE 2001) CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO.
CANARIAS	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008 “MÁS SALUD Y MEJORES SERVICIOS”. SERVICIO CANARIO DE SALUD. • ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA SERVICIO CANARIO DE SALUD.
CASTILLA- LA MANCHA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010. CONSEJERÍA DE SANIDAD.
CASTILLA Y LEÓN	<ul style="list-style-type: none"> • ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN. 2003. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. • PROGRAMA DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA. SUBPROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS. 2005. GERENCIA REGIONAL DE SALUD. • DERIVACIÓN A SALUD MENTAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE BURGOS. • PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (GESTIÓN DE CASOS) EN LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA. CENTROS DE SALUD MENTAL DE VALLADOLID (CONSORCIO PSIQUIÁTRICO DR. VILLACIAN).

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
CATALUÑA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. 2006-2010. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA. • CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ENERO DE 2007. DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA. • PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS. 2003. SERVICIO CATALÁN DE SALUD. • PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO (PSI). SERVICIO CATALÁN DE SALUD.
COMUNIDAD VALENCIANA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005-2009. CONSEJERÍA DE SANIDAD. • PROTOCOLO DE CONTENCIÓN. • PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR. • DIRECTRICES DE ACTUACIONES EN PACIENTES CON CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD. • USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA, RETROSPECTIVA Y PROPUESTA DE REGULACIÓN. 2003. ÁREA DE DERECHO ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE. • SÍNTESIS DE LOS PROTOCOLOS RECOPIRADOS. 2005. EVALUACIÓN EUROPEA DEL USO DE MEDIOS COERCITIVOS EN PSIQUIATRÍA.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
EXTREMADURA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA 2007-2012. 'HACIA UNA SALUD MENTAL POSITIVA'. DOCUMENTO DE PROPUESTA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO.
GALICIA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011. CONSEJERÍA DE SANIDAD.
LA RIOJA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD MENTAL PARA LA RIOJA 2007. SERVICIO RIOJANO DE SALUD. • PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DOCUMENTO PARA PROFESIONALES. SERVICIO RIOJANO DE SALUD. • PROTOCOLO PACIENTE CON SUJECCIÓN MECÁNICA. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. CENTRO ASISTENCIAL REINA SOFÍA.
MADRID	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2003-2008. CONSEJERÍA DE SANIDAD.
MURCIA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 1999-2001. PLAN DIRECTOR. CONSEJERÍA DE SANIDAD. • PROTOCOLO DERIVACIÓN HOSPITAL - ATENCIÓN AMBULATORIA. • DOCUMENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTACIÓN
NAVARRA	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2006-2012. • PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. 2005. DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL.
PAÍS VASCO	<ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE SALUD 2002-2010. • PLAN ESTRATÉGICO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL 2004-2008.

Con carácter general se concluye que:

- La lucha contra el estigma (en estos términos) no aparece de manera manifiesta como línea estratégica en ninguno de los planes de salud mental de los que disponemos, **si bien sí se tiene en cuenta en el desarrollo de determinadas líneas de actuación y acciones.**
- En los programas específicos de atención al trastorno mental grave de aplicación en centros de salud mental, **el estigma no constituye un elemento significativo de intervención.**
- En la mayor parte de los centros de salud mental, la existencia de protocolos documentados sólo se vincula a los **tratamientos farmacológicos.**
- La tónica general en los centros de atención primaria es la **ausencia de protocolos y/o programas de atención referidos a trastornos mentales graves,** según manifiestan los responsables de estos centros que fueron entrevistados.

IV. Resultados del trabajo de campo

Para la cuantificación de los resultados de las opiniones de los informantes entrevistados (técnicos de Consejerías, responsables de Centros de Salud Mental y responsables de Atención Primaria) se debe tener en cuenta que:

- Cuando no se hace referencia a ninguno de los tres grupos de informantes en particular, las opiniones recogidas son comunes a los tres.
- Respecto al número de informantes que se adscriben a cada una de las opiniones recogidas, hay que tener en cuenta:
 - Cuando se indica la **gran mayoría o práctica unanimidad** se hace referencia a que es una opinión compartida por más del 75% de los entrevistados.
 - **La mayoría** alude a una opinión sustentada por más del 50% de los informantes, pero sin llegar al índice anterior.
 - **Con minoría** se alude a que menos del 50%, pero más del 25% de los informantes, suscriben una opinión determinada.

- **Unos pocos, una porción testimonial**, hace referencia a opiniones que suscriben menos del 25% de los informantes.
- En algunos casos en los que las opiniones son aún más particulares, se indica el número de informantes de los que se trata.

Aspectos abordados

1. Los Planes de Salud Mental

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

2. Las características de la enfermedad mental

- Acuerdo unánime: es un problema sanitario más y como tal debe ser tratado.
- Aspectos específicos que se reconocen de manera mayoritaria:
 - La importancia de los aspectos psicosociales.
 - No es un fenómeno conspicuo.

- En la exploración son importantes las verbalizaciones de las personas con enfermedad mental y requiere más tiempo que otros problemas de salud.
- Enfermedad crónica, de inicio precoz.
- Afecta a la vida de las personas.
- Para una minoría de informantes los aspectos específicos son poco relevantes. Dentro de esa minoría, algunos no reconocen esas especificidades.

3. El paciente con enfermedad mental

- Existe acuerdo unánime en que la persona con enfermedad mental es un paciente más del sistema sanitario.
- Características específicas:
 - El estigma que soportan los lleva, muchas veces, a esconder la enfermedad.
 - Falta de conciencia de enfermedad.
 - Necesidad de un soporte social y familiar para poder seguir el tratamiento.
 - Necesidad de habilidades de manejo en las consultas (característica citada con más frecuencia por los médicos de atención primaria).
 - Necesidad de control para una buena relación terapéutica y correcto tratamiento (‘control del enfermo’, no de sus síntomas).
 - Algunos informantes, todos ellos profesionales de salud mental, señalan que se trata de pacientes que defienden poco sus derechos.

4. Programas y protocolos

- En los centros de atención primaria:
 - Existen, en prácticamente todos, protocolos de atención a pacientes crónicos: hipertensión, diabetes...
 - No existen protocolos específicos de atención al trastorno mental grave en ninguno de los centros.
- En los centros y unidades de salud mental:
 - En la mayoría hay protocolos de seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
 - En unos pocos casos, existen programas de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios.
 - Aún en menos casos, cifra testimonial, hay programas de atención al trastorno mental grave.
 - Una minoría de responsables de salud mental considera inadecuado que haya protocolos, entendiéndolo que el tratamiento debe ser individualizado.

5. El estigma

Para este estudio se define el concepto de estigma como *juicio peyorativo hacia las personas con enfermedad mental. Marca o etiqueta que se pone a estas personas.*

A continuación se presentan algunos aspectos que los entrevistados han destacado:

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

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

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

El estigma en la atención sanitaria

- Alcance:
 - Para los responsables de salud mental y técnicos de Consejería se dan prácticas estigmatizantes en la atención especializada, en las urgencias y, en mucha menor medida, en la atención primaria.
 - Para los responsables de atención primaria esa estigmatización puede darse, pero de manera muy aislada.
 - Para muy pocos de los entrevistados, dentro de la propia asistencia psiquiátrica, se dan prácticas estigmatizantes.

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

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

- Prácticas estigmatizantes en la atención psiquiátrica: La inmensa mayoría afirma que no se dan. Un pequeño número alude a que hay factores en la asistencia psiquiátrica que contribuyen a estigmatizar, como por ejemplo:
 - El diagnóstico: es un factor de normalidad de la enfermedad, si se usa adecuadamente (nomenclatura y criterios), de lo contrario es un factor de estigma.

- Tratar la enfermedad mental como incurable (más que como crónica) dando a entender que se puede hacer poco por estas personas.
- Las actitudes de proteccionismo que pueden llegar a suplantar la voluntad del propio paciente.
- El trato excesivamente familiar con el paciente, cercano a la pérdida de respeto.
- Prácticas institucionales estigmatizantes:
 - Un técnico de consejería y algunos responsables de centros de salud mental se plantean la posibilidad de que la misma existencia de instituciones específicas (planes, direcciones generales...) sea ella misma estigmatizante. Para el técnico de consejería esa situación es necesaria hasta que se alcance la equiparación con otras especialidades, mientras que para los responsables de unidad de salud mental, los planes de salud mental deberían integrarse en los de salud general.

Factores de evolución del estigma

- Aspectos que citan con una mayor frecuencia las personas entrevistadas:
 - La inclusión de la asistencia psiquiátrica en la red asistencial.
 - La inclusión de la psiquiatría como una especialidad más.
 - El hecho de que la especialización en psiquiatría se realice, como el resto de especialidades, a través del MIR.
 - La inclusión de rotación en los servicios de salud mental en la formación de los médicos de familia.
 - La ‘popularización’ de la asistencia, ya que acudir al psiquiatra o al psicólogo ha dejado de ser peyorativo.

- De forma menos mayoritaria se alude a la mejora en los tratamientos, en particular a la medicación como un elemento clave en la reducción del estigma.

6. Las situaciones excepcionales: contención mecánica e ingreso involuntario

- Se trata de circunstancias asistenciales que afectan a las personas con un trastorno mental grave y no al resto de pacientes (o sólo a un pequeño grupo).
- Según los entrevistados, el ingreso involuntario y la contención mecánica son prácticas necesarias en algunas ocasiones.
- Respuestas particulares:
 - La mayoría de los informantes cree que las situaciones que pueden requerir este tipo de intervenciones pueden manejarse con suficiente tacto para que no tengan consecuencias estigmatizantes.
 - Según dos de los informantes, es preciso reconocer este hecho como un fracaso del sistema asistencial.
 - En un caso, se minimiza su impacto, al tiempo que se reconoce que es 'desagradable' cuando se ha vivido en primera persona.
 - Aproximadamente la mitad de los informantes alude a que, para que estos episodios no sean traumáticos, dependerá de la actitud de los facultativos.
 - Un informante refiere, aludiendo a estudios no publicados, que el índice de contenciones mecánicas depende del tiempo de permanencia en la unidad del personal de enfermería.

7. La formación

- Cuestión inicialmente planteada a los médicos de atención primaria pero que surgió en casi todas las entrevistas.
- Hay división de opiniones en relación a este tema:
 - Aproximadamente la mitad de entrevistados opina que la formación de los médicos de familia es la adecuada desde que éstos tienen rotación por los servicios de psiquiatría.
 - Para la otra mitad, la situación es distinta ya que se considera que la formación es insuficiente. Similar distribución la encontramos si se toma sólo a los médicos de atención primaria.
 - El déficit formativo que se señala, sobre todo respecto al trastorno mental grave, alude en especial a las habilidades de relación.

8. Posibilidad de protocolos y papel de atención primaria

- La posibilidad de desarrollar protocolos de seguimiento del paciente con trastorno mental grave no tendría, para los entrevistados, una especial utilidad.
- La opinión mayoritaria es que estos pacientes deben ser tratados en las unidades de salud mental.
- El papel de atención primaria, según la mayoría de entrevistados sería:
 - Asumir el tratamiento de los trastornos menos graves (ansiedad, depresión, trastornos adaptativos).
 - Derivar los trastornos graves.
 - Discriminar de manera fidedigna entre ambos tipos de trastorno y derivar sólo los casos necesarios, pero todos los necesarios.

- La mayoría de los directores de los Centros de Atención Primaria entrevistados, creen que sería bueno contar con guías de actuación que establecieran criterios claros de tratamiento de los casos que pueden llevarse en atención primaria y de derivación de aquellos que es preferible que se traten en salud mental, así como del manejo del paciente con trastorno mental grave.

9. Acciones y propuestas sobre el estigma

- No hay acciones específicas en el abordaje del estigma, ni en los centros de atención primaria ni en salud mental.
- Se reconocen algunas prácticas que se llevan a cabo y que pueden contribuir a luchar contra el estigma:
 - La mayoría alude al trato normalizado como un factor decisivo para luchar contra el estigma.
 - Sesiones clínicas con los médicos de atención primaria, práctica que se hace en muy pocos casos.
 - Equipos de salud mental que asesoran y tienen labor de consultoría con los de atención primaria, práctica que se lleva a cabo en algunos equipos.
- Las propuestas que realizan los informantes, de cara a mejorar la situación del estigma son:
 - Establecer protocolos y guías de actuación referidas a:
 - Valoración clínica de los trastornos no graves.
 - Criterios de derivación de los pacientes a las unidades de salud mental.
 - Tratamiento del trastorno mental grave en las unidades de salud mental.

- Cuidados de salud de los pacientes con trastorno mental grave.
- Incrementar la formación relativa a:
 - Diagnóstico precoz.
 - Comunicación.
 - Actualización en tratamientos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos.

V. Conclusiones del Comité de Expertos

El Comité de Expertos estuvo integrado por:

- Eusebio Rasillo (MSC)
- Asensio López Santiago (SEMFYC)
- Rafael Casquero Ruiz (SEMERGEM)
- Mariano Hernández (AEN)
- Juan José López Ibor (WPA)
- Clemente Martínez (AEMIS)
- Víctor Contreras (FEMASAM)
- Maite Marcos (ASAENES)
- M^a Jesús San Pío (FEAFES)
- Rosa Ruiz (FEAFES)
- José M^a Sánchez Monge (FEAFES)

La documentación recopilada, junto con los resultados de las entrevistas realizadas, se sometió al análisis del Comité con el fin de:

- Analizar las actuaciones en la reducción de la estigmatización de las personas con enfermedad mental desde la asistencia sanitaria en los planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas y de protocolos y procedimientos en los Centros Sanitarios.
- Evaluar otras actuaciones desde la asistencia sanitaria en la reducción de la estigmatización.
- Evaluar de forma global en qué grado la atención sanitaria contribuye a eliminar el estigma y fomentar su integración.

5.1. Consideraciones generales

- El Grupo de expertos reconoció esta investigación como una **aportación muy positiva** para la reducción de la estigmatización de las personas con enfermedad mental.
- Se reconoce que **el movimiento asociativo debe liderar la lucha contra la estigmatización de las personas con enfermedad mental**.
- Es necesario:
 - Diferenciar estigma (actitud) de discriminación (se plasma en las leyes, normas, reglamentos, etc.).
 - Creer que el estigma se puede combatir. No valen sólo las declaraciones reiteradas.
- En la lucha contra el estigma hay que tener en cuenta que, más que campañas intensivas, es necesaria una **labor constante de sensibilización** que ayude a crear opinión, tanto en la población en general como en el propio sistema sanitario.

- Es preciso **medir el impacto de todas las actuaciones** que tengan como objetivo reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Los Planes se definieron como necesarios, y se sugiere establecer **alianzas entre las distintas Consejerías** para optimizar los recursos disponibles y garantizar una mejor asistencia a toda la población.
- Los Planes deben contener **bases comunes en todas las comunidades autónomas** para evitar discriminación y un cierto 'estigma institucional'. Se aconseja establecer tasas o estándares para conocer el estado de la salud mental en todo el territorio nacional, esta información permitirá elaborar mapas y establecer líneas de actuación para alcanzar más equidad en los servicios sanitarios en todo el Estado.

5.2. Acuerdos alcanzados

Sobre el Estigma

- La forma más eficaz de luchar contra el estigma es mejorar **la calidad de la atención a las personas con enfermedad mental**. En consonancia con este objetivo se sugiere tener en cuenta, especialmente:
 - La **calidad clínica**, atendiendo entre otros aspectos al derecho a los servicios de urgencia y a un tratamiento integral realizado por un equipo de profesionales.
 - La **calidad en la participación** de las personas con enfermedad mental tanto en el tratamiento, como en la evaluación de los servicios, trato de quejas y reclamaciones, etc.

- La **calidad relacional**, donde se incluirían elementos como el régimen de visitas en los hospitales y las condiciones de hospitalización.
- La **calidad de la información**, que se brinda tanto a nivel general como específico, vinculada a los derechos como ciudadanos de las personas con enfermedad mental, atendiendo en particular el derecho a un empleo digno y la vivienda.
- El **primer estigma** que hay que superar es que “el estigma no tiene solución”.
- **Atender el cuidado de la salud general** de las personas con enfermedad mental.
- **Potenciar la asistencia en atención primaria**, dado que es considerada menos estigmatizante.

Recomendaciones

- Un componente importante del estigma es la ignorancia, el desconocimiento sobre las personas y la enfermedad mental, por tanto, la mejor solución es transmitir **información que mejore el conocimiento sobre la enfermedad mental** y erradique tópicos.
- Ofrecer al personal de las fuerzas de seguridad una formación específica para que sepan cómo actuar frente a personas con enfermedad mental.

Sobre Planes

- Los **Planes deben abordar, de forma explícita, el tema del estigma**, no sólo de forma tangencial.
- Incluir en los Planes la lucha contra la estigmatización de las personas con enfermedad mental, dentro de los aspectos

referidos a **políticas de calidad**, donde figure la erradicación del estigma como objetivo y se establezcan indicadores o tasas que permitan evaluar las acciones, como por ejemplo:

- Tasa de contención mecánica.
 - Tasa de ingreso involuntario.
 - Tasa de alta con informe social y de enfermería.
 - Tasa de acciones de promoción de ocio y tiempo libre.
 - Tasa de profesional por población y CC AA.
 - Nº de equipos de profesionales y composición de los mismos.
- Los Planes deben contemplar:
 - **Explícitamente la erradicación de la hospitalización en hospitales psiquiátricos.**
 - La creación de más **recursos comunitarios de continuidad de cuidados.**
 - La **mejora de las infraestructuras** de los centros de atención a los que acuden personas con enfermedad mental, para conseguir espacios confortables y dignos.
 - Los Planes deben recoger **el carácter multidisciplinar de los equipos de Salud Mental y contemplar la intervención psicosocial** una vez diagnosticada la enfermedad. Dentro de dichos equipos es necesario potenciar la figura del trabajador social y de profesionales con formación social.
 - Los Planes deben continuar incluyendo la lucha contra la estigmatización de las personas con enfermedad mental dentro de las acciones de **sensibilizar y formar**, con el objetivo de trabajar sobre la **creación de opinión**. Se valora positivamente las acciones concretas de formación que colaboren a cambiar actitudes.

Sobre Protocolos

- Promover la elaboración de **protocolos específicos**, realizados por los **propios equipos de profesionales** y que respondan a procesos pedagógicos, de esta forma se salvaguarda la individualidad de la atención sanitaria.
- Establecer **normas cuantificables** que atiendan el estigma de forma específica.
- Proponer la inclusión en los protocolos de variables que evalúen su impacto en la reducción de la estigmatización (similar a como en otras áreas se evalúa el impacto medioambiental).
- Los protocolos deben prever la **evaluación y actualización** de los mismos.
- Acordar protocolos con los profesionales del área social y con las fuerzas de seguridad.
- Definir buenas prácticas con referencia a: urgencia, la atención hospitalaria, régimen de estancias (revisar normativas para conseguir que puedan llevar las personas con enfermedad mental una vida 'normal', evitar restricciones que no sean estrictamente necesarias y, en lo posible, que estén protocolizadas).
- El movimiento asociativo puede aportar la **identificación de las acciones estigmatizantes** que permita elaborar un protocolo para abordar esta temática.
- Dar a conocer **la cartera de servicios existentes** en atención primaria sobre asistencia en Salud Mental impulsando la coordinación con el nivel especializado.
- Existen algunos protocolos médicos y se están elaborando guías de práctica clínica para diferentes trastornos, que son valorados muy positivamente.

- Protocolos que se recomiendan establecer y/o actualizar:
 - Atención en urgencias, tanto en atención primaria como hospitalarias. En este último ámbito debería contemplarse siempre la figura del psiquiatra de guardia.
 - Estancia hospitalaria
 - Cuidados de salud en atención primaria.
 - Atención a trastornos no graves.
 - Ingresos involuntarios.
 - Derivación de atención primaria a especializada.

Sobre las Características de la Enfermedad Mental

La concepción de la enfermedad mental como algo exclusivamente cerebral (por lo tanto, algo inaccesible e incurable) o como algo moral (responsabilidad de la persona con enfermedad mental) **son tópicos que refuerzan la estigmatización.**

Para reducir el estigma es importante **transmitir** que:

- La enfermedad mental es:
 - Una enfermedad **grave en algunos momentos y persistente.**
 - Una enfermedad **tratable**, no incurable.
 - Una enfermedad en la que cabe la **recuperación.**
 - Una enfermedad que cursa con distintos grados de gravedad.
- Los términos que se empleen para definir y calificar la enfermedad mental se aconseja acompañarlos de una breve explicación.
- Insistir en que se **está enfermo**, no se **es enfermo.**

- En cualquier tipo de información sobre la enfermedad mental hay que insistir en la similitud de la enfermedad mental con otras patologías.
- El estigma es uno de los factores que influyen en la **discapacidad** que ocasiona la enfermedad mental.

Sobre el Paciente con Enfermedad Mental

- **El diagnóstico de enfermedad mental no debe ser excluyente del acceso al ejercicio de cualquier derecho.**
- Es necesario potenciar la participación de las personas con enfermedad mental como sujetos que luchan contra la enfermedad y que reclaman sus derechos. Esto requiere:
 - Que en la asistencia **se disponga de tiempo suficiente**, adoptando la escucha y el diálogo como herramientas de trabajo.
 - **Potenciar las habilidades** de los profesionales.
 - Que los profesionales **controlen los síntomas** de la enfermedad con el mínimo control de los pacientes.
 - Incluir la enfermedad mental en los programas de **educación para la salud**.
 - Diferenciar entre **perfil y diagnóstico**, ofreciendo a cada paciente los recursos psicosociales acordes a sus necesidades.
 - Que un paciente puede ser tratado en la atención primaria, sin que sea necesario derivarlo a la atención especializada.

Recomendaciones

- Revisar normativas vigentes que privan a las personas con enfermedad mental de algunos derechos, en función del diagnóstico.

- No generalizar circunstancias individuales a todo el colectivo, ni situaciones temporales a todos los momentos de la vida. Se deben arbitrar instancias de revisión y de restitución de derechos.

Sobre Formación

- Se reconoce el **papel que tiene la rotación técnica** y se apela a que se fomente aún más la formación.
- Se sugiere **capacitar a los psiquiatras en la detección y formas de eliminar el estigma**.
- En atención primaria, el principal obstáculo es la **escasez de tiempo de consulta**.
- Fomentar la presencia, a modo de formación práctica, de personal sanitario de atención primaria en las consultas de salud mental.
- Promover la formación continuada, desarrollando, entre otros, programas de formación en atención primaria referidos a:
 - Detección precoz.
 - Urgencias psiquiátricas.
 - Intervención en urgencias y crisis.
 - Derivación.
 - Participación en el seguimiento de estos pacientes.

VI. A modo de reflexión

El abordaje ante el estigma es complejo ya que las variables que influyen son múltiples y variadas. Es un problema, como hemos visto, fundamentalmente social que tiene importantes y graves repercusiones individuales y personales.

Por ello, la estrategia para su eliminación debe dirigirse hacia la reducción de los múltiples factores que influyen en su perpetuación.

Abordar los procesos que influyen en la visión social negativa e eliminar los factores estructurales que refuerzan dicha situación son elementos clave que necesitan de la intervención de todos los sectores implicados.

Intervenciones que deben ser diferenciadas, sostenibles, planificadas, conjuntas...

Solo así podremos hacer realidad el cumplimiento de derechos como:

- *A la Igualdad y no Discriminación.*
- *A la vida.*

- *Al igual reconocimiento como persona ante la ley y de la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida.*
- *A la libertad y seguridad de la persona, procurando que no se vean privadas de su libertad, ilegal o arbitrariamente; y que la existencia de una discapacidad no justifique, en ningún caso, una privación de la libertad.*
- *A la protección de la integridad personal (física y mental).*
- *A la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad.*
- *A vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.*
- *A la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información.*
- *Al respeto del hogar y de la familia, y a la igualdad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales.*
- *A la educación inclusiva a todos los niveles, así como a la enseñanza a lo largo de la vida.*
- *A gozar del más alto nivel posible de salud.*
- *A la habilitación y rehabilitación para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y a la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.*
- *A tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido, o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.*

- *A un nivel de vida adecuado y a la protección social, para estas personas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida.*
- *A participar en la vida política y pública.*

PRINCIPALES DERECHOS
Convención Internacional sobre los
Derechos de las Personas con Discapacidad
En vigor en España desde mayo 2008

LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Síntesis y Conclusiones



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

www.feafes.com



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO