

**CAIXA D'EINES DE
DRETS PER A
PROFESSIONALS DE
LA SALUT MENTAL**

Autors:

Cristina Pradillo Caimari

Francisco José Eiroá Orosa

Assessorament jurídic

Maria Àngels Porxas Roig

Taula de continguts

1. Objectiu de la guia, procés d'elaboració i persones destinatàries

Aquesta guia pretén ser un instrument de consulta sobre algunes de les eines que teniu els professionals alhora de garantir els drets de les persones amb un diagnòstic de salut mental. En un context democràtic, garantir l'exercici dels drets és essencial ja que les persones amb un diagnòstic de salut mental hem de poder decidir sobre les qüestions col·lectives. Garantint l'exercici dels nostres drets, no sols és una mostra de reconeixement, sinó que també afavoreix la nostra recuperació perquè ens permet participar amb normalitat de la comunitat.

Per a l'elaboració d'aquesta guia, des de la *Federació Veus – Entitats Catalanes de Salut Mental en Primera Persona* – hem realitzat una recerca qualitativa que ha inclòs 11 grups de discussió amb professionals de diferents dispositius d'atenció a la salut mental del nostre territori. Paral·lelament, hem fet una recerca d'instruments que tenen com a fi garantir l'exercici dels drets de les persones ateses en aquests dispositius. Així, el document que teniu a les vostres mans consisteix en un recull breu sobre els resultats de l'anàlisi dels grups i les troballes de la recerca, mostrant la posició de la *Federació* respecte els drets en l'àmbit de la salut mental. El marc legal en el que s'inscriu aquest treball és la "*Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat*", aprovada el 2006 per les Nacions Unides i part de l'ordenament jurídic espanyol des del 2008.

El document s'adreça a tots els professionals interessats en garantir els drets durant la pràctica professional. Així, es senyalen les mancances principals en matèria de drets i es posa a la disposició dels professionals una sèrie de recursos que permeten realitzar una pràctica clínica que respecti i promogui els drets de la persona atesa.

"Perquè al final un ciutadà és algú que pot sumar la seu opinió a les decisions col·lectives, més enllà de les individuals, que també són importants."

1.1. Garantir els drets: el paper professional

Garantir els drets de les persones amb experiència de patiment emocional no és una tasca exclusiva dels professionals de la salut mental, no obstant, el vostre paper és essencial. Els professionals esteu en contacte amb les persones diagnosticades i en molts casos us convertiu en persones molt properes i de confiança per a les persones a qui ateneu. Per tant, des d'un punt de vista ètic i legal no us podeu permetre que dins la pràctica clínica es vulnerin els drets, ja que l'exercici dels mateixos promou la recuperació de les persones diagnosticades.

“Hi ha una part que té a ver amb la societat però que té que veure molt amb els professionals. Hi ha molta part dels professionals que està, que està avançant també, però hi ha molta part que encara no. Llavors jo penso que aquí també s'ha d'incidir molt”

Es ben sabut que tenir un diagnòstic de salut mental comporta un estigma social¹. S'acostuma a entendre que la persona que acudeix als serveis de salut mental presenta algun tipus de mancança que afecta a la seva capacitat de raonament. Sota aquesta creença - socialment estesa - és fàcil que el professional acabi per prendre una posició paternalista, és més, és fàcil que senti que la societat li demanda que assumeixi aquest rol. No obstant, com a professionals heu de poder reflexionar sobre la pròpia posició i entendre el diagnòstic de salut mental en la seva complexitat, és a dir, més enllà de les explicacions que assumeixen la disfuncionalitat de la persona que el pateix.

Així doncs, els professionals us trobeu en una posició complicada, ja que per una banda hi ha una demanda social emmarcada dins una cultura paternalista, i, per altra banda, hi ha la persona diagnosticada amb tota la seva complexitat. Per tant, des de la *Federació Veus* volem remarcar que és essencial que els professionals tingueu present que la manera de col·locar-vos davant de nosaltres és molt important i no és una tasca fàcil.

L'assistència basada en els drets suposa un canvi de paradigma, un canvi en la manera d'entendre a la persona que acudeix als serveis. Sabem que la majoria de professionals actuen guiats per la bona intenció i pel principi de beneficència, no obstant, els canvis de paradigma necessiten canviar les pràctiques. Així el canvi que us proposem no es tracta únicament d'una qüestió d'actitud, sinó d'un canvi real en la manera de tractar i de relacionar-se amb l'altre.

¹ Entenem que l'estigma és l'assumpció de que la persona posseeix algun atribut que la fa inferior o indesitjable.

“Jo crec que quan fem coses que violen els drets és perquè no considerem a l’altre igual no?”

“Jo volia ressaltar del que deies una cosa que em sembla molt important que és l’actitud de com un es posa davant de l’altre. Si l’altre et veu com una persona, tant si té cinc anys com si en té quaranta amb un coeficient intel·lectual molt baix, és l’actitud que es posa sobre l’ànim, la manera d’estar amb l’altre.”

Per a poder realitzar aquest canvi de posició es necessari dotar-se de noves eines. Som conscients de que molts dels dispositius en els que treballem assumeixen i reproduïxen pràctiques que es consideren “terapèutiques” per la cultura en la qual s’inscriuen, però que no ens permeten exercir els nostres drets.

“I aquesta veu, bé, aquesta veu, no? de que queda com una mica, una mica bastant silenciada i aquest estat de benestar que mana d’un estat totalment paternalista de beneficència que... que entén precisament això, no? la filantropia com una manera de crear coses per jo sentir-me bé i així no sento que excloï a l’altre, no?”

Així doncs, els professionals heu de poder conèixer maneres alternatives de tractar les situacions que es donen en l’assistència en salut mental més enllà de les utilitzades en el servei en el que treballem. Això ens permetrà generar alternatives i poder dirigir el model assistencial cap a un model centrat en els drets de les persones que afavoreixi la recuperació de les persones diagnosticades.

“Coneixeu els protocols de voluntats anticipades? - No”

“És un tema que hem preocupat i he vist diferents alternatives, no sols la incapacitació total sinó la tutela, la de la guàrdia de fet o la documentació de les voluntats anticipades mitjançant notari amb alguns actes competents. Malgrat l’existència d’alternatives, a la pràctica nosaltres mateixos ni les coneixem ni les exercim”

“O sigui que no ens tanquem en banda pensant que perquè no compleix el tractament segur que ingressarà i el deixarem, que no hi ha alternatives o que el deixarem de tractar”

Aquesta guia pretén ser una “caixa d’eines”: un recull d’una sèrie d’experiències, protocols i documents que s’han generat en diferents contextos per aconseguir que el tracte en la pràctica clínica es basi en el respecte dels drets humans.

1.2. Una tasca compartida

Malgrat la importància de la posició professional, un canvi de model necessita de tots els agents implicats. En matèria de drets, l'exercici dels mateixos no pot estar lligat exclusivament a la posició del professional.

“Tinc bastant en el cap de que hi ha professionals que treballen molt bé i hi ha professionals que no ho fan tan bé, no? I sempre depèn de la voluntat dels professionals que treballin justament en aquell moment, i un tema de qualitat en salut, o qualitat en qualsevol cosa, però qualitat en relació a altres persones, no hauria de dependre de la voluntat dels altres, que això és molt... bé, això diu molt del sistema que tenim muntat.”

Per això és essencial que els professionals també reivindicueu a l'administració una sèrie de canvis que afavoreixin el tracte amb les persones amb un diagnòstic i amb els propis professionals. Necessitem generar aliances i reclamar a les institucions públiques que ofereixin informació sobre els marcs legals que emparen els nostres drets. Molts professionals esmenteu que al pla oficial hi ha un desconeixement de la *Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat* de les Nacions Unides (CDPD, d'aquí en endavant).

“Oficialment no, no ha arribat res. A mi em sona haver llegit algun, això, “Declaració dels drets de tal”, no? O un centre que està subscript a això, no? Però no sé si és això o és...”

Així doncs, és també una tasca professional reivindicar que els espais en els que es porta a terme la pràctica clínica siguin els adients per afavorir els drets de les persones ateses.

“No tenim prou recursos per poder oferir espais més basats en la paraula, i per tant si un psiquiatra porta quatre-cents pacients, doncs...”

“A vegades si no hi ha personal és la única manera”

“Bé, jo crec que caldria intentar altres coses però segurament, sense recursos, les respostes sempre són més deficientes, no? I també amb això, no? Perquè segurament sovint utilitzem fàrmacs perquè no hi ha... no hi ha recursos que oferir.”

En una línia similar hem pogut detectar que els professionals reivindicueu espais reflexius en els que poder compartir allò que ocorre a la pràctica clínica. Des de la *Federació Veus* recolzem aquestes reivindicacions i us animem a tirar endavant amb elles, ja que la implantació d'un

model basat en els drets de les persones que patim un diagnòstic necessita de la reflexió constant entorn a la posició i l'actuació professional.

“Havia tota una temporada que es van poder fer supervisions dels equips, que és com una eina súper bona per cuidar als professionals, no? i també els professionals poden cuidar i reflexionar una mica, no?”

“En general en salut mental falten com espais d'higiene mental pels professionals, no? Llavors, deixant fóra als pacients, no? Jo crec que els professionals de diferents funcions es puguin asseure una hora i parlar, m'és igual si és un espai més dirigit o menys, però com a mínim a mi m'ajudaria bastant, per a mi mateixa. Que després si no cadascú cerca la seva supervisió o et muntés les teves històries i ja però penso que amb l'equip amb qui treballes aquests espais no estan inclosos i també és una forma de maltractament cap als que treballem en això que no s'inclogui, no?”

2. Testimonis sobre drets

2.1. Rebre un tracte igualitari i no discriminatori (Arts. 3, 5 i 6 CDPD)

Totes les persones tenim dret a rebre un tracte igualitari i no discriminatori incloses les que tenim un diagnòstic de salut mental

Tenir un diagnòstic de salut mental és una font de discriminació. L'entitat *Obertament*² ha realitzat una sèrie d'informes en els s'evidencia el tipus de creences estigmatitzants que operen en el discurs i la pràctica clínica. Per això, és essencial ser conscient de quins prejudicis estan vinculats a les categories psiquiàtriques per poder fer-los explícits i eliminar-nos o reduir l'efecte dels mateixos en la *praxis* professional.

Així doncs, un primer pas per assolir un model centrat en els drets de la persona atesa, és ser conscient de que, tot i ser professionals de la salut mental, no esteu exempts de prejudicis cap a les persones que presentem un diagnòstic en salut mental.

“Jo crec que com a professionals estem condicionats, no? Com a població general també som ciutadans, estem condicionats a lo que és l'estigma social i el pacient, la nostra atenció està condicionada a això. També tenim estigma cap als pacients”.

Com a professionals és important que reflexioneu sobre la pròpia posició professional adonant-vos de quines pràctiques “terapèutiques” acaben per reproduir i mantenir la discriminació sobre les persones diagnosticades. Per això us podeu realitzar una sèrie de preguntes que ens ajudaran a entendre tot allò que comporta l'estigma.

- Què és per a mi un trastorn mental?
- Què implica per a mi no tenir un trastorn mental?
- Com rebria jo un diagnòstic en salut mental?

En la mateixa línia, les persones diagnosticades, com a membres d'aquesta societat, també estem condicionades pels prejudicis socials. Això és el que s'anomena autoestigma. Per aquest motiu, és important que els professionals ens acompanyeu en el procés de desfer les creences socials que hem assumit amb el nostre diagnòstic.

“El tipus de malalties doncs, això l'estigma és un, no és un tema que, que també ha canviat molt però que falta molt treballar-ho”

² Obertament (2016) *L'estigma i la discriminació a la atenció a la salut*. Consultable a: <https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/EstigmaaCatalunya2016-5-Salut.pdf>

“Hi ha un estigma social que és que: si jo dic que soc una persona que tinc una malaltia com és l'esquizofrènia, si no ho dic sembla que no sóc, que no dic tot allò que he de dir per a ser acceptat, no? I millor avançar-me a un rebuig al principi que posterior”

Per altra banda, trobem que la manera de parlar que teniu els professionals és important. Les paraules que dieu importen i condicionen la nostra manera d'entendre'ns.

“Crec que els professionals tendim a fer molts prejudicis cap a les altres persones, inclús la forma en la que parlem”

Així doncs, és important fer l'esforç de no utilitzar expressions essencialitzants que identifiquin a la persona amb el diagnòstic.

“S'etiqueta sense problema, o sigui, lo que suposa una etiqueta en un pacient mental, lo que suposa l'estigma, nosaltres diem “és un esquizofrènic”, ho seguim fent, eh?”

Finalment és important ser conscients de que el model assistencial que impera es troba molt marcat per una cultura paternalista. Això afavoreix que s'estableixi una relació de poder en la que el professional (molts cops sense voler-ho) acaba per ser qui decideix sobre diferents qüestions de la vida de la persona³.

“El model que impera que és proteccionista, que es pensa que aquella persona necessitarà ajuda sempre”

“Es decideixen coses com si es pot treballar o no, saps? O si es pot tenir un habitatge o no, i existeix l'estigma que si ja no et donen el habitatge perquè si ets un malalt mental et costarà llogar-la, aconseguir-la; però és que a més decidim, entre professionals, si pot tenir habitatge, si on viurà, on treballarà si treballa, si ha de relacionar-se o tenir parella, o inclús coses pitjors. Als resultats d'Obertament del 2016 el 20% opina que no han de tenir fills, o sigui decidim sobre aquest tipus de coses, no? A part del tractament, que això ja ets metge i llavors jo crec que allà els drets sí estan clarament...”

Això es pot deure a una por a perdre el rol professional.

“Tal vegada per orgull, per reconeixement personal o per vergonya, a mi em costa. Llavors no és tan fàcil dir que per una part, per utopia així sí; però alhora de la veritat, soc honest amb mi mateix i reconec que em costa, perquè en situacions difícils m'he trobat amb incomoditats”

³ Veure l'apartat “Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament”

No obstant, no podeu perdre de vista que assumir com a pròpies les nostres decisions o imposar-nos el vostre criteri és negar-nos la possibilitat de l'exercici dels nostres drets, és, de certa manera, excloure'ns de la comunitat de la que, de fet, formem part.

“Reconèixer a l'altre és escoltar l'opinió, escoltar l'opinió i integrar l'opinió de l'altre. I clar, però podria escoltar també activament a l'altre? I això, jo crec que no ho fem gaire quan davant hi ha una persona que té un problema de salut mental”

2.1.1. Altres discriminacions

La discriminació no es dona únicament pel fet de tenir un diagnòstic de trastorn mental, hi ha altres característiques que afavoreixen que apareguin prejudicis sobre la persona: el gènere, la nacionalitat, l'estatus econòmic... Per tal d'intentar minimitzar aquests prejudicis socialment forjats s'ha de ser conscient dels mateixos i escoltar a la persona i no al prejudici. A més a més, els professionals sabeu que aquestes característiques que ens diferencien condicionen també l'accés a uns recursos o a uns altres.

“Hem de tenir present una cosa que va condicionant molt a part de l'estigma de la salut mental: els recursos de les persones que s'atenen. En el servei públic la mitjana de les persones més vulnerables, les persones que tenen més recursos van a altres alternatives i allà l'atenció, tal vegada, pot variar, en el sentit de que es pot tenir més pressent a la persona. Per exemple si en un ingrés públic una persona té... jo és que les persones que veig més vulnerables, on es vulneren més coses, casualment sempre són les persones, al menys des de la meva experiència, les persones que tenen menys recursos i a nivell no sols econòmic, sinó familiar”

Un altre aspecte important és el tema del gènere. Les dones amb un diagnòstic de salut mental, som menys considerades pel que fa a les opcions d'ocupació i tenim menys eines per ocupar un paper actiu que ens permeti prendre el control de les nostres vides. Això es deu a l'educació rebuda i a l'assumpció dels patrons de gènere dominants en la nostra cultura. Per tant, és important que la pràctica clínica sigui sensible a les perspectives de gènere. També ens trobem que hi ha una manca de recursos de suport per a ser mares.

“Respecte a les dones que tenen algun problema de salut mental important, tot el tema de presa de decisions respecte a la seva salut sexual i reproductiva, la maternitat... Allà hi ha un tema a millorar, no? Bé, crec que encara això està començant, no? Perquè són temes delicats i amb assumptes ètics a vegades, no? Però sí que és cert que moltes vegades decidim per la persona, o no li donem la informació”

Hi ha algunes guies en les que es dóna informació sobre com aplicar la perspectiva de gènere a la pràctica clínica, que us poden servir com a eines per a guiar la vostra pràctica professional:

- *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Consultable a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
- *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en Fedefes*. Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudio-mujer-discriminacion-FEDEAFES.pdf>

2.1.2. Els mitjans de comunicació i l'estigma

Els mitjans de comunicació emeten missatges sobre la salut mental carregats de prejudicis. Aquests creen opinió pública i generen representacions socials sobre allò del que parlen. Per tant, és molt important denunciar els missatges discriminants que s'emeten. A la web d'Obertament⁴ es poden denunciar aquells missatges que tenen un contingut estigmatitzant cap a la salut mental.

A més, el diagnòstic de trastorn mental sol utilitzar-se per explicar les conductes socialment indesitjades. Això provoca que els membres de la societat evitin cercar explicacions complexes que comprometen als mecanismes socials que afavoreixen aquestes conductes, i, alhora, genera prejudicis i discriminació cap a les persones diagnosticades. Així doncs, ens trobem que la utilització del diagnòstic de salut mental com a explicació davant d'una conducta indesitjada té una funció social de protecció de la societat, alhora que legitima que es despleguin mecanismes de control sobre les persones que patim. Per tant, ens trobem davant una qüestió de justícia social que necessita ser denunciada.

“D’acord sí, aquest va fer això i tenia un trastorn mental però hi va haver molts altres a qui els hi va passar el mateix i no el tenien, no? I llavors quan hi ha un trastorn mental doncs s’haurà de mirar que no tinguin un trastorn mental els pilots, els no-sé-que, els no. Hi ha més gent que va tenir un accident i no tenien trastorn.”

⁴ <https://obertament.org/ca/alerta-estigma>

2.2. Rebre informació comprensible (Arts. 9 i 21 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a rebre informació suficient i comprensible

Les persones diagnosticades no sempre rebem tota la informació sobre el nostre diagnòstic. Sabem que en molts casos això es deu a la falta de temps durant les visites. No obstant, els professionals heu de tenir en compte que el model assistencial imperant assumeix que la persona diagnosticada és un agent passiu, i, per tant, a vegades se us oblidava donar-nos les eines perquè ens transformem en subjectes actius del nostre procés de recuperació.

“Venim d’una cultura que, bé, on no s’ha preguntat, on l’alumne, el pacient, no té una part molt activa en el desenvolupament del seu currículum, en el desenvolupament de la seva formació i ja no es pregunta al metge, moltes vegades quins tractaments existeixen, quines alternatives hi ha, i a un alumne de batxillerat tampoc, no sé. Venim d’una cultura que no pregunta molt i que deixa la responsabilitat de l’actuació en mans del professional encarregat: professor, metge, treballador social”

Donar informació suposa un esforç i un canvi de mentalitat en el propi professional. A més, els professionals manifesteu tenir por de les decisions que puguem prendre si tenim certa informació.

“I com a vegades el professional pot qüestionar, no? De dir, cal que aquesta persona sàpiga tot això, per molts traumes que podem arribar a tenir perquè ens assembla que hem de poder arribar a controlar tota la vida de la persona, no només el tractament, sinó que a vegades una mica ens en fa por arriscar depenent de quines decisions pugui prendre la persona, no?”

Heu de recordar que la informació sobre la nostra salut, tant pel que fa al diagnòstic, al tractament, als efectes secundaris del tractament, així com a les alternatives al tractament, és un dret de la persona. No poden ser les pors del professional les que invalidin l’exercici dels nostres drets. La informació ens ajuda a poder-nos fer càrrec d’allò que ens ocorre i així poder decidir com viure-ho. A més a més, el fet que com a professionals compartiu la informació amb nosaltres ens ajuda a confiar i ens dona eines per entendre’ns.

2.2.1. Sobre què s'ha de donar informació?

1.1.1.1. Significat del nostre diagnòstic, les possibles causes i les nostres possibilitats de recuperació

En els centres de salut mental es dona poca informació sobre d'on venen i què volen dir exactament les categories que apareixen al diagnòstic.

Això provoca que la persona assumeixi totes les creences socials i culturals que s'associen a la categoria, afavorint així l'aparició de l'autoestigma. Per evitar que això passi és necessari posar sobre la taula què vol dir exactament el diagnòstic així com les incerteses que aquest comporta. Les explicacions basades exclusivament en factors biològics moltes vegades són mal enteses com a "cròniques" i per tant "de per vida", dificultant la nostra recuperació i la possibilitat de donar significat al nostre patiment. Els professionals sabem que els determinants socials es relacionen fortament amb el decurs del trastorn. Fer aquesta informació explícita ens ajuda a des-essencialitzar la categoria diagnòstica.

"Perquè és veritat que les desigualtats socials ... M'agradaria que no fossin tan determinants, no?"

"Jo he estat en dos llocs diferents de Barcelona i la diferència social implica moltíssim: en el suport de la família, el tema del CSMA que mai van i a qui suporta... Jo crec que la xarxa aquí [zona més benestant] s'utilitza millor, allà s'abandona no hi ha seguiment. No hi ha seguiment. I això per a mi influeix moltíssim en les recaigudes, en l'abandonament del tractament, en la mera consciència d'infermetat, i és un bucle que es mossega la cua. Llavors cada vegada l'ingrés és pitjor i arriba un moment que és un trastorn sever. Perdó, que han d'acabar ingressats de per vida"

Per altra banda, quan els professionals considereu que l'usuari "no sap que està malalt", és a dir, que no té "consciència de malaltia" no sols assumiu que el problema està dins l'usuari, sinó que no és té en compte les dificultats que comporta acceptar el diagnòstic degut a les connotacions que se li associen. Per tant, pensem que la vostra tasca és la de fer-nos costat i oferir-nos recursos explicatius amb els que puguem significar el nostre patiment. No podeu oblidar tampoc que les persones tenim dret a no acceptar el diagnòstic i a posar-hi objeccions. Els professionals heu de poder reflexionar sobre les implicacions que té el diagnòstic a les nostres vides. Així doncs, heu de poder oferir-nos informació comprensible que ens permeti relacionar-nos amb el nostre patiment de la manera que nosaltres decidim. Les persones

diagnosticades agraiïm que se'ns doni aquesta informació ja que és una mostra de confiança i de reconeixement per part del professional.

“Moltes vegades el pacient és que no entén ni perquè està allà, perquè segons ell no està malalt”

A més a més, el diagnòstic no és una sentència. Si els professionals reconeixen obertament que el diagnòstic de trastorn mental no té perquè seguir un camí predeterminat, permeteu que les persones diagnosticades puguem iniciar camins singulars cap a la nostra recuperació.

“ També és veritat que hi ha coses que no sabem.”

1.1.1.2. Alternatives de tractament existents, efectes i recursos de suport comunitaris

També és important donar-nos informació sobre els riscos que assumim acceptant o no certs tractaments i dels recursos que podem utilitzar en cas de voler rebutjar un tractament.

“Ser conscient del risc que comporta i saber què fer si alguna cosa passa, jo crec que això forma part de la responsabilització i de la informació a la persona, no?”

Per aquest motiu és important que ens faciliteu informació sobre els efectes secundaris que pot provocar la medicació ja que ens permetrà anticipar les reaccions del nostre cos i minimitzar-ne els efectes. Això millorarà la nostra acceptació del tractament.

“També és el dret de tenir la informació, informació fidedigna, no? De el tractament, doncs quins són els efectes positius i quins poden ser els efectes secundaris sobre la salut física, no? Tot el tema de l'augment de pes, l'augment de l'angoixa o de les problemàtiques en les dentadures, no?”

“Però jo parlava en referència als efectes secundaris que deies, el fet de que els hi donis una medicació que atenua els símptomes que són, que desestabilitzen a la persona, doncs jo crec que si expliques les conseqüències, els efectes adversos, l'adherència al tractament és millor”

Sabem que molts professionals teniu por de donar certes informacions ja que penseu que poden provocar que ens neguem a tractar-nos. No obstant heu de tenir en compte que els primers interessats en trobar-nos bé som nosaltres i que la informació sols ens servirà per a valorar els pros i els contres.

“El tema de la informació per exemple, bé, entren temes que nosaltres fem servir, i que tenim riscos no? Perquè ara, imagino que no tothom, però sí que hi ha com, s'ha

integrat que s'ha de dir informació, consentiments informats, no? Abans això no es feia. A la gent li posaves el liti, "Ala, tómate el liti" i no li explicaves de què anava el liti. Són tractaments que, a veure, són eficaços però la persona ha d'estar informada dels riscos que comporta i acceptar-los, i sinó, doncs no els hi pots donar i punt. I ara sí que ho fem sistemàticament, informem a la persona del que li posarem. També expliquem els avantatges que té, que són molts, no? Però a vegades això, perquè costa una mica més al principi que la persona pugui acceptar el tractament però bé, és que és el seu dret, i punt".

A més a més, els professionals ens heu de poder facilitar les alternatives de tractament no farmacològiques. Sabem que també existeixen teràpies psicològiques que ens poden funcionar o recursos comunitaris que poden cobrir les nostres demandes.

Tampoc podeu oblidar que és un dret decidir no prendre cap tractament o canviar-lo. Si les persones us demanem que ens acompanyeu en aquestes decisions teniu a continuació una sèrie de recursos que us poden facilitar la tasca:

- *Instrument d'ajuda a la presa de decisions en salut mental: Option Grid (anglès).*
Consultable a: <http://optiongrid.org/>
- *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una guía basada en la reducción de daños.* Consultable a:
<http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiaticas2EdParalmprimir.pdf>

1.1.1.3. Ingressos involuntaris

Els ingressos involuntaris són una de les pràctiques clíniques que porta més controvèrsia. Els professionals parlem de la demanda social que reclama l'exercici de mesures coercitives cap a les persones diagnosticades.

"Perquè la demanda social és que la persona amb trastorn mental greu sigui tractada, tot i no voler-ho, sigui ingressada, tot i no voler-ho; o sigui, la demanda social, lo que ens demanen les famílies, la societat en general, són les intervencions involuntàries. Si tu vols, en contra de l'autonomia quan el pacient té un trastorn mental".

No obstant, també sabeu que per a la persona pot ser una experiència molt traumàtica, especialment quan s'apliquen mesures de contenció, aïllament o medicació forçosa sense

explicació prèvia. Això pot afavorir a que responguem de forma agressiva produint que aquesta resposta s'acabi entenent com "irracional" o com un símptoma més del "trastorn".

"Evidentment que en situacions d'ingrés, si és un ingrés involuntari, això pot afavorir respostes d'agressió, doncs va, depèn de com es faci, no? Si es fan més ingressos i més contenció mecànica és perquè hi ha menys personal? Pot ser una resposta, o pot ser també per cultura, eh? També."

Per tant, heu de tenir en compte la influència de l'ambient com a modulador de la nostra (i de la vostra) conducta. Pensem que és important no oblidar que, tot i que l'ambient condicioni a pensar que la pràctica ha de ser "contenidora", heu de recordar que la persona continua estant allà i que necessita que li donem informació sobre allò que li ocorrerà per tal de que pugui respondre segons la seva voluntat. A més a més, escoltar les preferències de tracte us ajudarà a reduir la necessitat de posar en pràctica mesures extremes millorant així la qualitat de l'atenció.

"Si estic molt aguda, i, ostres, no sé, estic a una unitat d'aguts, que ja per començar està tot tancat amb clau, o sigui, l'entorn és ja contenidor, doncs és normal que la persona que se'm planti davant el primer dia sigui un poc contenidora perquè com em vengui algú que em doni mil opcions, a lo millor també em costa més, llavors potser si m'han de preguntar com m'agradaria que em tractessin, que m'ho preguntin en un moment d'estabilitat no quan estigui en aguts i acabi d'ingressar passant per urgències, no sé, em sembla que, treballem a un lloc de contenció màxima, no?"

1.1.1.4. Els nostres drets

Els professionals heu de tenir en compte que les persones amb un diagnòstic podem haver estat sotmeses a diferents situacions de discriminació i haver interioritzat així l'estigma social. Això comporta que haguem pogut assumir i naturalitzar la manca de drets. Per tant, és necessari que ens recordeu que tenim drets i ens animeu a exercir-los.

"Jo crec que s'ha avançat un munt però que et poses en el dia a dia que la gent amb qui treballes no és conscient de que té drets, no? Llavors és que qualsevol "pregunta tonta" sobre una decisió de la seva vida et diuen "Tu com ho veus?" o "Parlaré amb ma mare a veure que pensa ella" o "parlaré amb la meva psiquiatra a veure que pensa ella" o... "No, no, però tu què és el que vols?" Jo crec que hem de treballar moltíssim aquest tema, no?"

“Jo crec que a vegades és més el problema de que la persona té una història al darrera que l’ha portada a creure’s que no té drets, no? O que no té tots els drets que tenim els demés. Així, jo he hagut de treballar molts cops en aquest sentit, per a que la gent entengui que té drets i que són els mateixos que els de qualsevol”

“El dret a poder participar i el dret a poder decidir i que en tot cas nosaltres els hem de, de poder facilitar.”

Alguns dels recursos que ens podeu oferir per tal de que coneguem i exercim els nostres drets són els següents:

- *Guia de drets en salut mental.* Consultable a: <http://veus.cat/wp-content/uploads/2017/02/Descarregar-guia-catala.pdf>
- *Empoderamiento y defensa de derechos: Guía para la autodefensa de los derechos de las personas con discapacidad.* Consultable a: http://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Folleto_Empoderamiento_y_Defensa_de_Derechos_Humanos.pdf
- *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales en España.* Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2016.pdf>
- *Derechos humanos y salud mental en Andalucía.* Consultable a: http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod_label/intro/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf
- *Bill of rights for persons with mental illness (Anglès).* Consultable a: http://www.wpanet.org/WMMD16/BillofRights_MentalIllness_FINAL.pdf

2.3. Expressar-nos lliurement (Art. 21 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a expressar-nos lliurement en tots els àmbits de la nostra vida.

En la pràctica clínica les persones amb un diagnòstic no sempre ens sentim còmodes expressant la nostra opinió. Molts cops tenim por a que els professionals interpreteu les nostres queixes o el nostre desacord com un símptoma del nostre diagnòstic. Els professionals

sabeu que aquesta por no és infundada ja que coneixeu casos en els que les persones hem acabat ingressades o incapacitades per expressar desacord.

“- Demana canviar de psiquiatra i segurament et diran que les coses no van bé.

- Clar. Hi ha por també, sí, sí.

-Vull dir, que en aquell sentit tampoc tens a lo millor un dret a igualtat que en altres situacions. Allà hi ha un prejudici”

“El tema de que el que digui a la visita, en aquest cas la visita era amb el psiquiatra, i tenia por de dir certes coses. I jo li dic “tu has de dir tal” i em diu “no, no sé si dir-li tant, perquè si li dic, em dirà que estic fatal i em pujarà la medicació”. I llavors curiosament quan li va dir, és casualitat, tampoc entraré en temes, però, després el professional em diu “ui, està un poc malament, li he pujat la medicació””.

A les persones diagnosticades també ens costa expressar el desig d'un canvi o un abandonament del tractament. Per això, els professionals heu de poder generar un clima en el que puguem sentir-nos còmodes per expressar les nostres preferències.

“No és fàcil que el pacient es senti còmode per poder parlar del seu tractament, poder elegir, poder decidir no prendre'l. Això és una cosa que ens costa molt d'acceptar, no? Que la gent a vegades no es vol prendre el tractament i està en el seu dret de no fer-ho”

“Un pacient té el dret i fins i tot és necessari que pugui expressar-se, que pugui... Que es pugui ser escoltat també amb lo que es considera un símptoma, eh? Un deliri o les seves al·lucinacions... Tot i que això és la nostra intenció, en alguns casos no és possible.”

El dret a l'expressió lliure és fonamental ja que és el que permet que les persones puguem denunciar les pràctiques i les situacions en les que se'ns discrimina. Així doncs, com a professionals heu d'intentar garantir aquest dret alliberant-vos de la mirada que busca el símptoma i generant les condicions perquè ens sentim còmodes d'expressar-nos.

Al següent enllaç hi trobareu una guia en la que es tracta el tema de la importància de poder compartir la problemàtica així com una sèrie de consells per a generar espais en els que això es doni: <http://www.infocop.es/pdf/saldremos-de-esta.pdf>

2.3.1. El paternalisme en la pràctica clínica

Com bé sabeu el model d'assistència a la salut mental es troba fortament influït per les dinàmiques paternalistes on l'última paraula la té el professional.

“El sistema entès com que cada vegada més hem passat d'un model molt paternalista quasi sense cap tipus de dret per a les persones que patien algun problema mental a passar a un model més social on la persona té dret a poder opinar, a poder tenir els seus drets i a començar a reclamar-los”

Això provoca que en la pràctica clínica encara incomodi a alguns professionals que les persones preguntem o vulguem més informació. Les persones amb un diagnòstic de salut mental molts cops ens trobem en moments complicats i agraïm molt que els professionals ens permeteu fer preguntes sobre tot allò que ens preocupa.

“I si ets dels que a lo millor et queixes o pregunten doncs ja t'etiqueten “Mira ja està la pesada aquesta que deu ser...””

El fet de que el professionals ens tracteu des de l'horitzontalitat habilitant-nos un espai on decidir com volem ser tractats o què volem fer amb la nostra vida ens ajuda molt. Això fa que ens sentim reconeguts i que sentim que podem expressar les nostres queixes i que aquestes siguin escoltades.

Per tant us demanem que eviteu pensar que la persona no hi és, perquè inclús en els moments més durs, la persona continua estant allà i la seva expressió ha de ser escoltada.

“Un agut és molt diferent perquè el pacient està a un nivell que, que no et queda una altra opció, que molts cops a contra corrent, i que després al final quan el pacient està més estable sí que ho acaba veient i remant al teu favor”.

2.3.2. Avaluació de la praxis professional

Alguns professionals remarqueu la necessitat de que la persona atesa disposi d'instruments per avaluar la praxis professionals.

“O sigui, darrere d'un professional ha d'haver unes actituds no? Lo de valorar al final amb uns indicadors d'avaluació, doncs seria genial.”

Al següent enllaç hi trobareu un document on s'explica com facilitar que la persona atesa pugui fer una queixa:

- *Making Complaints A guide for mental health service users (Anglès)*. Consultable a: https://www.hrc.co.nz/files/4814/2396/8217/15-Dec-2010_11-52-40_MakingComplaints.pdf

2.3.3. Grups d' Ajuda Mutua (GAM)

Els grups d'ajuda mútua estan formats exclusivament per persones que comparteixen alguna cosa, en aquest cas, compartim el diagnòstic de salut mental. No obstant, tant l'heterogeneïtat dels participants com el nivell d'autoorganització varien d'un grup a un altre. En qualsevol cas, el fi últim d'aquest model és que les persones puguem compartir lliurement les nostres experiències i aprendre de les dels nostres companys.

Així doncs, la tasca dels professionals és la de possibilitar les condicions per a que les persones puguem gaudir d'aquest espai. Com a recursos teniu la següent guia:

- *Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. Consultable a: <http://www.activament.org/wp-content/uploads/2014/04/Gu%C3%ADa-Grupos-Ayuda-Mutua.pdf>

2.4. Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament (Art. 3, 5, 12, 14, 19, 23, 25 i 26 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a decidir lliurement en tots els àmbits de la nostra vida

“Jo crec que el dret humà que menys es protegeix o que no es compleix és el dret a decidir. Crec que els professionals encara decidim per ells en un despatx, amb la bata blanca, asseguts en un despatx informem de la decisió. Però no, no contem amb ell directament”

Malgrat que, per sort, l'administració de medicació sense cap tipus de consentiment és una pràctica gairebé extinta, les persones amb un diagnòstic no sempre decidim sobre la nostra vida i el nostre tractament.

“Ara ningú pensaria que això es podria fer i fa uns anys, bé, aquesta pràctica de donar medicació sense el consentiment del pacient, o dient que eren vitamines es feia amb moltes coses.”

Els motius que esmenteu els professionals pels quals es vulnera el dret a decidir van des de la por a les nostres decisions fins als prejudicis derivats de l'estigma social, passant per la influència del paternalisme.

“A vegades els professionals a la nostra pràctica diària tenim dubtes i tenim por, no?”

“Llavors la capacitat és la que a vegades se'ns queda allà, com si la hagués perdut en tot des del principi i ja no l'hagués tornat a assumir, no?”

“Jo crec que es tendeix al model anterior, que era ell del paternalisme, no? El decidir per sobre perquè ja suposes a la persona poc competent...”

A més, heu de tenir en compte que les persones diagnosticades podem haver acabat per acceptar la vulneració d'aquest dret. Per tant, us demanem que, des de la vostra posició, ens recordeu que tenim aquest dret i ens faciliteu l'exercici del mateix.

“En el meu servei tenim una situació privilegiada de pocs usuaris, de plantejament molt molt personalitzat i molt d'acord amb els objectius de la persona a qui atenem, i topem amb la realitat de que culturalment són preguntes que abans no es feien i que a les persones que atenem els hi costa moltíssim contestar”

No respectar el dret a decidir suposa reproduir i reforçar la idea de que pel fet de tenir un diagnòstic som incapaços de portar les nostres vides impossibilitant així la nostra autonomia.

“El tema de la autonomia, que està matxacada pel fet de decidir per l'altre”

Som conscients que, en molts casos, els professionals que intenteu respectar aquest dret heu de realitzar un esforç personal i enfrontar-vos a certes concepcions de la posició professional, estant molt subjectes a crítiques.

“Si decideixes que no, en contra del sistema, ja ets un activista, un antipsiquiatra. I a nivell professional igual, els professionals que pensem així són barreres contínuament...”

Des de la *Federació Veus* us demanem que no desistiu alhora d'intentar garantir aquest dret ja que és essencial per al nostre procés de recuperació.

Des de la *Federació Veus* volem promoure un model basat en la recuperació. Aquesta s'entén com un procés personal i idiosincràtic en el que la persona és la protagonista. Dins aquest model, el paper del professional és el de facilitar les condicions i acompanyar a la persona amb

les seves decisions, tenint present que la persona prendrà el camí que cregui convenient i no necessàriament el desitjat pel professional.

“Jo crec que hi ha que basar-se en un model de recuperació on hi ha que comptar amb l’opinió del pacient sobre tot.”

“És un tema que, ostres, a mi em va... a passar al final, a escoltar a l’altre, i integrar l’opinió de l’altre vol dir acceptar que l’altre també es pot equivocar, és la seva decisió al final, no és la teva. No t’equivoques tu, s’equivoca ell. Tu pots aconsellar-lo igual que aconsellaries a un familiar, a un amic teu, o algú que, però al final és la seva elecció, no?”

2.4.1. Tractament farmacològic i alternatives

Respecte el tema del tractament trobem que molts professionals presenten reticències quan les persones diagnosticades opinem sobre el tractament. Heu de tenir en compte que nosaltres no hem tingut accés a molta de la informació amb la que vosaltres sí compteu. Per això és important que la compartiu. Però també és cert que qui s’ha de prendre el tractament som nosaltres i que la medicació molts cops té efectes que ens dificulten que continuem amb ella. Per tant, us demanem que tingueu en compte les nostres preferències en el tractament ja que si arribem a un acord es fa més fàcil tot.

“L’usuari et diu que quan surti no... “ni m’ho prendré ni...” però tot i això, és com aquesta desconexió de “mentre estiguis aquí això”, no? I després surten i t’adones que fan el que et van dir, no? No es prenen la medicació i penses que a lo millor és una cosa que es podria treballar. A vegades no es té molt en compte que després la persona seguirà amb la seva vida i que realment hi ha que tenir en compte les seves decisions inclús dins l’hospital”

S’ha demostrat que quan s’acorda el tractament i les persones decidim sobre el mateix (independentment de quina sigui aquesta decisió) millora tant l’adherència al mateix com la satisfacció personal. Així doncs, com a professionals compromesos amb l’exercici dels drets ens heu de poder facilitar la informació sobre els diferents tractaments perquè les persones siguem competents per a decidir⁵.

⁵ Veure: “Rebre informació comprensible: Alternatives de tractament existents, efectes i recursos de suport comunitaris”

“Entendre què suposa i prendre decisions no? En conseqüència d’això. És una miqueta el que la persona es pugui fer càrrec del que li passa i prengui decisions però conscientment del que comporten”

És important recordar que...

- Quan es parla de tractaments i d’oferir alternatives no es parla únicament de tractament farmacològic.

“El pacient té dret a escollir el tractament? O hi ha possibilitat d’escollir un tractament o sovint només hi ha la possibilitat d’un tractament farmacològic amb els trastorns mentals severos? Cosa que, us hi dic que nosaltres intentem que sí, que es pugui escollir un tractament i que hi hagi possibilitat de fer abordatges més psicoterapèutics en els quals al parlar del que li passa a la persona afectada, eh... té molt de pes diria”

- Les persones tenim dret a decidir que no volem cap tipus de tractament, i els professionals heu de poder acceptar aquesta decisió i generar les condicions perquè puguem comptar amb vosaltres en el futur si així ho desitgem.

“Doncs una alternativa seria viure amb aquelles veus, conviure amb les veus. I això no es tracta a cap lloc. I el dret a no rebre tractament també és un dret”

“Clar podem donar la informació de les eines i llavors acompanyar amb la decisió que prengui la persona, no? Una mica, jo crec que aquí està molt bé si es pot fer això i la persona pot decidir per ella mateixa, però sap que tu hi ets, que si la decisió s’acaba de, de si la decisió estava pues una mica que et tingui en compte no? que pugui tornar”.

2.4.2. El Pla de voluntats anticipades (PDA) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA)

Els problemes de salut mental poden presentar moments en els que les persones no podem decidir. Tot i que aquests són puntuals, els plans de voluntats anticipades poden ser una eina molt útil perquè es respectin les nostres preferències de cura i tractament en un moment en que podem tenir més dificultats per a decidir-les o per a expressar-les. A més a més, el fet d’anticipar com se’ns tractarà ens ajuda a rebre millor l’ajuda professional quan no estem bé.

“Quan la persona és competent preguntar-li si algun dia necessita això, ho vol o no”

“Hi ha tot el tema de les voluntats anticipades, eh? Que és un tema que de moment no s’està posant en pràctica però suposo que anirà... I això, aquí és important que una

cosa són els drets que un tingui i com vull ser tractat. A veure, jo penso que un pacient pot dir, “mira, no em donis Risperdal que em “senta malament”, si em poso malament, una altre cosa”, eh? alternatives. O sigui, que les voluntats anticipades han de ser basades en els drets dels pacients, però també en els deures. Vull dir, un no pot, exacta, dir que “si em poso malament, deixeu-me tranquil i que vagi campant pel carrer” no? “i faci el que faci...”

Hi ha dues eines que podem utilitzar amb aquesta finalitat: La Planificació de Decisions Anticipades (PDA) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA). El primer és una eina d'atenció sanitària que s'inicia i es prepara a través d'un procés de deliberació entre el professional, el pacient i, inclús, si aquest ho vol, la seva família i altres persones properes, per a planificar el futur procés d'atenció durant una crisi o en moments en que el pacient no podrà decidir per ell mateix. El PDA, a diferència del DVA, no té efectes legals vinculants, però sí és èticament vinculant, a part de ser una eina de treball per reforçar la relació terapèutica. En canvi, el DVA és un instrument legal, amb efectes vinculants pel professional, en el que el pacient, de forma unilateral o, preferiblement, després de deliberar-ho amb el professional de referència, determina com voldria ser tractat davant de futures situacions en les que no podrà decidir. No es tracta d'una llista de desitjos, sinó d'una exposició de les preferències de tracte i tractament; per exemple, de quin tipus de medicació preferim rebre, de quin tipus d'atenció o quin professional preferim que ens atengui. Ambdós documents permeten que triem un representant perquè prengui les decisions sobre la nostra salut quan nosaltres no ho puguem fer. El DVA no té recorregut encara en l'àmbit de la salut mental i hi ha certs aspectes legals que encara s'han de treballar.

“O sigui són tres persones que s'han de posar d'acord per a quan la persona no sigui competent, en un moment de la seva vida, no per sempre. Doncs el responsable, jo crec que seria el psiquiatra, el metge. El referent podríem ser la figura dels gestors de casos. I el representant hauria de ser una persona propera, l'entorn familiar o una amistat, algú que parli per la persona quan ella no hi sigui. Jo crec que treballant amb coses així i eines com les PDA, ben escrits en la història clínica i que quedin reflectits.”.

Per a tenir més informació i alguns exemples de documents per a realitzar un pla de decisions anticipades en salut mental es pot consultar:

- *Planificació anticipada de decisions en salut mental guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los Servicios de salud mental.* Consultable a:

http://www.1decada4.es/pluginfile.php/550/mod_label/intro/DEFINITIVA_GUIA_PAD_SM%2011_11_15.pdf

- *Guia per a l'aplicació pràctica de la planificació de decisions anticipades.* Consultable a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/guia_pda_definitivav11.pdf

2.4.3. Vida personal: oci, treball, reproducció i habitatge

Tant el model paternalista com l'estigma social associat al diagnòstic porten a que els professionals de la salut mental prengueu moltes decisions sobre la manera de viure que tenim les persones diagnosticades.

Sabem que la majoria de decisions es prenen amb bona voluntat i amb la intenció de facilitar-nos la vida, no obstant, es prenen suposant-nos incapaços de portar les nostres vides. Per tant, les podem interpretar com una humiliació i una vulneració dels nostres drets. Per això us demanem que com a professionals eviteu prendre decisions sobre les nostres vides ja que ens infantilitzen i dificulten que ens fem càrrec de la nostra vida. És important notar, que a més, el fet de que es prenguin "en nom del nostre bé" dificulta la nostra expressió de desacord i ens aboca a acceptar limitacions en l'exercici dels nostres drets. Per tot això és essencial que els professionals ens acompanyeu en les nostres decisions i accepteu i confieu en la nostra agència alhora de decidir com volem viure. Heu de tenir present que la vostra tasca professional no passa per controlar tots els aspectes de la nostra vida.

"- Podem acceptar que, com professionals, anem de la mà d'altres persones que podem considerar que no són?"

- Que pot ser hi ha algú que vol viure al carrer

- Exacte

- Vull dir, i vol viure al carrer, i punto."

"La decisió tot i que no sigui... que el meu criteri personal digui "quina xorrada això que diu", però si la persona ho expressa, és la seva voluntat i hi ha que respectar-ho"

2.4.4. El problema de la capacitat i la incapacitació

“Crec que tenim una tendència com a societat i com a professionals a tutelar, a protegir. Protegir perquè hi ha, bé, perquè... hi ha unes habilitats, hi ha drets que com... parlem que estan vulnerats”.

Les persones amb un diagnòstic de salut mental en cap cas perdem totes les nostres capacitats de forma permanent. Inclús en els casos considerats com a greus, les persones mantenim la capacitat de decidir sobre aspectes rellevants de la nostra vida si se'ns dóna prou informació.

“Que una persona decideix si no vol una visita i hem de valorar si la persona és una decisió pròpia i competent o una decisió en el moment perquè està mal, però hem de recordar-li que en algun moment té la capacitat per poder dir no”.

Per tant, la capacitat de prendre decisions es troba estretament relacionada amb la informació de la que disposem. Els professionals heu d'oferir-nos informació de qualitat per tal de fer-nos competents en les nostres decisions.⁶

“O sigui jo ara mateix no soc competent per segons quines decisions perquè no tinc la informació suficient o no la puc valorar”

Inclús en les situacions més extremes⁷, si es es posen a la nostra disposició suports flexibles i adequats, les persones som capaces de decidir. Així doncs, és una tasca professional el garantir que es donin les condicions perquè les persones puguem desenvolupar les nostres potencialitats.

La incapacitació judicial absoluta (coneguda ara com modificació de la capacitat d'obrar) suposa que les persones quedem privades de l'exercici dels nostres drets; és a dir, se'ns nega qualsevol tipus de participació directa en la ciutadania. Aquesta mesura és contrària als postulats de la *Convenció dels Drets de les Persones amb Discapacitat*. No obstant, en nom de la seguretat i la protecció és una mesura àmpliament utilitzada en el nostre context, i generalment, socialment acceptada.

“La incapacitació total és un tema que a nivell jurídic no hauria d'existir, és una incongruència amb la “Convenció dels Drets Humans”, no obstant, el 90% de les que es donen són així”

⁶ Veure: *“Rebre informació comprensible”*

⁷ Veure: *“Decidir sobre les nostres vides i el nostre tractament: El pla de voluntats anticipades (PDA) i el Document de voluntats anticipades (DVA)”.*

“Bé, és que els jutges, ara mateix estan fent, o sigui, una de les meves, de les persones que jo atenia ah... tenia una malaltia que ah... que feia que perdés, que tingués hemorràgies digestives, aquesta persona per por, com jo, no es podria, no es podia ah... o sigui no es volia operar. En comptes de buscar una incapacitació temporal per aquest tema en concret per que sí que es que es veritat que no tenia la competència suficient per decidir si s’operava o no, per que estava rebent transfusions de sang contínuament, vull dir, i llavors aquesta persona no es volia operar per que no tenia les competències per decidir, però la resta de la seva vida funcionava perfectament ja està, simplement tenia por, com podia tenir jo però no, no tenia els recursos suficients per prendre aquesta decisió. Es va promoure una incapacitació per part de la família, nosaltres vam fer l’informe i vam recomanar que només es fes una incapacitació parcial i temporal en aquell acte mèdic en concret, que això existeix. Aquesta persona es manegava perfectament amb els diners, es manegava perfectament amb el menjar, amb la medicació, venia al centre, el psiquiatra va fer el seu informe, nosaltres vam fer el nostre informe. Aquesta persona va quedar incapacitada cent per cent. Llavors em dieu, és possible? Depèn del jutge, perquè tot i que nosaltres li posem el criteri, el jutge prendrà la decisió que ell cregui, i llavors no sé fins a quin punt nosaltres com a , com a... metges si el jutge, o com a metges, com a infermers, si el jutge ens vol escoltar ho farà, però si no en aquest cas, va ser clar. O sigui, quan entres per aquella porta no saps que sortirà, depèn del jutge.”

A més a més, en qüestions legals, moltes vegades les persones del nostre entorn tenen una manca d’informació o informació inadequada, malgrat que són els qui acaben decidint iniciar accions com la incapacitació.

“Es plantegen la incapacitació del familiar com el mode de resoldre el problema que tenen. El passa és que des del punt de vista és erroni. Ells pensen que resoldran un tema de “bé és la única manera de que es, el tractin, que s’ingressi i estigui ingressat el temps que necessiti” no? El que es cerca molts cops és això. Cosa que la incapacitació tal i com està plantejada no té aquests objectius. El que passa és que ha hagut que informar-los de què és i quins objectius planteja la incapacitació”

“I feina meva després explicar-li: “Escolta, encara que t’incapacitin, la persona que decidirà si tu ingresses o no, no serà el teu pare, serà un metge. Si tu no vols anar a una residència, no hi aniràs.” I això has d’explicar-ho a la persona i també al familiar perquè pensa que quan l’incapaciti, l’agafarà, el posarà en una residència i se

n'oblidarà. Quantes vegades ens hem trobat amb això? I has d'explicar: "no, es que si ell no vol anar a una residència no hi anirà." "Ah, i llavors per a què em serveix la incapacitació?"

Tot i que la llei preveu la possibilitat de revertir la incapacitació, recuperant així l'exercici dels drets (coneguda com la reintegració de la capacitat jurídica), aquesta és una pràctica molt poc freqüent i que requereix recórrer de nou a un procés judicial, el que no facilita que la persona incapacitada iniciï el procés, sens menystenir que la incapacitació pot dificultar també l'accés a la justícia. A més, a més, la cultura jurídica del nostre entorn facilita i promou la incapacitació.

"I després la possibilitat de revisió, o sigui això és terrible a Espanya o sigui a tu et cau això ... O sigui quan en països veïns com França hi ha una revisió. Una de les persona que porto a més ha estat un cas super bonic, d'una persona que simplement s'ha mudat de França a Espanya i aquesta persona ha passat d'aquesta incapacitat revisable, aquí a ser capaç. Si això a Espanya no passa, és a dir per demostrar que ets capaç jo crec que has de ser..."

Un altre recurs legal que s'utilitza molt són les curateles. La curatela també suposa una modificació de la capacitat d'obrar de la persona, però limitada a certs aspectes de la vida, que decidirà el jutge. En principi, la persona que actua com a curador no pot prendre decisions per la persona sota curatela, sinó que ha de complementar la seva capacitat i ajudar-la a prendre decisions, malgrat que a la pràctica, i degut a un desconeixement de l'abast exacte d'aquesta figura, el curador s'acaba comportant com un tutor; és a dir, que el curador acaba prenent decisions per la persona afectada, excedint-se en les seves funcions.

"Una altra persona que estava amb una curatela va dir "jo tinc una curatela perquè hi ha alguns aspectes de la meva vida que no puc, que no sé gestionar, i necessito ajuda, però només uns aspectes de la meva vida. I la fundació o la persona que té la meva curatela no em deixa fer res, o sigui, no hi ha cap elecció que jo pugui prendre de forma lliure, no?"

"El professional sempre exerceix mesures màximes. És a dir, si tu tens una curatela mèdica, bé, jo com a professional he de mirar que estiguis bé pel que fa a totes les Activitats de la Vida Diària. I al final acabis de fent com una tutela quan és una curatela perquè si no, no acabarà prenent la medicació correctament."

Com a professionals podeu sol·licitar als òrgans fiscals i tutelars que intervinguin demanant i accelerant els processos de recapacitació. A més, heu de saber que els tutors i curadors tenen

el deure de promoure la recuperació de les capacitats de la persona. També podeu promoure l'ús d'altres figures com l'assistent personal, figura de confiança que escull i sol·licita la persona davant un jutge per a realitzar una tasca de suport a la presa de decisions sense la modificació de la seva capacitat d'obrar.

“Jo ara començo a fer servir bastant la figura d'assistència perquè, bé jo crec que és molt millor, no? Però el problema que jo tenia fins ara és que no hi havia una cosa que permetés que una persona que es capaç d'endeutar-se i perdre-ho tot i regalar-ho tot doncs no li passés, no? Només tenies que la curatela, no? I no tenies res més. Vull dir, fins ara no hi havia cap més opció”

“Però és un esforç de cada professional de formar-se, d'investigar, d'estar a favor de la situació i defensar a capa i espasa contra fiscals i jutges. Jo he tingut més d'una discussió amb més d'un advocat, dient no vagis a per la total, ajusta això. I amb la família, explicar-ho, conèixer molt la persona, anar a fer una bona relació, entendre-ho i ajustar-lo també, però costa molt. I has de fer la bandera contínuament dient, aquest dret, per exemple jo sempre ho dic, el dret al vot, és el més senzill, és el que pràcticament tothom pugui votar independentment de quin estat, que sigui competent o no, una altra és, és casar-se o la d'elecció de la direcció i tal. Són més fàcils que es mantinguin, s'entén directament el total pel que fa no té un patrimoni que pugui administrar, hi ha moltes més coses, però costa molt poder arribar a exercir-lo”

I sobretot, com a professionals, us demanem que us informeu abans de donar informació al respecte d'aquestes mesures jurídiques. Com bé sabeu, es tracta d'un tema molt complex i amb infinitud d'efectes obre la nostra vida. Per tant, us preguem que aneu en compte alhora d'aconsellar respecte aquests temes.

2.4.5. L'apoderament: eines per aconseguir que la persona sigui realment partícip del seu procés

L'apoderament és un concepte complex que es podria definir com el procés pel que un grup desafavorit recupera el poder i la independència per a decidir sobre la seva vida i relacionar-se amb la seva comunitat de la forma que decideixi. En el camp de la salut mental els models assistencials que s'han articular històricament s'han construït al voltant de les idees de malaltia, dèficit o debilitat. Això ha portat a que moltes de les persones que sofrim patiment mental haguem vist negada la nostra ciutadania i els nostres drets. Els professionals heu de tenir en compte que, per una banda encara som hereus d'un model paternalista en la salut mental; i per altra banda, que molts de nosaltres hem “apès” a viure desproveïts de drets.

Així doncs, us volem animar a que faciliteu el nostre apoderament. Això implica que ens disposeu els recursos necessaris per poder relacionar-nos amb el nostre entorn de la manera que nosaltres decidim. Per tant, sols us volem recordar, que apoderar no consisteix en infantilitzar-nos, ni en coaccionar-nos, ni tan sols en persuadir-nos perquè acceptem allò que vosaltres (o els nostres familiars) creieu convenient. Sinó més bé, consisteix en generar espais en el que se'ns recordi que la nostra vida ens pertany, i que per tant, podem decidir com conduir-la.

Finalment ens agradaria remarcar que perquè es produeixi un apoderament total és necessari un canvi en els rols que juguem en l'assistència clínica: tant el professional com l'usuari. Es tracta d'un problema estructural que és complex de resoldre. Sabem de les dificultats que comporta i som conscients que un canvi així necessita de temps per implantar-se. No obstant, no podem perdre de vista aquest objectiu i hem de poder dirigir-nos-hi plegats.

Si voleu consultar alguns recursos disponibles sobre com afavorir l'apoderament en el camp de la salut mental us podeu dirigir als següents enllaços:

- *Empoderamiento del usuario de salud mental.* Consultable a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- *Guía PARTISAM: promoción de la participación y la autonomía en Salud Mental.* Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/PARTISAM.pdf>

2.5. Mantenir la nostra confidencialitat i intimitat (art. 22 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a que es respecti la nostra intimitat i privacitat. Això és especialment important en els contextos assistencials on la confidencialitat és fonamental.

Tot i que l'organització institucional pot afectar a la garantia d'aquest dret mantenir la confidencialitat i intimitat de la persona és també una tasca dels professionals.

“Moltes vegades les maneres de fer les coses dels hospitals incompleixin qualsevol normativa de confidencialitat”

“A l'hora d'intervenir hi han professionals que respecten molts més els drets a la intimitat o l'autonomia del pacient i n'hi ha que no tant.”

En la pràctica clínica en salut mental és fonamental la confiança. Les persones hem de poder explicar allò que ens passa amb la garantia del secret professional. Aquest és un deure del

professional i de l'equip. Afortunadament, la majoria de professionals sou conscients de la importància de la confidencialitat en el transcurs de la teràpia i les situacions de vulneració es donen només puntualment. Tot i així, els professionals heu de poder denunciar la vulneració d'aquest dret.

Ens hem trobat que hi ha algunes pràctiques professionals que es donen sense garantir la nostra intimitat, exposant-nos a situacions que poden ser viscudes com a humiliants pel qui observa i que ens deshumanitzen. Això, a més de ser intolerable, dificulta les actuacions professionals futures. Per tant, els professionals heu de poder negar-vos a participar d'aquestes situacions i denunciar-les.

“Jo l'única cosa en el cas que us dic, en els casos que he vist, després de fer-ho d'una forma totalment sense intimitat, sense preparació prèvia, sense preparació post, eh ... el que he vist, li donaven una bosseta, li donaven els seus slíps que va tenir una pèrdua d'orina i cada vegada que té tractament té una pèrdua d'orina i tot això, És que sincerament em costa molt després seguir treballant, en tots els aspectes.”

2.5.1. La (in)ofensiva vulneració de la confidencialitat

Alguns professionals parlen de nosaltres utilitzant l'etiqueta diagnòstica. Això no sols essencialitza la nostra identitat sinó que també dóna una informació sobre la nostra persona que no teniu dret a compartir.

“El tema de la privacitat, intimitat, confidencialitat ... s'etiqueta sense problema, o sigui, el que suposa una etiqueta en un pacient mental, el que suposa l'estigma, nosaltres diem és un esquizofrènic ... Ho seguim fent eh? No dic jo o vosaltres sinó en general, els professionals.”

També són comuns les bromes sobre nosaltres. Baix l'aparença inofensiva de l'humor es reproduïxen prejudicis socials i es dóna informació que afecta a la nostra intimitat. Així us demanem que eviteu les bromes sobre les persones a qui ateneu ja que vulnereu el dret a la intimitat i confidencialitat.

“O el fet a ficar-te en converses alienes, a la confidencialitat, sí, ens omplim la boca, estem dient que som confidencials, però quantes vegades algun acudit, alguna broma fem entre persones diferents i són persones que estem atenent ... “

Un altre punt a tenir en compte és la informació que ens sol·liciteu. Algunes vegades ens trobem amb professionals que ens pregunten sobre alguns aspectes de les nostres vides que no són rellevants per a la *praxis* clínica i que vulneren el nostre dret a la intimitat.

“Doncs, és clar ... Se'ls suposa una formació i no tots els professionals, fins i tot els que estem aquí a la taula, ja ho hem parlat moltes vegades, tenim accés uns a un tipus d'informació i altres a una altra, no? Perquè segons la categoria professional ja que hi ha coses que no ... que potser no tenim el dret a saber, no?”

En la mateixa línia, les persones diagnosticades tenim dret a la privacitat i a decidir quan i què explicar-vos.

“El dret a la privacitat, a deixar l'espai de l'altre ... estem massa acostumats a ficar-nos a casa dels altres sense demanar permís, no demanem permís.”

En el cas de les unitats de règim tancat ens trobem amb professionals que estan al corrent de les converses i les relacions que es mantenen entre les persones que estem ingressades, de vegades es degut al context de la situació, però de vegades per un excés d'intervenció en la nostra vida. Aquest fet suposa una vulneració del nostre dret a la intimitat.

“Elles [les infermeres] potser s'assabenten molt més, que és les converses que tenen entre ells”

“Un cop li donen d'alta, vénen a les visites no? que es, bé, s'estableixen com llaços d'amistat i després es continuen o van junts a subaguts, no? Això és bastant freqüent. Cosa que tenim prohibida”.

2.5.2. Què posem als informes?

Quan als professionals se us sol·licita un informe sobre una de les persones a les que tracta s'ha d'anar amb compte amb la informació que doneu ja que pot ser utilitzada amb diferents fins. En aquest tema ens trobem amb molts dubtes professionals.

“O amb els tòxics, no ? Que sempre és una mica... No? El de posar doncs si saps que el pacient té un trastorn per dependència de cànnabis, que potser és el més freqüent, no? Una mica fins a quin punt posar-ho o no posar-lo en l'informe, que bé, al final, no?”

2.5.3. La persona té dret a sol·licitar la seva història clínica

La història clínica de les persones conté informació molt íntima que pot ser malinterpretada i que s'ha de protegir; és a dir, només s'ha de compartir amb els professionals encarregats dels temes de salut mental quan s'escau.

Molts cops, quan una història clínica on apareix un diagnòstic de salut mental cau en mans de personal sanitari generalista es despleguen una sèrie de prejudicis dificultant que se'ns escolti en la demanda mèdica que fem i fent sobre-atribucions on el diagnòstic de salut mental sembla ser omniexplicatiu, resultant moltes vegades en tractes discriminatoris. És molt important que es garanteixi l'ús de la història clínica amb la finalitat amb la qual es va crear, que és la d'oferir una assistència adequada.

Tampoc heu d'oblidar que els professionals no podeu donar informació a la nostra família si nosaltres no ho autoritzem.

Com a professionals heu de recordar que la història clínica pertany a la persona, que la pot sol·licitar en qualsevol moment. Els proveïdors de serveis de salut mental, tant públics com privats, estan obligats a facilitar una còpia de la història clínica sense cost addicional. Si la institució en la que treballeu es nega a lliurar-la podeu facilitar-nos la direcció de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (<http://www.agpd.es>). Aquesta entitat, de forma gratuïta, ens ajudarà a aconseguir-la. Actualment, a Catalunya està en construcció un espai personal digital des d'on les persones puguem accedir a la nostra història clínica i altra informació personal de salut, el trobarem a: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/tecnologies_informacio_i_comunicacio/

2.5.4. Dubtes de la persona sobre què ha de dir sobre el seu diagnòstic

Les persones diagnosticades sabem que el fet de tenir un diagnòstic pot portar a que se'ns discrimini en diferents àmbits de la nostra vida: el treball, els amics, la parella, la sanitat... Molts cops no sabem si hem de parlar o no del nostre diagnòstic i tenim por que la gent ho descobreixi. Els professionals heu de ser conscients de l'estigma social que comporta el patir un diagnòstic de salut mental i ens heu de poder acompanyar i recolzar quan decidim explicar-li o no al nostre entorn. A més a més, ens podeu recordar que no és necessari que explicitem el nostre diagnòstic si no volem fer-ho ja que tenim dret a la intimitat i confidencialitat del nostre estat de salut.

"- I a vegades s'han presentat a l'oposició per treure plaça i els demanen un certificat mèdic.

- Ah, et demanen? Ah, això no sabia. O sigui, si tu tens un trastorn mental no pots ...

- Bé, no ho sé, el que posis a l'informe mèdic, vull dir. Però, dic un informe mèdic, no un informe de salut mental, eh? Dic un informe mèdic. Suposo que ha de ser complet l'informe mèdic, no? I no sé com es plantejarà, té por, de dir el que li passa eh?

- És clar, si et demanen jo tindria por. "

"El dret a la privacitat, una cosa que em trobo molt és: "És que he de dir el diagnòstic que tinc" "Per què? Tu tens el teu dret a tenir la teva intimitat i a no haver de comentar-ho." Hi ha un estigma social que és que, bé, si jo dic que sóc una persona que tinc una malaltia com és l'esquizofrènia, si no ho dic sembla que no sóc, que no dic tot el que he de dir per ser acceptat, no? I millor avançar-me a un rebuig al principi que a un rebuig posterior. Tu tens dret a la privadesa, com en qualsevol altra malaltia ... "

2.6. Gaudir de la nostra llibertat i rebre protecció contra la tortura i altres tractes cruels (Art. 14, 15 i 16 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a rebre un tractament empàtic i humà que eviti al màxim qualsevol forma de reclusió o maltractament.

Des de les Nacions Unides hi ha algunes veus que han manifestat que alguns dels tractaments que es practiquen en el nostre territori en els dispositius encarregats de la gestió de salut mental responen a lògiques de tortura i maltractament⁸. Això es deu a que s'exerceix violència directa sobre la persona.

"Encara s'apliquen tractaments que són coercitius en salut mental eh? Com el tractament involuntari, que s'aposta a nivell comunitari, també, eh? Les mesures coercitives o restrictives com són l'aïllament, les contencions, això no és respectar els drets humans"

Les intervencions que es senyalen son:

- L'ingrés involuntari: privar a la persona de la seva llibertat mitjançant un ingrés forçós en una institució per un motiu de salut mental sense risc afegit.

8 Méndez, J.E. (2013) Informe del Relator Especial sobre la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants. *Assemblea General de les Nacions Unides*. Disponible a: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

“Jo sóc partidària d'intervencions involuntàries quan estan justificades”

Hi ha situacions de crisi on un ingrés involuntari ens pot salvar la vida. No obstant, a mig i a llarg termini l'ingrés no té un efecte terapèutic, a més, segons i com es faci el podem viure de forma molt traumàtica. Per tant, es demana als professionals que es segueixin els protocols proposats per la Organització Mundial de la Salut alhora de tramitar un ingrés involuntari⁹.

“Al capdavant és un segrest legal el que fem nosaltres. Jo sempre dic que és un segrest legal, sona com a molt bèstia però és la veritat, per ajudar i protegir la persona en aquest moment i és necessari. Jo sí que crec fermament que cal.”

Tot i que sembla que l'ingrés involuntari és necessari, hi ha recursos en altres territoris que es plantegen la possibilitat d'eliminar aquesta pràctica.

“A Anglaterra per exemple tenen equips que tenen uns stayed-houses que hi ha nois joves els poden enviar uns dies, nois que a casa no estan bé o no tenen un suport familiar, hi van uns dies i són pisos, no?”

No obstant, aquest canvi de model no es troba únicament en mans del professional sinó que necessita de l'aliança amb l'administració i que es destini una part del pressupost a generar aquest tipus de recursos.

El paper directe del professional en el tema dels ingressos involuntaris sols pot ser el de pal·liar l'experiència traumàtica que suposa. Abans de portar-lo a terme s'ha de tenir en compte que aquest pot ser molt violent i traumàtic per a les persones que quedem coartades de la nostra llibertat, i, per tant, se'ns ha de tenir sempre en compte a les persones i explicar-nos el perquè de cada acció.

“I hi ha gent que, que sí crec que l'atenció hospitalària com el suport. Com arriba la persona a l'hospital, treballem i millorar-lo. Que no sigui forçós, que no sigui... Una cosa és involuntari i una cosa es forçós. Forçós vol dir intervenir més violentament, perquè es més violentament tot i que sigui no? I una altra és com, com s'atén a la persona a l'hospital.”

“Bé, una intervenció policial que ... bé, que no ho vam fer bé. Però bé, crec que has de reflexionar sobre això.”

⁹ World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

“Aquesta persona que de vegades a tingut un ingrés involuntari, la hòstia de traumàtic, on no s'ha fet l'ingrés com devia ser: que s'ha trobat amb els vigilants de seguretat o l'han acompanyat els mossos i ha estat molt traumàtic. Després per falta de recursos i pel sistema, per com funcionen les unitats, el fiquem en una cel·la on ho viu molt malament, no? I després, no confia amb nosaltres. El tipus et diu, “a veure, si m'heu tancat aquí i jo no volia i m'heu impost i tal ... i he sortit que tal ...” Tot això, per desgràcia no es pot treballar.”

S'ha de tenir cura també de que els ingressos no s'allarguin més del necessari.

“Hi ha persones amb un involuntari ingressades en llarga estada més d'un any eh? a Barcelona”

A més, sabem que, amb bona fe, alguns dels professionals de la salut mental tendiu a sobre-implicar-vos, decidint sobre molts d'aspectes de les nostres vides i acabant per assumir que si no complim amb les vostres prescripcions és perquè necessitem un ingrés.

“Ens sobreimpliquem moltes vegades. I hem vist casos que han estat, entre cometes, dos anys bé i que potser ingressen. Però si hi ha el fet que no són ni un risc per a un mateix ni per als altres, moltes vegades vulnerem aquesta situació sobreimplicant ,eh? Intentant, doncs ... Ha d'anar, ha de fer, ha de no sé què.”

- L'aïllament i la contenció mecànica: tancar a la persona en una habitació o lligar-la al llit durant llargs períodes de temps com a mesures de control.

Hem trobat alguns professionals que pensen que l'aïllament al que se'ns sotmet en aguts és necessari i ha de ser total per ser coherents amb l'espai hospitalari.

“Si tu o jo si estic molt aguda i, ostres, no sé, estic en una unitat d'aguts, que ja per començar està tot tancat amb clau, és a dir, ja l'entorn és contenidor, és a dir, doncs normal que la persona que es em planti davant el primer dia sigui una mica contenedora perquè com em vingui algú que em dóna mil opcions, potser també em costa més. Llavors potser si m'han de preguntar com m'agrada que em tractarien que m'ho preguntin en un moment d'estabilitat no quan estigui en aguts i acabi d'ingressar passant per urgències, no sé , em sembla que, que en això ho veig una mica com tu, que el diàleg canvia molt perquè també canvia molt la situació, no? I treballem en un lloc de contenció màxima no?”

No obstant, aquest tipus de creences no estan justificades en l'eficàcia del tractament. Alguns altres professionals apunten a que les mesures de contenció màxima responen més a una demanda de seguretat pels professionals que no a una necessitat terapèutica.

“Que és el que us deia que la pressió social obliga que els professionals pensem en la nostra seguretat. Per això en una unitat d'aguts no pots portar unes bambes amb cordons, ni el cinturó, ni el mòbil, ni tal”

A més, molts de professionals senyaleu la dificultat de treballar amb les persones després que passem per la unitat d'aguts.

“Agafa una persona, l'ingresseu en aguts. Jo he treballat en aguts, amb prou feines com a treballador social, allí la ràtio varia molt. Per exemple, hi ha moltíssims psiquiatres, que està molt bé, hi ha molts infermers, que està molt bé, que és importantíssim; però, en canvi, es treballa poc el tema de quina és la situació de l'individu abans de l'ingrés. El treballar tot el tema social i tot el tema d'acompanyament per a les famílies i com recuperar la persona, treballar per al post-ingrés. Allà es treballa molt l'aspecte d'estabilitat i de salut, que està molt bé, que és importantíssim, però a penes podem rescatar en això”

Pel que fa al tema de la contenció mecànica ens trobem que hi ha moltes resistències professionals a deixar de practicar-la o a respectar les preferències del pacient.

““Recollir les preferències dels pacients en fase estable respecte al seu tractament en fase aguda evitaria mesures coercitives.” Doncs no ho sé, no sé si respectar les seves opinions en fase estable... “Quan estigui en aguts evitaria mesures coercitives” perquè si ell diu, “jo, si realment, perdo el control de mi mateix, si us plau, no em subjecteu els braços i els peus”. Bé doncs ... Potser, clar: què és coercitiu? Coercitiu és que sona a càstig, però si coercitiu és “no, no, és que no anem a castigar, però si perds el control, entre quatre intentarem subjectar, estarem parlant amb tu, et direm que et tranquil·litzis, que et farem subjectar perquè has perdut el control, no perdrem el contacte amb tu a través de la paraula “Doncs no sé...””

S'ha elaborat un pòster en el que es proposen mesures per a reduir al màxim el nombre de contencions. Aquest es pot consultar a: [Alternativas-al-uso-de-la-contenci%C3%B3n-mec%C3%A1nica-en-las-unidades-de-hospitalizaci%C3%B3n-psiqui%C3%A1trica.pdf](#)

- Els tractaments involuntaris, la medicació forçosa i la sobremedicació: medicar més del necessari o forçadament com una manera de restringir la conducta de la persona.

S'entén per intervenció involuntària el fet d'obligar a la persona a rebre "tractaments mèdics" per als problemes de salut mental, ja siguin en la comunitat o en una institució tancada, que ens infringeixen dolor o sofriments greus.

Ens trobem que és una creença professional que les intervencions involuntàries poden facilitar la relació terapèutica. No obstant, no sols són un exercici explícit de violència sinó que provoquen que les persones diagnosticades no confiïn amb els professionals. És més, el fet de veure'ns sotmesos a diferents intervencions involuntàries ens pot portar a acceptar una posició desprovista de drets. Per tant, heu de tenir en compte que qualsevol intervenció involuntària suposa que s'invalidin els nostres drets, dificultant així el nostre procés de recuperació.

"Que a vegades hem de fer intervencions involuntàries amb una persona jove que no té un bon vincle amb cap professional de salut mental. Quan una persona ja té un vincle amb un professional de salut mental és més difícil fer un involuntari perquè hi anirà i demanarà ajuda. I acceptarà la ajuda perquè confia en tu. El problema són la gent que comença, que estan en brot psicòtic, que encara que no siguin un perill, tu has de forçar el tractament inicial."

A més, moltes de les persones amb un diagnòstic tenim por de l'ingrés com una resposta del professional quan decidim no prendre la medicació o no seguim les indicacions. Els professionals heu de ser capaços de generar un vincle de confiança en el que sentim que podem decidir sobre allò que ens afecta directament sense por a ser "castigats".

"A mi sempre em diuen: "i això m'ho he de prendre?" Però és com la meua visita, tu pots venir o no venir, " m'ingressarà si no vaig a la visita o si no prenc la medicació?" La meua resposta és sempre no, no et ingressaran si no prenc la medicació, t'ingressaran per altres motius. Però per la decisió de no prendre la medicació no et van a ingressar. T'ingressaran si acaba passant alguna cosa que posi en risc la teua vida o la d'altres persones o t'estiguis perjudicant. Que això pot ser derivat d'una presa de medicació o no."

- La teràpia electro-convulsiva (TEC) aplicada sense consentiment informat: administrar a la persona corrents elèctrics que provoquen convulsions en el cervell sense que sigui conscient dels seus riscos o no hagi pogut valorar-los.

"Jo no he conegut encara a cap persona que rep tractament TEC i que... Jo no conec ningú que rebi aquest tractament que tingui els recursos adequats per poder decidir."

Tal i com apunten alguns professionals molts cops les persones accedíem a rebre aquesta teràpia amb certa coacció encoberta. Aquest fet ha de ser denunciat pels professionals i s'ha d'evitar formar part d'aquestes estratègies de convenciment.

“La persona ho va decidir perquè no tenia...És una persona que estava híper-visitada i amb molt temps d'evolució i diguem que tenia una certa confiança amb el seu psiquiatre. Però bé, com estava ja tan castigada i tan feta pols, perquè ens entenguem. Jo no crec que fos una decisió realment... El que passa és que veia que cada vegada que ell no, que ell podia decidir, després hi havia unes conseqüències que... Un ingrés involuntari.”

- L'abús de mesures d'incapacitació¹⁰: El problema que presenten les incapacitacions en el nostre territori és que generalment són permanents, de per vida, impossibilitant el desenvolupament personal de la persona.

“De que serveix salvar de la clínica i de la malaltia si després queda anul·lada totalment la persona, si després no és lliure, realment no ho és. Incapacitat? No és lliure “

“Perquè tens una malaltia, no? És que el missatge és aquest:tens una malaltia, no? I t'incapacitem per una malaltia, per una part de la teva vida. Per això ja t'incapacitem per tota la teva vida, és a dir, la resta de la persona incapacitada”

A més a més, quan aquestes no són de per vida, de vegades les persones encarregades de la tutela (fundacions tutelars o familiars) acaben per exercir mesures màximes.

“Tot i que exerceixi una llibertat que és la de sortir en pilotes al carrer, per lo tant repercutirà en la part de la curatela que era la medicació, no? Per lo tant tu acabes exercint mesures màximes”

“I si tu tens tan sols la part mèdica però aquella persona es descompensa perquè no arriba al final de mes, l'acabes administrant, informalment, l'economia. Perquè saps que si no hi haurà una fase aguda perquè no té prou diners, per lo tant, que a l'hora d'exercir com entitat tutelar, la gent va a màxims perquè sap que si no es pot trobar, es pot trobar amb casos que no es compleixi la part de, de la curatela.”

2.6.1. La reducció de la Coerció en Salut Mental: Cap a una atenció basada en els drets

A nivell internacional hi ha centres assistencials que han reorganitzat les seves pràctiques terapèutiques prioritant el respecte dels drets humans i acabant amb l'aplicació de les

¹⁰ Per a un major desenvolupament del tema, veure: “Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament: El problema de la capacitat i la incapacitació”

mesures coercitives. Aquestes experiències tenen molts beneficis per a tots: les persones usuàries veiem respectada la nostra ciutadania afavorint així la recuperació i, els professionals, es troben més còmodes ja que no han de portar a terme accions que poden anar en contra de la seva posició ètica. A més, aquest tipus d'atenció redueix la inquietud i l'ansietat de familiars i persones properes donant una imatge sense prejudicis dels processos de salut mental.

No obstant, aquests canvis necessiten temps i una actuació coordinada entre els usuaris, els professionals i l'administració. Totes les pràctiques coercitives que encara es porten a terme responen a una lògica assistencial similar: la necessitat de controlar la conducta de la persona amb un diagnòstic prioritzant els criteris organitzatius que faciliten la feina. Tot això dins un sistema que no compta amb el personal sanitari suficient per oferir uns estàndards terapèutics que garanteixin el respecte de *La Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat*.

També es tracta d'una reorganització dels recursos i dels centres assistencials prioritzant la minimització i eliminació de pràctiques coercitives. El nou Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya 2017-2019, recull una línia estratègica que té per objectiu garantir els drets de les persones en contextos assistencials. Com a part d'aquest pla es preveu, entre altres coses, disminuir l'ús de contencions mecàniques amb l'objectiu de minimitzar-les, i des de la *Federació Veus* exigim eliminar-les. Per la nostra part considerem que per disminuir l'ús de mesures coercitives és necessari invertir més recursos humans i equips d'atenció domiciliària per a la intervenció en crisis i reduir la despesa derivada dels ingressos involuntaris en unitats d'atenció continuada.

Una transformació d'aquest tipus no serà fàcil, però millorarà el benestar de totes les persones implicades en els processos de recuperació en salut mental. Considerem que perquè aquest canvi es produeixi ha d'existir una aliança sòlida entre professionals, familiars, usuaris/es i polítics/ques, i per això l'estem forjant.

Demaneu a les entitats proveïdores de salut mental i als equips professionals que es comprometin a reorganitzar l'atenció que ofereixen al voltant del requisit d'oferir tractaments individualitzats que garanteixin els nostres drets i evitar l'ús de mesures coercitives com les que hem comentat en aquest capítol.

Per a conèixer l'estat de la qüestió teniu a la vostra disposició els següents recursos:

- *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Consultable a <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Consultable a: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>
- *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación.* Consultable a: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

2.7. Viure independents, ser inclosos/es a la comunitat i treballar (Art. 19 i 27 CDPD)

Les persones amb problemes de salut mental tenim dret a disposar de serveis de suport a l'autonomia que fomentin una vida digne i una completa inclusió en la comunitat

En el sistema social en el que ens trobem, els pilars que afavoreixen la vida independent de les persones són essencialment l'habitatge i el treball. Quan una persona presenta un problema de salut mental hi ha pocs recursos que garanteixin que puguem gaudir d'una vida en societat com la de qualsevol altre.

“I que es tracta de la manera que tu estaves comentant, no? El sentir com el projecte que heu fet, el sentir-se integrats dins d'una societat, no? “

“El que volia dir que això posa a la gent en una situació de baixa autoestima de per vida, no? És a dir, has de sempre dependre dels altres per subsistir, bé doncs igual ens aniria pitjor en la vida, no? si només poguéssim viure tota la vida dels nostres pares o d'una pensió, no?”

A la següent web es poden consultar els recursos a nivell social i familiar dels que es disposa a Catalunya: <http://www.salutmental.org/salut-mental/mapa-de-recursos-i-serveis-nivel1/>

2.7.1. Les pensions i les ajudes

En els temes de salut mental (i de salut en general) és ben sabut que les desigualtats econòmiques juguen un paper fonamental alhora de garantir la recuperació de les persones.

“Imagineu ara les persones més cròniques, les que portem atenent més temps que són més difícil de deslligar- en aquest cas del programa PSI, del que era el PSI com gestors de casos, que les persones soles, força aïllades, amb pocs recursos socials, amb pocs

recursos econòmics i amb molt de temps de tractament. Aquestes persones normalment no tenen molta qualitat de vida, no viuen molts anys”

El sistema d'ajudes i pensions ens pot suposar diferents problemes a la persona amb un diagnòstic de salut mental. Per una banda, trobem que hem de demanar un certificat de disminució per tal de rebre ajudes. Aquest fet és molt discriminatori i suposa un problema alhora de treballar seguint un model de recuperació.

“Les metes dels disminuïts que no te tenen per res en compte, que clar, tu estàs treballant les capacitats i l'has de tramitar un certificat de disminució i la llei de dependència ¡toma ja! És que és molt dur això. I això és un tema que jo crec que també s'hauria de començar a canviar perquè clar, és, és molt difícil tu dir, “no, no, tu pots fer moltes coses, però ara te tramito el certificat de disminució” I et diu: “a veure, què m'estàs explicant?””

Per altra banda trobem que el sistema de pensions dificulta enormement la nostra reinserció laboral ja que si acceptem un lloc de treball correm el risc de perdre la pensió i no recuperar-la si tornem a passar per un mal moment. És important notar també que la quantitat de diners que suposa una pensió no contributiva no ens permet adquirir un habitatge.

“Jo crec que ja no és només això sinó que drets molt més bàsics, tan bàsics com igual el dret a la independència, és a dir, el dret a treballar, el dret a tenir un habitatge... Són drets que no existeixen. És a dir, d'entrada, et poden donar una pensió no contributiva amb la qual no pots viure, llavors tu no tens dret a habitatge.”

No obstant, la pensió no contributiva et permet treballar. En canvi, si tenim dret a una pensió contributiva no podem treballar sense renunciar a perdre la pensió. En el cas dels problemes de salut mental això suposa un risc molt elevat que molts professionals no esteu disposats a córrer: un empitjorament en la salut de la persona que ha rebutjat a una pensió contributiva per a treballar pot suposar que la persona es quedi sense res. Per tant, en aquest punt hem de forjar aliances per reivindicar que les institucions modifiquin el sistema de pensions i que aquest respongui a les nostres necessitats.

“Estem parlant que un Centre Especial de Treball són 600 €, la no contributiva 400 €, 1000 € és un sou pseudo-digne, és a dir un sou digne per treballar, per viure algú, perquè amb 400 no hi ha possibilitat tampoc... Llavors, el que no sigui compatible això ja és un d'això que...”

“O en el tema de les pensions contributives, no tens dret a deixar la pensió durant un temps per posar-te a treballar i intentar tirar endavant la teva vida. Estàs obligat a acceptar la pensió per sempre o perdre-la i quedar-te sense res, no? És a dir, que jo crec que hi ha molts drets a nivell bàsic, drets fonamentals de vida i de subsistència que estan totalment, que no estan per res garantits.”

“Amb una pensió no contributiva pots optar a treballar i després tornar a cobrar però amb la contributiva estàs mort.”

“Jo em veig treballant en contra, en contra del que jo faria, en contra de l'ètica que jo tinc. O sigui li he de recomanar,” ostres, agafa't a la pensió com sigui perquè és que realment ara mateix si et posesis a treballar guanyaries menys que el que tens de pensió.” Llavors clar, has de mirar per aquesta persona i dir-li “anem a ocupar el temps en la teva vida, a fer veure que tens una petita pensió i anem a ocupar aquest temps” Però si ell vol treballar realment, li pots arribar a aconsellar en contra del seu benefici futur.”

“Hi ha qui diu: “Bé és que prefereix cobrar la pensió i no treballar” I no, no és així, està optant a un dret de tenir un suport econòmic. Perquè l'altra opció és que la pugui perdre i avui en dia els treballs no estan de per vida i depèn de com estigui la persona igual en algun moment té una recaiguda i ha de passar un procés de recuperació...”

I és ben sabut que el fet de no treballar suposa un estigma afegit...

“Tenim un pacient crònic amb un trastorn psicològic greu, que quan anava a les entrevistes de certificat els deia que no, que ell anava a treballar demà i que volia deixar les ajudes per a algú que les necessités més que ell . Però era el trauma de la persona saps? Anava allà a una entrevista i el xaval, bona gent, ell ho creia en pla “jo bé, no estaré xuclant bot a l'Estat””

2.7.2. El treball

Les persones amb un diagnòstic de salut mental hauríem de veure respectat el nostre dret a treballar. Com s'ha exposat a l'apartat anterior, l'organització del sistema fiscal i els recursos institucionals que s'ofereixen dificulten enormement l'exercici d'aquest dret.

“Tenim Centres Especials de Treball on està treballant gent capacitada per treballar en altres llocs, després a gent que podria treballar, necessitaria treballar en Centres

Especials de Treball per què no pot anar a un altre lloc i no té lloc al Centre Especial de Treball, no?"

A més a més, les exigències del món laboral poden suposar un problema quan tens un diagnòstic de salut mental i vols inserir-te al món laboral. Sense oblidar el paper fonamental de l'estigma social.

"I les jornades adequades, o pots treballar vuit hores o no pots treballar"

"“Em sentiria còmode si una persona amb trastorn mental fos professor en una escola?” A veure, així en general he posat que no...El que no sé és què pensaria el pare del nen de l'escola. Potser la resposta seria diferent.. Jo penso que una persona amb trastorn mental pot tenir qualsevol tipus de professió, i conec professionals de l'educació que tenen un trastorn mental sever, no? Una altra cosa és el que pensin el que està allà no?"

Com a professionals la vostra tasca aquí és la d'estar al nostre costat i reivindicar conjuntament la necessitat de generar espais de treball en els que les persones amb un diagnòstic no patim discriminació.

Per altra banda, és important que valoreu i reflexioneu sobre les limitacions que ens imposeu degudes a l'estigma social. La vostra valoració té repercussions sobre qui l'escolta. Així doncs, pel rol professional del que gaudiu sou responsables de reproduir (o no) en la vostra *praxis* els prejudicis socials que hi ha entorn a la salut mental.

"Perquè a vegades dir "la meva filla és capaç de fer no-sé-què, d'anar de treballar" per exemple, i dius "No. I clar, el professional ja hi entren a la debat, no? El professional dient-li "No, és que no és capaç de treballar perquè no és capaç de llevar-se o complir uns horaris, i no sé què." Però l'altra persona, un altre familiar, li estava dient unes capacitats per la feina que sí, que en veritat, el que passa es que en el llenguatge aquí es queden com travats, no?"

2.7.3. L'habitatge

Una de les fites que es cerquen en els models de recuperació és el poder viure de forma independent. Per això s'han de donar una sèrie de condicions que passen essencialment pel treball i per l'habitatge.

Les dificultats alhora de treballar o d'aconseguir recursos econòmics que ens permetin subsistir són un impediment per aconseguir un habitatge. A més, hi ha pocs recursos que ens facilitin un accés a l'habitatge, i molts d'ells són molt limitants.

“Fins i tot tenen un matís que a sobre els donem independència a canvi de dependre de la xarxa. És a dir: “Tu no tens dret no vas a poder llogar un pis mai però jo et dono un habitatge de suport, no? Un pis on vas a tenir un seguiment, on vas a tenir un pis sense independència, no? Vull dir, hauràs de seguir una sèrie de pautes i tal” que jo crec que treballen força bé en els pisos que jo conec, però tu no tens dret de la mateixa manera que tinc jo a dir: ·No, jo vull llogar un pis i viure jo sol no? O amb uns amics i tal...””

“Per qüestió de simpaties posàvem a dos o tres persones en un pis, però era una mica com “Estam fent alguna cosa il·legal, saps?””

Tal i com expresseu alguns dels professionals, quan sol·licitem un pis tutelat sol ser la fundació tutelar qui s'encarrega de decidir amb qui hem de viure. Per tant, no hi ha la possibilitat de gaudir d'un habitatge que garanteixi la independència i l'autonomia real. A més, la dificultat d'accés als recursos econòmics així com les quanties que suposen els mateixos dificulten enormement la vida independent, pel que les persones decidim dependre de la xarxa o la família, cronificant així la nostra situació.

2.7.4. Participar de les activitats de la comunitat i el voluntariat

Tot i que es tracta d'una solució parcial (ja que no ens dóna accés a recursos materials), els professionals podeu generar espais en els que les persones diagnosticades no ens sentim estigmatitzades. Així doncs es tracta de generar espais en els que es pugui subvertir aquest rol i participar en activitats fora de l'àmbit estricte de la salut, com qualsevol altre membre de la societat.

“Ara estem en un grup que fem activitats a la comunitat, futbol, al pavelló, senderisme, i tal. Al centre jove. Estem intentant fer una participació en un programa de ràdio, però en una emissora normal i corrent”

A més a més, cal destacar que el treball remunerat no és la única manera de contribuir a la societat, el voluntariat és una bona manera d'ocupar el temps i sentir que allò que es fa té un valor. Per tant, podem sentir-nos útils mentre mantenim la nostra pensió. No obstant, inclús alhora de realitzar activitats de voluntariat molts cops continuem patint discriminacions.

2.7.5. El coneixement expert: La figura de l'experiència pròpia

Una de les crítiques més esteses que té la noció de trastorn mental és que, pel fet de ser un terme tècnic, el saber sobre el mateix queda absolutament dipositat en el professional, desposseint-nos del coneixement sobre nosaltres mateixos a les persones que ho patim.

“I és una mica que el coneixement que pot tenir un del seu propi problema de salut mental no quedi depositat en el professional, sinó que quedi depositat en ell mateix que és la persona afectada”

És per això que és interessant la creació de figures que ens retornin aquest saber, és a dir que ens reconeguin el coneixement experiencial que tenim sobre l'entitat diagnòstica. No obstant, aquesta figura amenaça a la posició professional tal i com s'ha anat construint, ja que el professional passa a convertir-se en algú que ha d'escoltar enlloc de parlar. Així doncs, tot i que hi ha molt consens i molta acceptació entre els professionals per a la creació de figures “expertes en primera persona”, hi ha moltes reticències alhora de cedir-li alguna posició “d'autoritat”.

“A mi em sembla bé tenir en compte la possibilitat que les persones que han viscut aquesta experiència puguin prendre part i puguin donar suport a altres, de fetestic amb tu en que és molt més potent.”

Per a consultar algunes experiències sobre aquesta figura “experta en primera persona” podeu visitar els següents recursos:

- Informació al voltant del “Peer suport” (Anglès): <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/p/peer-support>
- Curs de formació professional “peer2peer”: http://p2p.intras.es/images/manual/ES/MANUAL_ES_P2P.pdf

2.8. Rebre educació (Art. 24 CDPD)

Les persones amb un diagnòstic de salut mental tenim dret a rebre una educació de qualitat basada en la igualtat d'oportunitats on poder desenvolupar el nostre potencial.

És fonamental garantir el dret a l'educació ja que aquesta permet que la persones puguem desenvolupar les nostres capacitats i tinguem accés al món laboral. Com en els diferents àmbits, en l'educatiu també hi ha molt estigma cap a les persones que tenim un diagnòstic de salut mental. Com a societat, no podem acceptar que això passi. L'educació ha de ser un espai en el que puguem desenvolupar les nostres potencialitats i on els professionals que us hi

dediqueu confieu amb nosaltres i ens encoratgeu a aconseguir les nostres fites. Sols mitjançant l'educació podem sortejar el destí que sembla estar escrit en un diagnòstic de salut mental. Per això, des de la *Federació Veus* reivindicuem el treball sobre l'estigma en educació i demanem que els professionals s'esforcin per superar els seus prejudicis i ens acompanyin en la nostra educació possibilitant que ens puguem desenvolupar plenament.

“Els professors ens diuen: “No, en aquest cole millor que no, hi ha un grup de bulling que no el podem controlar, perquè resulta que tenim tres noies que són xineses que no entenen el castellà, un altre que és autista, un altre que no sé que, i no hi ha més que un professor per trenta i, millor que no vingui”, no? Clar, té tot el dret a venir.”