

Estigma o Discriminación en la Atención en Salud Mental

Hernán María Sampietro

Introducción:

La cuestión del Estigma en Salud Mental se ha planteado desde el mismo momento que el concepto se introdujo en las ciencias sociales. Hace más de 50 años Erving Goffman publicaba su libro: "*Estigma: la identidad deteriorada*"¹, en el cual ya ponía como ejemplo de colectivo estigmatizado a las personas con un trastorno mental. En este sentido, la sociología lleva medio siglo analizando los mecanismos sociales por los cuales se devalúa a las personas con un diagnóstico psiquiátrico a una condición social inferior.

Aquí hay que recordar que Goffman ya nos enseñaba que para entender la estigmatización, más que hablar de atributos y cualidades de las personas, hay que hablar de relaciones. Así, el autor señalaba que: "*Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso por sí mismo*"². Es decir, la característica distintiva que se percibe o atribuye y que genera la segregación no es intrínsecamente mala (ni tampoco buena), sino que es valorada negativamente en un momento histórico y cultural determinado.

Precisamente, el estigma es un proceso social porque la devaluación es una construcción contextual que evidencia unas relaciones de poder desigual. Por ello se afirma que: "*El problema del estigma no reside en el atributo estigmatizador ni en la persona que lo posee, sino en la desafortunada circunstancia de poseer un atributo que, en un contexto social dado, conduce a la devaluación*"³. Un ejemplo muy claro lo encontramos en la cantidad de melatonina de la piel, que no hace mejor o peor a nadie, pero que hasta el siglo pasado fue argumento suficiente para clasificar un 'tipo de personas' (de raza negra) y considerarlas como inferiores.

Para comprender los efectos que genera el Estigma, hay que tener en cuenta que está compuesto de dos elementos:

- Los Prejuicios, que hacen referencia a un conjunto de ideas erróneas y estereotipadas, atribuidas a una persona o colectivo
- La Discriminación, referida a una serie de conductas de rechazo, menosprecio y distancia social hacia una persona o colectivo

En este sentido, las ideas (prejuiciosas y estereotipadas) orientan y determinan las acciones a seguir y, a su vez, los actos (discriminatorios)

¹ Goffman, E.: (1963) "*Estigma: la identidad deteriorada*". Amorrortu Editores. 2006.

² Ob. Cit.

³ Crocker, J.; Major, B. & Steele, C.: (1998) "*Social Stigma*". En: Gilbert, D.; Fiske, S. & Lindzey, G. (Eds.): "*The Handbook of social psychology*" (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill

encuentran su justificación en las concepciones que los sustentan. Así, por ejemplo, en salud mental el prejuicio de peligrosidad e impredecibilidad genera miedo, rechazo y evitación⁴ o la idea de irrecuperabilidad acarrea pérdida de oportunidades⁵.

Precisamente, los prejuicios más usuales⁶ y extendidos socialmente en relación a las personas con un problema de salud mental son el de peligrosidad (son violentos y/o criminales), impredecibilidad (son impulsivos, volubles) e irrecuperabilidad (están siempre sintomáticos, no mejoran); junto a la culpabilidad (la persona es responsable de su enfermedad o de los síntomas, por falta de voluntad, debilidad de carácter, etc.) y la confusión con la disminución psíquica o la infantilización.

Conocer e identificar estas ideas estereotipadas y erróneas es fundamental para la atención en salud mental, ya que los propios profesionales suelen reproducirlas y reforzarlas. En este sentido, cabe recordar que: *“El profesional también forma parte de la población general; tiene sus propios prejuicios como persona y muchas veces los lleva consigo al centro de trabajo”*⁷. Toda persona vive inserta en el medio social y cultural que le ha tocado, por lo que no es inmune a sus creencias, ni está exenta de compartir sus prejuicios.

La formación académica y/o la experiencia laboral no parecen ser elementos que garanticen la superación de las atribuciones erróneas más comunes en este ámbito. Al respecto, hay estudios⁸ que enseñan que los profesionales sanitarios tienen actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental y que, incluso, estas actitudes son peores entre los profesionales que trabajan en Salud Mental que entre quienes lo hacen en Atención Primaria.

De hecho, la investigación enseña que el estigma comienza en el mismo ámbito hospitalario, con el diagnóstico, al identificar y reducir toda la persona a una etiqueta nosológica. En este sentido se señala que: *“Las dinámicas que tienen lugar en los contextos hospitalarios crean las condiciones básicas del estigma social. En este contexto, la persona usuaria queda definida exclusivamente a partir de la enfermedad mental. Esto*

⁴ **Levey, S.:** (1995) *“Dangerousness, Unpredictability and Fear of people with Schizophrenia”*. Journal of Forensic Psychiatry, 6 (1): 19-39

⁵ **Stier, A. & Hinshaw, S.:** (2007) *“Explicit and Implicit Stigma Against Individuals With Mental Illness”*. Australian Psychologist, 42(2) 106-117

⁶ **Nairn, R.:** (2007) *“Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review”*. Australian Psychologist, 42(2): 138 – 146

⁷ **Redondo García, I.:** (2014) *“Aspectos que dificultan la salud mental relacional en el ámbito sanitario”*. En: *“Los cuidados enfermeros desde una aproximación relacional”*. XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

⁸ **Granados, G.; López Rodríguez, M. y Márquez, V.:** (2012) *“Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones en la salud mental”*. I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental, Libro de Actas.

provoca que se arraigue la enfermedad como el atributo desde el cual se define a la persona en todo momento"⁹.

Estos prejuicios son especialmente nocivos en este contexto porque pueden afectar a la calidad de la atención, fundamentalmente porque perjudican el trato y la comunicación para con los usuarios y usuarias de los servicios. Así, al analizarse la relación entre las personas usuarias y profesionales de salud mental, se concluye que: *"Las carencias en las formas de comunicación y el trato con el paciente parecen ser un déficit muy presente en esta relación"*¹⁰.

Además, las personas usuarias de los servicios atribuyen al estigma estas carencias en la atención, considerando que son actitudes prejuiciosas de los profesionales las que las producen. Al respecto, se señala que: *"En muchas ocasiones este déficit comunicativo suele asociarse a la enfermedad mental. Es decir, el hecho de estar sufriendo una enfermedad mental se argumenta como el causante de que no se haga caso a las demandas. Las personas entrevistadas entienden el sentido de infravaloración como un prejuicio hacia la persona por padecer una enfermedad mental"*¹¹.

La importancia de escuchar y valorar a la propia persona afectada de un problema de salud mental no es sólo una cuestión ética, sino también terapéutica. En este sentido, se ha observado que: *"El proceso terapéutico incrementa su eficacia cuando la persona usuaria participa en la toma de decisiones de las intervenciones en las que está involucrada"*¹². Por lo tanto, las ideas erróneas y estereotipadas atribuidas a quienes viven con un diagnóstico psiquiátrico pueden afectar a la calidad del tratamiento y al proceso de recuperación.

Asimismo, actualmente la satisfacción de las personas usuarias es considerada un indicador de calidad de los servicios de salud, en general, tanto en salud mental como en otros ámbitos sanitarios. Esta satisfacción en el ámbito hospitalario, como era de esperar, depende en buena medida del trato que los pacientes reciben por parte del personal de enfermería: *"La percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto el trato digno por enfermería que el usuario recibe*

⁹ **Granados, G.; López Rodríguez, M. y Márquez, V.:** (2012) *"Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones en la salud mental"*. I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental, Libro de Actas.

¹⁰ **Causa, A; Sol, M.; Faura, R.; Garcia, N. & Domènech, M.:** (2007) *"La relació entre usuaris i professionals en l'àmbit de la salut mental"*. Projecte ADEMM: conciènciació i empoderament dels usuaris. Divulgació de les seves opinions.

¹¹ **Ob. Cit.**

¹² **Causa, A; Sampietro, H. & Faura, R.:** (2009) *"La relación entre las personas usuarias y profesionales en el ámbito de la salud mental. 2º Estudio Psicosocial: el proceso terapéutico"*. Proyecto ADEMM: concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones.

*constituye un indicador de calidad*¹³. Así, cuando el trato no se corresponde a las expectativas y no es percibido como digno y adecuado, la satisfacción de las personas usuarias se ve perjudicada, pudiendo afectar a la adhesión al tratamiento y/o generar un rechazo de los servicios hospitalarios.

Incluso hay estudios que revelan que el estigma en el ámbito sanitario sería responsable de algunas situaciones de exclusión sanitaria de las personas con un problema de salud mental por parte de los profesionales. Esto sucedería cuando se presenta el prejuicio de culpabilidad, según el cual la propia persona afectada sería responsable de sus síntomas y del trastorno: *“Con dichos prejuicios, se suele culpabilizar al paciente de su propio proceso, y de alguna manera se le hace responsable de su diagnóstico, evolución y pronóstico. Se puede llegar a culpabilizar a una persona que padece hipertensión o tabaquismo; y esto puede aumentar cuando se trata de una enfermedad mental. En ocasiones los propios signos y síntomas de la enfermedad son interpretados por el profesional como faltas de respeto hacia la relación establecida, llevando dichos comportamientos o verbalizaciones a un campo no profesional, de tal manera que incluso puede provocar que el paciente sea excluido del recorrido terapéutico en el que se encuentra.”*¹⁴

En definitiva, diferentes estudios revelan que el estigma es un factor significativo que afecta a la calidad de la atención en salud mental y a la satisfacción de las personas usuarias de los servicios, pudiendo provocar exclusión sanitaria y/o abandono de los tratamientos. Para conocer la situación actual en relación al estigma y la discriminación en la atención es fundamental preguntar a las personas usuarias de salud mental por el **trato percibido** en el ámbito sanitario.

Precisamente, estos son los objetivos del presente trabajo:

- Conocer si las personas usuarias de salud mental se sienten objeto de estigma y discriminación en el ámbito sanitario
- Identificar qué tipo de actitudes o comportamientos identifican como discriminatorias en este contexto

¹³ García Gutiérrez, C. & Cortés Escarcega, I.: (2012) “Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México”. Revista CONAMED, vol.17, núm. 1

¹⁴ Ob. Cit.

Metodología:

Para conocer el trato percibido por las personas usuarias de los servicios de salud mental, se utilizó un **Cuestionario Auto-administrado**, consistente de dos preguntas abiertas:

- 1- *¿Has vivido alguna forma de discriminación o maltrato por motivos de salud mental cuando has estado ingresado/a? ¿Qué tipo de discriminación? (Explica la situación)*
- 2- *Y cuando te han atendido en un Centro de Salud Mental (CSMA) o un Centro de Atención Primaria (CAP), ¿has vivido discriminación o maltrato por motivos de salud mental? (Explica la situación)*

A todas las personas participantes se les explicó que el cuestionario era doblemente anónimo: por una parte, se mantiene oculto el nombre de las personas que responden; por la otra, tampoco se revelan los nombres de los Centros Sanitarios que pudiesen ser mencionados.

Un total de 60 personas recibieron el cuestionario. Todas ellas, miembros de **ActivaMent Catalunya Associació**. Para participar era preciso que las personas, socias o colaboradoras, tuviesen un diagnóstico psiquiátrico y que hubiesen pasado por, al menos, un centro de salud mental público. Así, el muestreo realizado es de tipo **No Probabilístico, por Conveniencia**. En este sentido, hay que tener en cuenta que quienes participaron son personas activistas de la salud mental, las cuales suelen haber realizado o estar realizando un proceso de empoderamiento que les otorga una mirada crítica sobre las prácticas discriminatorias.

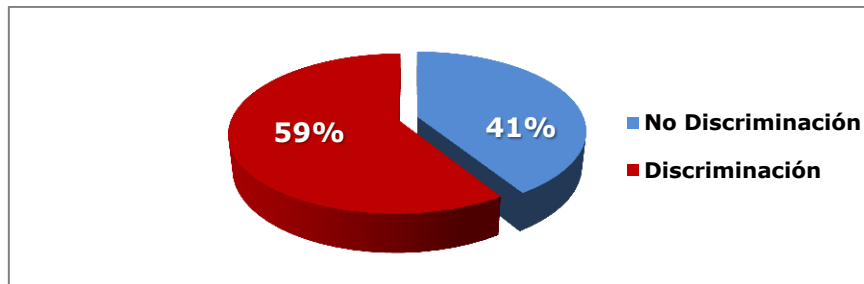
Del conjunto de la muestra seleccionada, 29 personas respondieron al cuestionario; 17 hombres (59%) y 12 Mujeres (41%), con edades comprendidas entre los 25 y los 58 años.

En el total de relatos recogidos, se mencionan experiencias vividas en 13 centros sanitarios diferentes, entre Urgencias Hospitalarias, Unidades de Agudos, Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Atención Primaria (CAP). De ellos, 7 son de la ciudad de Barcelona; 3 de otras poblaciones de Cataluña (Sant Boi, Granollers y Olesa) y 3 de otras ciudades de España (2 de Madrid y 1 de Pamplona).

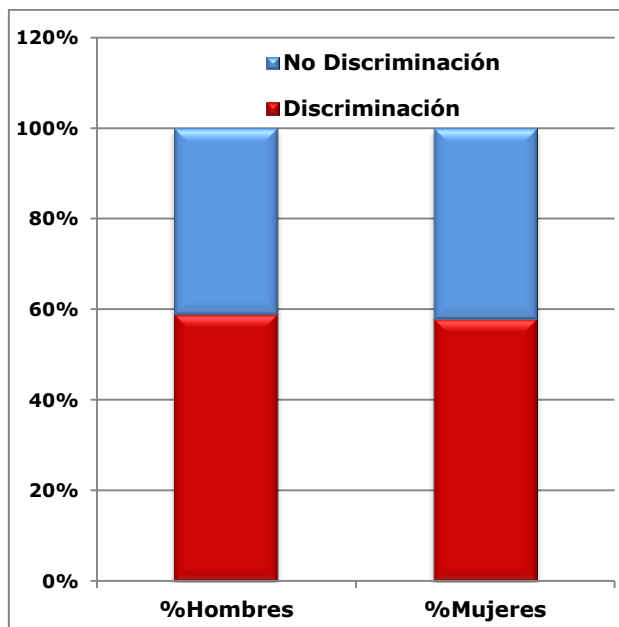
Las respuestas recogidas se analizaron, en primer término, de manera cuantitativa. Esto nos permite conocer los porcentajes relativos de personas que se han sentido discriminadas o maltratadas en el ámbito sanitario por motivos de salud mental, atendiendo al sexo y al tipo de centro sanitario. En segundo lugar, se realizó un análisis cualitativo categorial de los relatos para conocer cuáles son las situaciones o comportamientos que se producen en este contexto y que las personas consideran discriminatorias.

Resultados:

Del total de personas que participaron de la consulta (29 personas), el 59% (17 personas) refirió haber vivido en primera persona alguna forma de discriminación o maltrato en el ámbito sanitario. De ellas, tres también relatan haber presenciado este tipo de situaciones de las cuales eran objeto otros usuarios de los servicios.



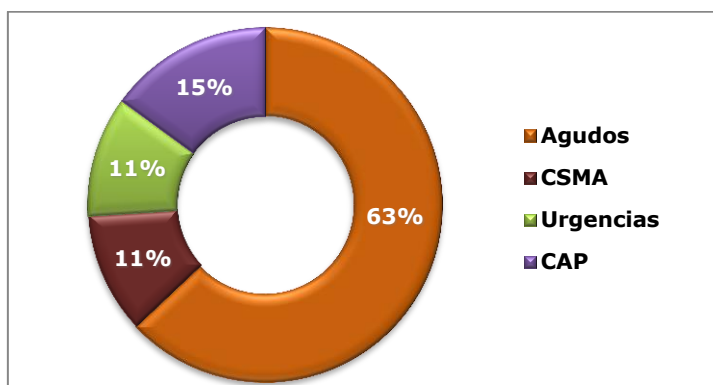
En este sentido, si bien la muestra no es estadísticamente significativa, llama la atención el alto porcentaje de personas que tienen una valoración negativa del trato recibido por motivos de su salud mental en el ámbito sanitario. Casi 6 de cada 10 personas consultadas refieren haber sido objeto y/o haber visto maltrato o discriminación en, al menos, una ocasión. De ellas, además, casi la mitad (el 47%) señala que no se trató de un único caso o situación, sino que explican diversos ejemplos. Es decir, se trataría de una vivencia repetida. En total, se han descrito 26 casos considerados como maltrato o discriminación por motivos de salud mental en este contexto.



En cuanto al porcentaje relativo de hombres y mujeres que describen haber vivido discriminación o maltrato, las cifras son casi idénticas: sucede en el 59% de los Hombres (10 de 17) y en el 58% de las Mujeres (7 de 12). En definitiva, no parece que el sexo sea una variable significativa para explicar la discriminación percibida.

A su vez, también podemos considerar el tipo de centro sanitario donde se producen las situaciones percibidas como discriminatorias o de maltrato. En este sentido, los 26 casos descritos se distribuyen de la siguiente manera:

El 63% sucedieron en una Unidad de Agudos; el 11% en un CSMA; el 11% en Urgencias del Hospital General, y el restante 15% en un CAP.



Como vemos, aquí encontramos algunos datos significativos. En primer lugar, casi 2 de cada 3 situaciones percibidas como discriminatorias o de maltrato se dan en la Unidad de Agudos; cifra que arriba a 3 de cada 4 cuando incluimos la atención en los CSMA. Ahora bien, también es llamativo que 1 de cada 4 casos señalados se produce en un Centro de Atención Primaria o en Urgencias del Hospital General; es decir, hay discriminación percibida por motivos de salud mental en contextos sanitarios que no tienen que ver con la atención psiquiátrica.

A continuación veremos cuáles son las situaciones o comportamientos que se producen en este contexto y que las personas consideran como discriminatorias o que las hacen sentirse maltratadas. Si bien se describen muchos casos diferentes (26, en total), podríamos resumirlos en 3 categorías básicas:

- La Desvalorización o Descrédito
- El Trato Vejatorio
- La Mala Praxis

Veamos cada uno de ellos, atendiendo a cómo los describen las propias personas que se han visto afectadas por estas situaciones.

a- La Desvalorización o Descrédito

Se produce cuando no se toma en serio la palabra de la persona que explica un problema de salud, por el hecho de tener un trastorno mental, incluso en los casos que se trata de un problema físico. La devaluación de la persona, producto del estigma social, desacredita su palabra y convierte en objeto de sospecha o duda todo lo que explica. En este sentido, se relata lo siguiente:

"Puedo hablar de un trato quizás diría poco sensible por parte de mi médico de cabecera. Cosas como tomarse poco en serio mi preocupación por la salud general o alguna indirecta acusándome de mentirosa." (M8)

Esta vivencia parece ser bastante repetida, ya que aparece en varios relatos, y es fuente de gran malestar para la persona que se siente tratada con desconsideración y menosprecio. Además, se resalta que esta conducta discriminatoria únicamente se produce en el contexto sanitario y depende del hecho de que quien los atiende conoce el diagnóstico y el historial clínico; por lo tanto, se trataría de estigma por motivos de salud mental.

“Cuando he ido quejándome de un dolor o de que si estoy ‘chafado’, de que si me pasa esto o lo otro, mi impresión siempre ha sido la misma: que no me toman en serio, como si fuese una persona que todo lo que le sale de la boca no importa, no tiene valor, está fuera de la realidad o es incoherente; cuando soy una persona que no tiene este problema en ningún ámbito más de la vida”. (H4)

Para entender por qué sucede esto, es necesario recordar cómo funciona el mecanismo de devaluación de la persona estigmatizada. Este proceso puede ser explicado siguiendo una serie de pasos¹⁵:

1. **Se identifica o atribuye una característica distintiva** a una persona o grupo (el color de la piel, una orientación sexual, un problema de salud mental, etc.)
2. **Se valora negativamente la característica o condición atribuida** a la persona o grupo (las pieles negras huelen mal, la homosexualidad es antinatural, la esquizofrenia hace perder la razón)
3. **Se realiza una generalización causal** explicando toda la persona y sus actos en función del atributo negativo (la persona, pasa a ser “una negra”, “un maricón” o “una loca” que se comportaría en todos sus actos como negra, maricón o loca)
4. **Se devalúa la persona o colectivo que tiene la característica atribuida**, sin atender a ninguna otra característica personal ni a los comportamientos reales (per el hecho de ser negra, maricón o loca, la persona es despreciable y socialmente inferior)

Así, cuando todo lo que la persona hace o dice se valora en función de un diagnóstico, cualquier comportamiento es visto como un síntoma. De esta manera, la persona misma desaparece delante de los ojos de quien sólo ve una enfermedad manifestándose. Esta desvalorización o descrédito no sólo ‘está mal’ en términos deontológicos o morales, sino que puede ser muy nociva en términos sanitarios ya que, en ocasiones, es motivo de negligencia profesional. Encontramos un ejemplo en el siguiente relato:

“Hace unos años tuve un esguince de tobillo. La doctora de urgencias, al ver mi historial psiquiátrico, menospreció mi lesión recomendándome sólo una pomada y que fuese al psicólogo. El dolor

¹⁵ Link, B. & Phelan, J.: (2001) “*Conceptualizing Stigma*”. Annual Review of Sociology, Vol. 27, Pag. 363-385

continuaba y casi no podía caminar, así que insistí que quería una radiografía. Entonces quedó claro que estaba roto, pero como lo trataron de manera tardía, aún tengo secuelas. Así que yo sí he notado cierto disgusto, tanto en doctores como en enfermeras, a la hora de tratar a alguien con enfermedad mental, ya sea dejándose guiar por primeras impresiones o por el historial del ordenador". (H1)

Más allá de desacreditar la palabra de quién lleva la marca del estigma considerando que lo que dice no es real, el hecho de reducir toda la persona a la condición estigmatizada puede llevar incluso a desatender otros diagnósticos clínicos, no psiquiátricos. Este es el caso de una situación percibida en la cual un joven diabético estaba sufriendo una hipoglucemia, pero era tratado como simulador o no cooperante con el personal de enfermería:

"A los pocos días de haber entrado en la Unidad de Agudos entró un muchacho que había sufrido un brote psicótico y que era diabético. El chico muchas horas no aguantaba, porque se le bajaba el azúcar. Una vez, a la hora de comer, él no viene y va una enfermera a buscarlo a su habitación y mientras lo acompañaba por el pasillo, él cae desplomado al suelo (una bajada de azúcar). Resulta que la enfermera lo coge del brazo y le grita: ¡Levántate!, varias veces. El chico no parece responder, está medio desmayado. Al final lo llevan como pueden entre dos a la mesa a comer. Aun sabiendo que la persona es diabética y pierde la consciencia estando ingresado... La actitud de la enfermera gritándole y tirándole del brazo no me gustó nada". (H3)

Una forma particular de descrédito y desvalorización que se produce en la relación entre los profesionales y los usuarios de los servicios de salud mental es la infantilización de la persona o la confusión con la disminución psíquica. Se trata de dos prejuicios muy arraigados socialmente y que llevan a considerar a la persona diagnosticada de un trastorno mental como incapaz de entender qué le sucede o de poder participar activamente de su proceso terapéutico. Situación que no se reduce sólo al momento de estar pasando un brote o una crisis, sino que se mantiene como si fuese una característica o condición definitoria de la persona.

En este sentido, una periodista profesional, que vive y trabaja con un diagnóstico psiquiátrico, nos relata un ejemplo y cuáles son sus consecuencias:

"Una vez, siendo derivada al Centro de Salud Mental de referencia que me correspondía, me trató un psiquiatra que cuando le dije que yo quería que me explicara el tratamiento que me mandaba, y por qué ese y no otro, y cómo funcionaba ese tratamiento en concreto, me dijo que mi cabeza era como una lavadora estropeada y él era el

técnico que sabía arreglarla, y que igual que yo no me entrometía en el trabajo de un técnico que me arreglase la lavadora, no me metiera en el suyo y simplemente obedeciera. Como yo así no es como entiendo la relación psiquiatra-paciente (de hecho me parece una barbaridad entenderla y transmitirla así), pedí el cambio de médico y me lo negaron por, según ellos, tener el resto de profesionales las agendas completas. Esto resultó en que poco tiempo después abandoné el tratamiento y las sesiones con ese psiquiatra y estuve un tiempo sin supervisión de profesional alguno (en el que empeoré)."
(M1)

Como vemos, una mala relación de los profesionales sanitarios con los usuarios de los servicios, en especial en el caso de ser el psiquiatra de referencia, es casi una garantía de fracaso del tratamiento. La falta de confianza y la desvalorización suele generar un efecto espejo: no genera confianza quien te trata con desconfianza. Es por ello que se destaca la importancia de la empatía y del vínculo en la atención en salud mental. En este sentido, el trato es visto como parte del tratamiento:

"Es importante que los médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras u otros profesionales tengan empatía con el paciente porque, de otra manera, el fracaso está asegurado." (H3)

b- El Trato Vejatorio

Esta es la forma más repetida en los diferentes relatos de maltrato percibido. Son diversas situaciones en las cuales la persona se siente humillada por la manera como es tratada por el personal sanitario. El Trato Vejatorio no se referiría a una falta de atención cordial o humana, sino a una violación de los derechos del paciente y/o a graves faltas a las normas hospitalarias. En este sentido, si bien algunas de las prácticas institucionales psiquiátricas habituales son cuestionadas (como la involuntariedad de los ingresos o la contención mecánica), no son estas las situaciones que se consideran aquí como vejatorias.

"Los métodos que utilizan se podrían ver como una forma de maltrato (uso del poder, represión): los ingresos involuntarios, que aún se ligan a las personas en los hospitales. Pero bueno, son temas complicados." (M6)

Por el contrario, a continuación veremos algunos ejemplos de situaciones que no entran dentro de lo admisible en la atención sanitaria, que no hay argumento profesional que permita justificarlas y que, a día de hoy, aún siguen presentándose con frecuencia. En este contexto, el maltrato percibido es particularmente repetido en cuanto a las medidas de contención mecánica se refiere. Y no se trata del derecho o no a ligar a una persona, que es considerada en sí una cuestión deontológicamente

polémica, sino de los criterios que se utilizan para hacerlo o del trato que se le da a la persona privada de su libertad.

En primer lugar, se remarca la vivencia de arbitrariedad en la aplicación de esta medida extrema. En ocasiones, no se comprenden los criterios por los cuales se aplica, de manera que la persona la siente como un abuso, más que como una intervención sanitaria. Principalmente, parece que es la peligrosidad atribuida a la persona el criterio utilizado para la contención mecánica; valoración que se hace de manera subjetiva por parte de quien la aplica y que puede dar lugar a un uso excesivo e indiscriminado.

"La concepción que tiene esta gente de agresivo es bastante sui generis. A mí me ataron y yo prácticamente me estaba riendo. Cuando no me desataron ni para ir al baño no me hizo tanta gracia, pero en ningún momento me resistí ni solté tan solo improperio alguno." (H5)

"Vi como ligaban a una chica cuando estaba ingresada porque se quejaba de que no tenía las toallas limpias." (M6)

En este sentido, no sólo se percibe como un maltrato el hecho de ser ligado, sino también la duración de la medida. Es decir, si bien la persona puede aceptar que en un determinado momento estaba pasando una situación emocional que puede justificar la contención mecánica, si esta se prolonga más allá de ese momento, su aplicación se vive como arbitraria y desmedida.

"Yo he estado ligada durante toda una noche y a la mañana nomás me desligaron una mano para desayunar. Decían que estaba demasiado agresiva para desligarme, pero yo no lo recuerdo así". (M7)

Incluso, hay relatos que explican el uso de mentiras para poder imponer la contención a lo largo de varios días. Es decir, no sólo se considera que los criterios utilizados no son apropiados o ciertos, sino que en ocasiones se viven como intencionadamente falsos, con toda la carga emocional de abuso que genera esta situación. En estos casos, hay que recordar que la palabra de la persona afectada está desacreditada, por lo cual no tiene manera de hacer valer su punto de vista. La situación se vive entonces como indefensión.

"En el segundo ingreso los tres primeros días los pasé atado a la cama. A mi familia, que no podía visitarme, le decían que me estaban haciendo una cura de sueño. Una enfermera conseguía que se me siguiera atando, argumentando a los celadores que me quería suicidar, y no era cierto." (H13)

Por otra parte, en cuanto a la contención mecánica no sólo se critica su arbitrariedad o duración, sino también el hecho de que puede hacer vivir a la persona una situación de humillación. Esto sucede, por ejemplo, cuando se aplica en público, violando el secreto profesional. El hecho de ser expuesta a la mirada de los demás, marcada como persona con un trastorno mental, fuera del espacio destinado a la atención psiquiátrica, vulnera los derechos del paciente. Esto es algo que aparece en los relatos que describen ingresos involuntarios y traslados.

"En un ingreso involuntario me atendieron en urgencias, me ligaron a una camilla en espera de ser trasladado al hospital... y me dejaron horas en el pasillo, a la vista de todos. Nadie de los que pasaba, a los que yo pedía ayuda, se interesó por mí, ni me hizo caso." (H2)

En el mismo sentido, hay otra práctica que se explica en la mayoría de los relatos de las personas que fueron ligadas y que se refiere a un trato vejatorio y contrario a los derechos fundamentales de los pacientes: el hecho de obligar a la persona a orinarse encima por desatención del personal sanitario.

"Meada en la cama, atada y sin comer. Éste es el recuerdo que me queda de una experiencia de maltrato durante un ingreso en la unidad de agudos. Allí durante al menos todo un día, sintiendo la humedad y el frío por todo el cuerpo. Aprisionada, humillada, abandonada... Sin atención a las necesidades básicas. Ya no digamos a las emocionales. Trato vejatorio, maltrato y/o abuso institucional. Fue una horrible pesadilla." (M2)

El abandono de la higiene, incluso de la alimentación de la persona ligada durante muchas horas (o un día entero) es algo que explica el 70% de las personas consultadas y que han pasado por uno o más episodios de contención mecánica. Esta práctica, en todos los casos, se vive como una situación de violencia institucional y un abuso.

Ahora bien, las situaciones vividas como humillantes no se agotan en el abandono sufrido durante las contenciones mecánicas. En los relatos de ingresos más recientes también aparece otra forma de incumplimiento de las normas sanitarias y de seguridad básicas que resulta violenta para las personas ingresadas. En estos casos, se hace referencia a que los pacientes, debido a los recortes presupuestarios, en determinados momentos o turnos quedan a cargo de personas sin ningún tipo de formación, capacitación ni experiencia en psiquiatría.

"En los últimos ingresos que he tenido, por motivos de los recortes sanitarios, la planta de psiquiatría no contaba con suficientes celadores a determinadas horas, por lo que en más de una, dos y tres ocasiones, se echaba mano de unos 'guardias de seguridad'

(‘seguratas’, vamos) que subían a la planta para que los ingresados ‘estuviéramos tranquilos’ o, en ocasiones, eran avisados directamente para que subieran a contener/reducir a alguno de los enfermos. Dos miembros de seguridad, uniformados y con porra y esposas, sin formación sanitaria especializada en salud mental, como la que sí tienen los celadores asociados a la unidad de psiquiatría, y de la que estos seguratas carecen. A mí esto me parecía una barbaridad, que contraten más celadores si uno de ellos tiene reducción de jornada, pero que no llamen a guardias de seguridad sin formación y armados. ¿En qué planta se tolera eso, si no en psiquiatría?’ (M1)

Pasar por esta situación, más allá de ser contrario a las normas y lo que supone en términos sanitarios, hace que las personas se sientan tratadas como si hubiesen cometido un delito, en lugar de estar siendo atendidas por un problema de salud. Esta circunstancia, además, refuerza los prejuicios de peligrosidad incluso para las propias personas afectadas, incrementando el autoestigma.

En definitiva, los relatos nos ponen de manifiesto que, aunque España es un país que se ha desmanicomializado hace décadas, las inercias institucionales conservan algunas prácticas que deberían haber desaparecido. Esto es lo que reflexionan quienes se han sentido humillados en el trato recibido en la atención sanitaria a sus problemas de salud mental.

“Realmente que la humillación del paciente entre dentro de los protocolos sanitarios no me parece de recibo en el siglo XXI, yo ni tan solo sabía que no hacía falta ir al baño para hacer pis. De hecho creo que ese es el mayor logro de la psiquiatría del último siglo, conseguir hacer pis desde la cama sin llevar pañales. ¡Toda una proeza!” (H5)

c- La Mala Praxis

Esta es la tercera, y última, categoría de situaciones valoradas de manera negativa por las personas usuarias de los servicios de salud mental. Aquí la consideración que se hace es que las intervenciones profesionales son erróneas, especialmente por vivirse como excesivas y desproporcionadas a las necesidades clínicas. La situación que más se menciona en este apartado es la sobremedicación. En este sentido, cuando la medicación que se le da a alguien se ve como excesiva, la intervención se valora como una negligencia profesional.

“En el Hospital ingresada no he sufrido ni discriminación ni maltrato. Eso sí, algunas negligencias graves, la peor la sobremedicación exageradísima.” (M8)

En estos casos, se considera que el exceso de medicación puede perjudicar otros apartados de la atención, ya que la persona puede perder sus

capacidades básicas para valerse por sí misma. En algunos relatos se remarca, además, que la sobremedicación no encuentra explicación en la evolución de la persona y, por ello, se ve como una mala praxis. Esto sucede, por ejemplo, cuando se produce una subida brusca de las dosis y/o cuando se introduce un nuevo medicamento que afecta muy negativamente las capacidades para funcionar de manera autónoma.

“En la Unidad de Agudos había una chica de 21 años, delgadita, débil, joven. Estaba por orden judicial y le habían diagnosticado trastorno bipolar. Cuando ya llevábamos unas 4 semanas de ingreso, y ya había charlado con ella, un buen día le dan una dosis muy alta de la medicación que se tomaba. Aquella noche, en la que ella estaba sentada en el sofá del comedor ante la tele, se quedó dormida. Era hora de cenar y todos fuimos a la mesa, pero ella seguía durmiendo. Resulta que la dosis del medicamento que le habían prescrito era como para matar a un elefante, porque ella estaba bien drogada. Las enfermeras la cogieron y la arrastraron hacia la mesa para cenar. Ella, bien atontada, se miraba el plato y me imagino que le daría vueltas la cabeza porque era incapaz de coger el tenedor para recoger la comida. Cuando acabamos de cenar, unas enfermeras la volvieron a coger y la arrastraron a su habitación para que durmiese. Al día siguiente le revisaron la medicación y eso no volvió a pasar.”
(H3)

Aquí hay que tener en cuenta que los excesos de la medicación psiquiátrica también se reflejan en el incremento del nivel de sus efectos secundarios. Por lo tanto, cuando se producen estas situaciones la persona puede sentirse más discapacitada por las intervenciones profesionales que por los propios síntomas. En estos casos, el remedio se ve peor que la enfermedad y las actuaciones se consideran abusivas.

“En el segundo ingreso, el psiquiatra de guardia de aquella noche me metió un jeringuillazo intramuscular que me dejó fuera de órbita dos días. No puedo asegurar que antes de que llegara los celadores no me hubieran dado otro. Me tenían colocadísimo. Llegué a estar convencido de ello. Me costó tres semanas volver a escribir por los temblores de las reacciones de toda la medicación.” (H13)

Ahora bien, no sólo la sobremedicación es percibida como mala praxis por las personas usuarias de los servicios de salud mental. También aparecen en los relatos intervenciones basadas en informes o en la palabra de terceras personas, sin exploración clínica del paciente por parte del profesional cualificado. Esta parece ser otra consecuencia de la desvalorización de la persona diagnosticada: no hace falta escucharla para saber qué le pasa, ya que lo que diga no aportaría información válida.

"Yo viví una mala praxis. Tuve un psiquiatra que me recetó un fármaco en base a los informes de la psicóloga, sin haberme visitado a mí personalmente." (M9)

Conclusiones y Reflexiones:

Más de la mitad de las personas consultadas señalan que han sido objeto de discriminación y/o maltrato en el ámbito sanitario por motivos de salud mental, al menos en una ocasión. De ellas, casi la mitad señala que ha sido una situación repetida y no un hecho aislado. En estos casos, el trato percibido y la valoración que se hace de la atención profesional son negativos.

El contexto en el cual se describen mayor cantidad de situaciones percibidas como discriminatorias es la Unidad de Agudos. De hecho, dos de cada tres casos señalados se producen allí, lo cual hace pensar que, quizás, cuánto más graves son los síntomas, más fácil resulta que los profesionales olviden que detrás de la enfermedad hay una persona. Así, la reducción de la persona a una etiqueta nosológica y la atención exclusiva a la sintomatología podría afectar al trato y a la calidad de la atención sanitaria.

Complementariamente, cabe resaltar que una considerable proporción de casos de discriminación descritos se produce más allá del contexto de la atención psiquiátrica. Aquí, uno de cada cuatro casos se presenta en Atención Primaria o en las Urgencias del Hospital General. Por lo tanto, parece que los prejuicios que moviliza el diagnóstico en los profesionales afectan a las personas en todos los espacios sanitarios, independientemente de cuáles sean sus necesidades clínicas.

Igualmente, cabe observar que no hay diferencias en la proporción relativa de hombres y mujeres que señalan haber vivido discriminación y/o maltrato. Es decir, el género no parece ser un factor que interfiera con los prejuicios por motivos de salud mental. Aquí no se ha preguntado por otras variables que podrían afectar a la discriminación percibida, como podrían ser la clase social, etnia, orientación sexual u otras. Sería interesante saber si otras características objeto de discriminación también se diluyen frente a la salud mental como condición estigmatizada. Es posible que cuando toda la persona y sus actos pasan a ser explicadas exclusivamente por el diagnóstico, desaparezcan sus cualidades personales, historia, características distintivas y todo lo que la hace única.

En cuanto a las actitudes o comportamientos que las personas consultadas identifican como discriminatorias en este contexto, encontramos los tres tipos señalados: el descrédito o devaluación de su palabra, el trato vejatorio y la mala praxis profesional.

El descrédito de la palabra de la persona diagnosticada, incluso cuando se ha recuperado y lleva una vida normalizada, parece ser una experiencia bastante usual. Esto provoca que no se tome en serio lo que la persona explica incluso cuando se trata de un problema de salud física, pudiendo dar lugar a situaciones de negligencias profesionales. Este tipo de prejuicio está presente en todos los espacios sanitarios y no sólo en la atención psiquiátrica. En este sentido, la calidad de la atención sanitaria puede verse afectada por el hecho de llevar un diagnóstico de salud mental.

Por su parte, el trato vejatorio es una situación que se percibe casi exclusivamente en la Unidad de Agudos y mayoritariamente en relación a las medidas de contención mecánica. Aquello que se valora como un abuso es la arbitrariedad con la que se aplica la medida, el hecho de que lo que la persona dice no se tenga en cuenta a la hora de valorar su 'peligrosidad', la duración de su aplicación (mucho más allá del momento que se podría aceptar como necesaria), el ser expuesto en público, la desatención a la alimentación o la higiene y la humillación que supone haber de orinarse encima. Asimismo, también se valora como vejatoria una nueva situación producto de los recortes: el hecho de que los celadores, con formación especializada en atención a personas con problemas de salud mental, sean reemplazados por guardias de seguridad, sin formación y armados de porras y esposas. Todas estas situaciones violan las normas sanitarias y los derechos fundamentales de las personas. Quienes las han vivido sienten, con motivo, que en el ámbito sanitario llevar un diagnóstico psiquiátrico hace que no sean considerados como ciudadanos de pleno derecho.

Por último, cuando atendemos a las situaciones descritas como mala praxis profesional, encontramos que a la que se hace referencia más habitualmente es la sobremedicación. En estos casos, el exceso es considerado como una intervención abusiva, ya que afecta a las capacidades básicas de la persona para funcionar de manera autónoma y los efectos secundarios pueden ser más limitantes que los propios síntomas. Igualmente, también se hace referencia a intervenciones realizadas sin visitar al paciente, basándose sólo en lo que explican terceras personas; lo cual parece ser un efecto más de la devaluación de la palabra de quien lleva la marca del estigma en salud mental.

Más allá de consideraciones ético-legales, en términos sanitarios estos prejuicios son nocivos y deberían plantearse como un problema que requiere una solución institucional. Cuando las personas no perciben un trato digno y se sienten tratadas de manera discriminatoria es más probable que rechacen los servicios hospitalarios y que puedan abandonar su tratamiento. El estigma debería ser un tema incluido en los planes curriculares y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, en general, y de salud mental, en especial.

Bibliografía:

- **Caussa, A; Sol, M.; Faura, R.; Garcia, N. & Domènech, M.:** (2007) "La relació entre usuaris i professionals en l'àmbit de la salut mental". Projecte ADEMM: conciènciació i empoderament dels usuaris. Divulgació de les seves opinions.
<http://www.spora.ws/wp-content/uploads/2015/02/ademmcats.pdf>
- **Caussa, A; Sampietro, H. & Faura, R.:** (2009) "La relación entre las personas usuarias y profesionales en el ámbito de la salud mental. 2º Estudio Psicosocial: el proceso terapéutico". Proyecto ADEMM: concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones.
<http://www.spora.ws/wp-content/uploads/2015/02/Segon-Estudi-ADEMM-difusi%C3%B3.-El-proc%C3%A9s-terap%C3%A8utic.pdf>
- **Crocker, J.; Major, B. & Steele, C.:** (1998) "Social Stigma". Gilbert, D.; Fiske, S. & Lindzey, G. (Eds.): "The Handbook of social psychology", 4t edition, Pag. 504-553. New York: McGraw-Hill
- **García Gutiérrez, C. & Cortés Escarcega, I.:** (2012) "Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México". Revista CONAMED, vol.17, núm. 1; Pág. 18-23
<file:///C:/Users/Hern%C3%A1n/Carpetas%20del%20sistema/Downloads/Dialnet-PercepcionDelUsuarioDelTratoDignoPorEnfermeriaEnUn-3884680.pdf>
- **Goffman, E.:** (1963) "Estigma: la identidad deteriorada". Amorrortu Editores. 2006.
- **Granados, G.; López Rodríguez, M. y Márquez, V.:** (2012). "Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones en la salud mental". I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental, Libro de Actas.
http://www.academia.edu/4294075/Libro_de_actas_del_I_Congreso_Nacional_de_Sensibilizaci%C3%B3n_al_Estigma_Social_en_Salud_Mental
- **Levey, S.:** (1995) "Dangerousness, Unpredictability and Fear of people with Schizophrenia". Journal of Forensic Psychiatry, 6 (1): 19-39
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585189508409874#.VR2k_fmsVqU
- **Link, B. & Phelan, J.:** (2001) "Conceptualizing Stigma". Annual Review of Sociology, Vol. 27, Pag. 363-385

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2678626?sid=21105852876611&uid=2134&uid=3737952&uid=2&uid=70&uid=4>

- **Nairn, R.:** (2007) "*Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review*". Australian Psychologist, 42(2): 138 – 146
http://www.researchgate.net/publication/232851780_Media_portrayals_of_mental_illness_or_is_it_madness_A_review
- **Redondo García, I.:** (2014) "*Aspectos que dificultan la salud mental relacional en el ámbito sanitario*". En: "*Los cuidados enfermeros desde una aproximación relacional*". XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- **Stier, A. & Hinshaw, S.:** (2007) "*Explicit and Implicit Stigma Against Individuals With Mental Illness*". Australian Psychologist, 42(2) 106-117
<http://enosh.org.il/Uploads/2754stigma.pdf>