Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental

CUADERNO DE TRABAJO

2ª edición revisada y ampliada

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental

CUADERNO DE TRABAJO

2ª edición revisada y ampliada

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Edita:

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

Segunda edición: julio de 2025

http://gcmproject.org

Coordinación de contenidos: Mercedes Serrano-Miguel, Asunción Pié-Balaguer, Ángel Martínez-Hernáez

Coautores 1ª edición: Elisa Alegre-Agís, David Batalla, Deborah Bekele, Conchi Blasco, Marisa Campos, Xavi Cela Bertran, Encarna Espallargas, Andrea García-Santesmases, Jordi Marfá, Ana Belén Martí, Leticia Medeiros-Ferreira, Eva Miralles, Nicolás Morales, Pere Montaña, Elisenda Muray, Marcos Obregón, Anna Pascual, Rosa Poch, Mercedes Romero, Ana Salós, Lucía Serra

Revisión del capítulo «Los derechos de las personas con sufrimiento mental»: Mª Àngels Porxas Roig

Obras: Bea Baños, Xavi Comín, Nathalie Gautier, Mercedes López Díaz, Yolanda da Mata Maldonado, Augustina Palazzo (Taller/atelier de Nikosia)

Coautores 2ª edición: Leticia Medeiros, Anna Barber, Berna Villarreal, Martín Correa-Urquiza, Elena Blanco de Tena-Dávila, Elisa Alegre-Agís, Enrico Mora, Margot Pujal, Miguel Salas Soneira, Mauricio Garolfi, Angie Figuereido.

Diseño y maquetación: Jordi E. Sánchez

ISBN (paper): 978-84-1365-243-6

ISBN (pdf): 978-84-1365-233-7

DOI: 10.17345/9788413652337

Proyecto SOCIALment PID 2023- 148482 NB 100, Agencia Estatal de Investigación, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Cita el libro.

Consulta el libro en nuestra web.

Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Índice

Autoría **7**

Agradecimientos **10**

Introducción **11**

Capítulo 1. Reflexionar sobre tu propia experiencia **17**

Capítulo 2. Red social y familiar **67**

Capítulo 3. Relación con los profesionales **89**

Capítulo 4. Medicación **105**

Capítulo 5. Los derechos de las personas con sufrimiento mental **139**

Capítulo 6. Crear buenas condiciones para el diálogo **169**

Capítulo 7. Autonomía y capacidad para negociar **179**

Bibliografía utilizada para elaborar esta guía **209**

Recursos de consulta **214**

Páginas web de consulta **215**

Referencias sobre leyes **216**

Documentos de consulta elaborados por la sociedad civil y profesionales **217**

Anexos **219**

- Anexo 1. Términos a definir 219
- Anexo 2. Lista de los medicamentos psiquiátricos más utilizados 222

Autoría

Coordinación de contenidos:

Mercedes Serrano-Miguel, Asunción Pié-Balaguer,
Ángel Martínez-Hernáez.

Coautores 1ª edición:

Elisa Alegre-Agís, David Batalla, Deborah Bekele, Conchi Blasco, Marisa Campos, Xavi Cela Bertran, Encarna Espallargas, Andrea García-Santesmases, Jordi Marfá, Ana Belén Martí, Leticia Medeiros-Ferreira, Eva Miralles, Nicolás Morales, Pere Montaña, Elisenda Muray, Marcos Obregón, Anna Pascual, Rosa Poch, Mercedes Romero, Ana Salós y Lucía Serra.

Coautores 2ª edició:

Leticia Medeiros, Anna Barber, Berna Villarreal, Martín Correa-Urquiza, Elisa Alegre-Agís, Enrico Mora, Margot Pujal, Miguel Salas Soneira, Mauricio Garolfi, Angie Figuereido.

Revisión segunda edición:

Elena Blanco de Tena Dávila, Mercedes Serrano Miguel y Asun Pié - Balaguer.

Revisión del capítulo «Los derechos de las personas con sufrimiento mental»:

Mª Àngels Porxas Roig.

Ilustraciones:

Taller/ atelier de Nikosia, coordinadora: Fabiana Rossarola.

Obras: Bea Baños, Xavi Comín, Nathalie Gautier, Mercedes López Díaz, Yolanda da Mata Maldonado, Augustina Palazzo, Fernando Perera, Laura Romero, Edmar, María José y Otman.

Integrantes del equipo de investigación Proyecto RECERCAIXA "Guía de Gestión colaborativa de la Medicación":

EQUIPO CATALUÑA (URV/UOC): Ángel Martínez-Hernáez, Asunción Pié Balaguer, Martín Correa-Urquiza, Susan M. DiGiacomo, Andrea García-Santesmases, Jordi Marfà Vallverdú, Maria Antonia Martorell-Poveda, Leticia Medeiros-Ferreira, Dolors Ódena Bertrán, Elisa Alegre-Agís, Natàlia Lledó Carceller Maicas, Xavier Cela Bertran, Nicolás Morales y Mercedes Serrano-Miguel.

EQUIPO BRASIL (UFRGS/UNICAMP): Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Analice de Lima Palombini, Márcio Mariath Belloc, Rosana Teresa Onocko Campos, Marília Silveira, Károl Veiga Cabral y Lívia Zanchet.

EQUIPO CANADÁ (UM): Lourdes Rodríguez del Barrio.

EQUIPO ESTADOS UNIDOS: Janis Jenkins.

Asociaciones y entidades que han colaborado en la elaboración de la Guía y su posterior revisión:

- Associació Sociocultural Matissos
- Associació Sociocultural Radio Nikosia
- Associació Ment i Salut La Muralla (Tarragona)
- Federació Salut Mental Catalunya
- CSMA Nou Barris. Fundació Nou Barris per a la Salut Mental
- CSMA Badalona II
- Club Social Aixec SCCL
- Pere Claver Grup
- Fundació Congrés Català de Salut mental (FCCSM)

Con el apoyo económico:

- Financiación 1ª edición: Recercaixa
- Financiación 2ª edición: Ajuntament de Barcelona, La Caixa y Agencia Estatal de Investigación, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Sobre posibles conflictos de interés y consideraciones éticas

Este documento es fruto de un trabajo de investigación codirigido por investigadores de la Universitat Rovira i Virgili (URV) y la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). El proyecto ha sido financiado por una subvención RecerCaixa (edición 2016).

La 2ª edición revisada y ampliada es fruto de un proyecto piloto liderado por la Universitat de Barcelona con financiación del Ayuntamiento de Barcelona y la Fundación La Caixa.

No se ha recibido financiación de ninguna empresa farmacéutica y/o sanitaria.

El equipo de investigación ha contado con el asesoramiento y la supervisión externa del **Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)**.

El proyecto piloto ha sido valorado positivamente por el Comité de ética de la Universitat de Barcelona, la Universitat Oberta de Catalunya y el Comitè d'Ètica d'Investigació de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals

Agradecimientos

Agradecemos profundamente la participación y el compromiso de todas las personas e instituciones que han hecho posible este proyecto. En particular, queremos reconocer la labor de:

- Fundació Centre Higiene Mental Nou Barris
- CSMA Badalona II
- Pere Claver Grup
- Federació Salut Mental de Catalunya (SMC)
- Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)
- Asociación Sociocultural Radio Nikosia
- Associació Sociocultural Matissos
- Associació La Muralla
- Cooperativa Aixec

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a las personas y equipos canadienses y brasileños de la *Alliance internationale de recherche universités-communautés santé mentale et citoyenneté* (ARUCI-SMC), cuyo trabajo sigue inspirándonos en la construcción de un modelo de salud mental que garantice los derechos y la inclusión de todas las personas en la comunidad.

Introducción

Un poco de historia

La guía Gestión Autónoma de Medicamentos (Guía GAM) surgió en la década de 1990 en Quebec (Canadá) (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2013). En 2009, su implementación se extendió a Brasil a través de *L'Alliance internationale de recherche universités-communautés Santé mentale et citoyenneté* (ARUCI-SMC) (Onocko-Campos et al., 2012; Serrano-Miguel, Silveira & Palombini, 2016).

En 2017, la experiencia GAM llegó a España con el proyecto *La gestió col·laborativa de la medicació: un projecte de recerca i acció participativa en salut mental* (2017-2020), desarrollado por investigadores de la Universitat Rovira i Virgili (URV) y la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y financiado por RecerCaixa (RecerCaixa LCF/PR/RC16/10.100.012).

En 2023, el proyecto adquirió un nuevo impulso con la financiación del Ayuntamiento de Barcelona y la Fundación "La Caixa", bajo el título GCM BCN. *La gestión colaborativa de la medicación. Salud mental colectiva, derechos y ciudadanía en Barcelona*, esta vez liderado por la Universitat de Barcelona (UB). A través de una prueba piloto, se evaluó el impacto de la Guía GCM en la autonomía personal, la sociabilidad y la satisfacción con los tratamientos y servicios de salud mental, mediante un estudio mixto con una muestra de 90 personas con experiencias de sufrimiento mental y consumo de neurolépticos durante al menos un año.

Agradecemos profundamente la participación y el compromiso de todas las personas e instituciones que han hecho posible este proyecto.

¿Qué es este documento?

Es un cuaderno de trabajo que sirve como herramienta para reflexionar y hablar sobre el papel que la medicación psiquiátrica tiene en la vida de las personas. Su uso va unido a la lectura de la Guía extensa sobre Gestión colaborativa de la medicación, también disponible en la web (www.gcmproject.org)

Se plantea como una ayuda para que cada persona pueda reflexionar sobre la medicación que toma, su estado de salud y el entorno en el que vive. También trata las relaciones sociales y los apoyos con los que cuenta la persona para trabajar su autonomía.

Entendemos la autonomía como la capacidad que tenemos para relacionarnos con los demás y compartir nuestra vida, inquietudes y malestares con una red social formada por: la familia, las amistades, los compañeros de trabajo y otras personas con las que nos relacionamos en nuestro día a día.

Con este documento queremos que se reconozcan los derechos de las personas en situación de sufrimiento mental como parte de la ciudadanía y como protagonistas en los procesos de atención.

¿A quién se dirige?

A personas que han vivido experiencias de sufrimiento mental y han tomado medicamentos como medida terapéutica.

También quiere provocar el diálogo recogiendo el testimonio de profesionales que trabajan en esta materia, investigadores y miembros de la red de cuidados de estas personas, como puede ser la familia, los cuidadores y las cuidadoras.

¿De dónde surge este cuaderno de trabajo?

La primera guía que trabajó este tema se creó en Canadá en los años 90. Se trata de la «Guía de la Gestión Autónoma de la Medicación» (GAM).

La elaboraron equipos de investigación de la Universidad de Montreal, en colaboración con la sociedad civil y personas usuarias de los servicios de salud mental. Esta guía ha sido reconocida como buena práctica en su país y la experiencia se trasladó a Brasil donde también tuvo mucho éxito.

En Cataluña, este proyecto se ha creado a partir de una investigación llevada a cabo por un equipo de profesionales de la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat Oberta de Catalunya. Posteriormente, se ha sumado la Universitat de Barcelona.

Se ha contado en el equipo de investigación con personas que toman psicofármacos. Estas personas han sido informantes, participantes en entrevistas y en grupos de discusión y del estudio piloto, supervisoras de todo el proceso y coautoras en la elaboración, revisión y actualización de materiales. También han participado en la investigación y el estudio piloto sus familias, cuidadores y cuidadoras, profesionales que trabajan con ellos y personas que han actuado como facilitadoras o moderadoras de grupos GCM.

Se puede encontrar más información del proyecto en la web: http://gcmproject.org

¿Qué encontramos en este cuaderno de trabajo?

- ✓ Información útil sobre: derechos de las personas, medicamentos y efectos secundarios de estos medicamentos.
- ✓ Preguntas a modo de reflexión que sirven para crear una opinión personal y una forma de posicionarse respecto a la medicación.

- ✓ Experiencias de personas participantes que reflexionan sobre estas cuestiones y lo expresan en primera persona. Incluimos citas breves y relatos de estas personas.
- ✓ Herramientas para crear un espacio de trabajo y dialogar sobre la medicación en salud mental.
- ✓ Referencias para buscar información en otras fuentes.

¿Cómo podemos usar este cuaderno de trabajo?

Tanto la reflexión, a través de las preguntas que proponemos, como la lectura de los temas de interés y el resto de contenidos se pueden trabajar de forma individual y en grupo.

Cuando se vaya a trabajar en grupo, es importante llegar a un acuerdo entre todas las personas participantes para tratar temas de organización como: cuántas personas van a participar, durante cuánto tiempo, que normas se seguirán para incorporar a nuevas personas participantes y quién va a coordinar y conducir al grupo.

La tarea de coordinar o facilitar grupos GCM la pueden realizar personas con formación en coordinación de grupos, tanto profesionales como personas con experiencias de sufrimiento mental o consumo de psicofármacos.

Se puede encontrar más información en Manual para facilitadores de grupos GCM GCM:

Se puede trabajar en distintos espacios como: centros autogestionados, lugares para tratamiento terapéutico, entidades o asociaciones, etc.

No es necesario leer el cuaderno de trabajo de inicio a fin para entender su contenido. Cada capítulo está pensado

de forma que el lector o lectora puede ir directamente
al apartado sobre el que quiera informarse.

De cualquier manera, lo importante es darse cuenta
de que es un trabajo personal que necesita tiempo y dedicación
por parte de cada persona que lo inicia.

Principios que tiene en cuenta este trabajo

- ✓ Reconocer los conocimientos de los profesionales y también de todas las personas implicadas como personas afectadas, familiares, cuidadores y cuidadoras.
- ✓ Dar el mismo valor a las experiencias que cada persona tiene al tomar medicamentos. Estas experiencias son personales, subjetivas y pueden ser diferentes en cada caso.
- ✓ Necesidad de que la persona que inicia o varía un tratamiento farmacológico comparta y dialogue las posibilidades con el resto de personas implicadas en su caso.
- ✓ Reconocer los derechos de las personas afectadas por el tratamiento que siguen.
  Algunos de estos derechos son: recibir información, dar el consentimiento y participar en su tratamiento.

Es importante tener en cuenta

Es peligroso para la salud dejar de tomar medicamentos
psicotrópicos o modificar su dosis, sin la supervisión
de un profesional de la salud.

Este cuaderno de trabajo pretende dar información veraz
para que las personas que lo lean tengan más capacidad
para tratar el tema de la medicación y tomar decisiones al respecto.

Se recomienda la lectura de la guía extensa particularmente
a quienes vaya a conducir o facilitar grupos, así como el Manual
del facilitador/a (disponibles en www.gcmproject.org)

Capítulo 1.
Reflexionar sobre tu propia experiencia

Para empezar, te proponemos preguntas para reflexionar sobre algunos aspectos relevantes que tienen que ver con:

- ✓ Tu experiencia de vida.
- ✓ Los posibles malestares que has sentido a lo largo del tiempo.
- ✓ El tratamiento que has seguido o sigues.
- ✓ Cómo resuelves los momentos de mayor sufrimiento.

Este ejercicio te ayudará a conectar con tus deseos, limitaciones y los recursos personales con los que puedes contar cuando te encuentras mal.

Es el momento de pensar en el papel que la medicación tiene en tu vida y lo que significa para ti y para tu entorno.

Las preguntas que planteamos tratan temas especialmente sensibles que te pueden resultar algo incómodos o incluso dolorosos. Por eso te puede ayudar leerlos y pensar sobre ellos en compañía de otras personas de tu confianza como: amistades, pareja, familia o profesionales.

Es importante tener en cuenta lo que sabemos de nosotros mismos para poder organizarnos mejor, detectar dificultades y pensar en soluciones.

Testimonios

«Pues, sobre todo uno se conoce su cuerpo.
Quizás no se pueda conocer bien la enfermedad
y la parte científica. Pero uno sabe lo que le sienta bien
y lo que le sienta mal. Cuando un paciente te dice:
"Con la medicación me hago un poco de pipi...",
"Se me cae la baba" o "Me encuentro como cansado,
me encuentro como sin ganas...".
Quiero decir que el paciente conoce su cuerpo
y sabe cuándo algo le está sentando mal.»

(usuaria, mujer)

«Lo que es un problema es tratar algo que no entendemos
como si lo entendiéramos. Así es como terminan viendo
sólo síntomas. Esto nos afecta tanto a nosotros
como al afectado y a los profesionales.
No sólo es una falta de información, es un problema
que no entiendes, pero el profesional tampoco lo entiende.
Si pudieran partir de nuestro reconocimiento, a partir de ahí
creo que podrían alcanzar resultados mucho mejores.»

(familiar, padre)

No es necesario que contestes a todas las preguntas.
Pero sí recomendamos que tomes estas preguntas como
un ejercicio de reflexión que será la base para el trabajo
personal que este cuaderno propone en los siguientes
temas.

1.1. Reflexiones sobre tu propia vida a nivel personal y social

Sobre el cuidado de tu propia persona

» ¿Qué hago para cuidarme o intentar cuidarme?

Hábitos de sueño

» Habitualmente, ¿duermo bien? ¿Cuántas horas duermo al día? ¿Suelo dormir siempre las mismas horas?

Hábitos de alimentación

» ¿Cómo es mi alimentación? ¿Es suficiente? ¿La comida que como es de calidad y es variada?

» ¿Suelo comer mucha cantidad o poca cantidad? ¿Crees que está relacionado con tu medicación?

» ¿Suelo comer y cenar a la misma hora todos los días?

» ¿Me preocupa alimentarme bien?

Consumos

- ¿En la actualidad consumo algún tipo de tóxico, como alcohol, drogas u otros?

Sobre mis condiciones de vida

» ¿Dónde vivo? En mi propia casa, en un piso alquilado, con mi familia, en una residencia...

» ¿Con quién vivo? Solo o sola, con mi pareja, con otras personas, con amigos/as, con mi(s) mascota(s)...

» ¿Recibo un dinero cada mes por mi trabajo, pensión u otro tipo de prestaciones? ¿Este dinero es suficiente para mí?

» De las actividades que hago en mi día a día, ¿cuáles son las que más me gustan?

» ¿Participo en iniciativas sociales como: asociaciones, voluntariado, entidades sociales o de otro tipo? ¿De qué forma participo y cuánto tiempo le dedico?

Sobre mis relaciones personales

- ¿Cómo me relaciono en mi vida personal e íntima?

» Si tengo amigos, amigas o pareja, ¿cómo son?

» ¿Tienes hijos/hijas? Si no los tienes, ¿desearías ser madre/padre?

» ¿Quiénes son las personas con las que tengo más confianza?

» ¿Cómo es mi vida afectivo-sexual?

» En el caso de tener pareja, ¿cómo es mi vida con esa persona?

» ¿Tengo una vida sexual activa? ¿Cómo me siento con ello?

» ¿Cómo me siento en general cuando me relaciono con otras personas?

1.2. Reflexiones sobre mi experiencia con el malestar y los psicofármacos

Testimonios

«Yo he estado medicándome y he estado sin medicar. Y bueno, es otra vida. Con la medicación tienes un control sobre tus pensamientos, una estabilidad tanto para las alucinaciones, como emocional, porque estar satisfecho con tu vida y estar contento te aporta muchas cosas. Antes estaba cabreado con el mundo, estaba enfadado conmigo mismo, al fin y al cabo, decía: "¿Qué habré hecho yo para merecer eso?" »

(usuario, hombre)

» ¿Cómo me encuentro ahora?

» ¿Qué malestar tengo o siento?

» ¿Qué dificultades tengo para hacer frente a ese malestar?

» ¿Cuáles son mis fortalezas o capacidades para hacer frente al malestar?

» ¿Qué tácticas o estrategias personales utilizo para encontrarme mejor?

» ¿Quiénes son las personas que me ayudan cuando me encuentro mal? Pueden ser profesionales, familia, amigos/as, otras personas en tratamiento o compañeros/as de una entidad o asociación, entre otras.

» ¿Qué tratamiento sigo?
Puede ser psicológico, farmacológico o de otro tipo.

» Si sigo un tratamiento farmacológico, ¿me siento a gusto con él?

» ¿Tomar medicación condiciona en algo mi vida?

» ¿Por qué comencé a tomar medicamentos neurolépticos o antipsicóticos?

» ¿La medicación que tomo ha respondido bien a los síntomas que sentía? Tanto si la respuesta es sí como no, ¿por qué creo que es así?

» ¿Cómo es mi salud física en general?

» ¿He notado que tomar medicación me perjudica?
Si creo que sí, ¿qué efectos perjudiciales he notado?

» ¿Cómo han afectado a mi vida estos efectos perjudiciales de la medicación?

1.3. Saber gestionar el malestar. Reconocer las crisis y anticiparse a ellas

Gestionar la crisis desde un punto de vista personal

» ¿Cómo reconozco qué me está pasando?

» ¿Cómo hago frente a lo que siento cuando me encuentro mal? ¿Cómo actúo cuando siento angustia, miedo y otras sensaciones?

Tomar decisiones para hacer frente a una crisis o situación de sufrimiento intenso

- ¿Con quién prefiero hablar cuando tengo una crisis?

» En estas situaciones, ¿prefiero ingresar en una clínica o pensar en otras opciones?

» En el caso de ingresos hospitalarios, ¿cómo han sido mis experiencias?

» ¿Qué apoyos siento que tengo en los ingresos u otras situaciones de crisis?

- ¿Quién es la persona en quien más confío para pedirle ayuda en una situación de crisis? ¿Quién me gustaría que me acompañara en una situación de crisis o de malestar grave? ¿Por qué?

- ¿Quién NO queremos que nos acompañe en situación de crisis?

1.4. Reconocer mis necesidades, mis deseos y plantear mis proyectos

Las personas tenemos necesidades y deseos muy variados.
Te proponemos unas preguntas que te ayudarán a pensar sobre lo que quieres conseguir, teniendo en cuenta los apoyos y condiciones que serían necesarios para conseguirlo.
Es decir, te ofrecemos pautas para reflexionar sobre tus propias necesidades, deseos y proyectos de futuro.

Al mismo tiempo, proponemos una reflexión sobre la influencia que tiene en tu vida el tratamiento farmacológico:
si te ha ayudado a desarrollarte o, por el contrario,
ha frenado tus proyectos.
Es decir, si ha actuado como facilitador o como impedimento.

Es importante que te tomes tu tiempo para pensar sobre estas cuestiones, reflexionar sobre cómo has evolucionado hasta ahora y sobre tus proyectos de futuro.

» ¿Qué necesidades tengo? ¿Cuáles de esas necesidades son las más importantes y prioritarias para mí?

» ¿Tengo algún proyecto en mente que quiera llevar a cabo? ¿Cuál es ese proyecto?

» ¿Cuáles son mis deseos?

» ¿He sentido que le medicación me ha hecho desconectar de mis propias emociones y deseos? ¿Por qué?

1.5. Algunos recursos que puedes consultar sobre la gestión de las crisis y otros aspectos tratados en este capítulo

Planificación anticipada de situaciones en salud mental

- Guía elaborada por la Junta de Andalucía de apoyo a profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental.

El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción: documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas

Manual per a la Recuperació i autogestió del benestar. Activa't per la Salut Mental

- Elaborado por Salut Mental Catalunya i Federació Veus.

Puedes consultar también...

Capítulo 2. Red social y familiar

Capítulo 7. Autonomía y capacidad para negociar
Apartado «Pacto de cuidados»

Capítulo 2.
Red social y familiar

La medicación psiquiátrica no afecta solo al cuerpo de quien la toma. También puede alterar las **relaciones sociales** de la persona y su forma de entender las cosas.

Muchas personas afirman que la medicación tiene efectos negativos en ellas ya que les obliga a reducir su vida social porque sienten sensaciones como: desgana, apatía, lentitud, angustia o poca capacidad para expresar emociones.

Otras personas, sin embargo, explican que la medicación les permite mejorar sus relaciones sociales. Suelen ser personas que toman dosis bajas de medicación y de forma muy controlada.

Cabe entonces plantear cómo influye la medicación en el tratamiento de las personas y qué criterios debemos utilizar para medir las dificultades de socialización con un diagnóstico de sufrimiento mental.

También debemos analizar cómo afecta la medicación a las **relaciones familiares**.
Hay personas que afirman sentirse acompañadas y cuidadas. Otras en cambio se sienten controladas y vigiladas.

Por eso, es importante definir el papel que la familia
debe tener en el proceso de diagnóstico y medicación de la persona.
Ningún familiar debe asumir toda la carga de cuidados
sin la participación de la persona afectada.
Es la persona afectada quien debe ser responsable de cuidarse
y tomar decisiones sobre su situación.

Al hablar de cuidados familiares hay que tener en cuenta
la perspectiva de género para evitar que estos cuidados
recaigan de forma mayoritaria sobre las mujeres.

Estas reflexiones nos llevan a valorar la necesidad de trabajar
en equipo, ya que cuando hablamos de cuidados
debemos pensar en acciones colaborativas en las que intervienen
profesionales y otras personas de referencia como:
amistades, pareja, familia y redes sociales alternativas.

Algunas de las **redes sociales** alternativas como: asociaciones,
clubes de ocio y centros cívicos son recursos muy útiles
y provechosos para las personas con malestar mental.

Estas personas expresan que en estos lugares pueden contar
lo que les pasa sin sentirse cuestionadas.
Esto les lleva a sentir menos aislamiento social,
lo cual puede actuar como motor de cambio para sentirse mejor.

Es importante crear una red de apoyo en torno a la persona,
que le facilite ayuda y al mismo tiempo respete sus decisiones.
Los cuidados colectivos se deben negociar y acordar con la persona
que los recibe.

A este proceso colectivo se le llama **Pacto de cuidados.**
Los pactos de cuidados no nacen de forma espontánea,
sino que necesitan ser trabajados y acompañados por profesionales.

El objetivo final de los pactos de cuidados es facilitar
el entendimiento entre la persona en situación de sufrimiento
mental y las que conviven con ella.

Para ello se debe dar prioridad a las elecciones que haga la persona en situación de malestar o sufrimiento mental y definir los apoyos que va a recibir de cada una de las personas que le acompañan en este momento.

Paula Tomé explica de esta manera sus propios pactos de cuidados:

> «El primero de los pactos fue conmigo misma, para aprender a separar la conciencia habitual (aquella que coincide con la realidad más o menos consensuada de los demás) de la conciencia delirante.
> Separarlas no quiere decir que la segunda desaparezca, ni que desaparezcan los pensamientos psicóticos.
> Quiere decir que los identifico como tales. Mis amigas y parejas me ayudaron muchísimo con esta distinción, sobre todo cuando pude perder el miedo a expresarlos.
> La libertad de expresión no tiene precio en estos estados, encontrar personas con las que poder expresarse sin censura, sin miedo a que te estigmaticen ni te juzguen, es un regalo que debería convertirse en derecho. »
>
> (Tomé, 2014:18)

Paula Tomé también explica cómo aprovecha el tiempo que pasa entre una experiencia delirante y otra para explicar cómo se ha sentido y actualizar los pactos de cuidados con las personas de su red de referencia:

> «Aclarar qué pasó, cómo me sentí, qué explicación le di, y sobre todo, qué me gustaría o no me gustaría hacer si volviera a pasarme.
> Al mismo tiempo, mis amigas también cuentan su parte, sus sensaciones, su preocupación, sus valoraciones... y de esos intercambios nacen los pactos. »

Para ella, un ingrediente básico en los pactos de cuidados es la confianza:

> «Muchos de los ingredientes de estos pactos de cuidado se asientan primero en períodos sin delirio, y se recuperan después durante el período delirante. Siempre me dio buen resultado esta estrategia, tiene un componente preventivo muy poderoso, es como sentar las bases, previamente, para un delirio "llevadero", y por llevadero quiero decir lo menos psicótico posible.»

(Tomé, 2014:18)

Puedes consultar también...

Capítulo 7. Autonomía y capacidad para negociar
Apartado «Pacto de cuidados».

Para más información sobre el trabajo con familias y redes sociales puede consultarse:

Pié Balaguer,A.; Salas-Soneira, M. y Alegre-Agís, E.(coord.) (2005) Guía para un cuidado democrático y colectivo. Proyecto CUSAM y Universitat Oberta de Catalunya
http://hdl.handle.net/10609/152523

2.1. Reflexiones sobre familia, red social y cuidados

- ¿Quiero que mis familiares participen en mi proceso de atención? Sí/No. ¿Por qué?

» Si quiero que participen,
¿qué podría hacer yo para incluir a mi familia
en mi proceso de atención?

» ¿Qué familiar, familiares u otras personas de mi red social (amigos/as, compañeros/as de asociación o trabajo, etc.) me gustaría que participaran en mi proceso de atención?

- ¿Cómo creo que debería actuar mi familia cuando me siento mal? ¿Y en relación con mi tratamiento?

» ¿Cómo pueden mi familia u otras personas cuidadoras (por ejemplo, amigos/as, vecinos/as, compañeros/as de trabajo o de espacios asociativos, etc.) favorecer mi autonomía?

Testimonios

Es importante tener en cuenta las distintas opiniones y preocupaciones de todas las personas que participan en los pactos de cuidados, incluyendo las de los profesionales médicos.

Debemos insistir en la importancia de llegar a acuerdos que den prioridad a los intereses de las personas en situación de sufrimiento mental y a sus acompañantes principales, pertenezcan a la familia o a otras redes cercanas.

> «La fortuna ha sido mi familia, en este caso mi madre y dos hermanos. Han sabido estar abiertos y no juzgar. Me apoyaron muchísimo, a veces más acertadamente, a veces menos, todo el mundo está aprendiendo y es ignorante a la vez. Nadie sabe lo que es mejor cuando te pillan por sorpresa brotes así o crisis como en este caso, que eran muy potentes, muy difíciles de controlar. Me siento querido, que me apoyan y que estamos juntos. Mi mujer también me apoyó, no me dejó, pero sí que se rompieron muchas cosas. Se sentía superada, y a veces eso me hacía sentir culpable cuando yo no tenía ninguna culpa... »
>
> (usuario, hombre)

> «La verdad es que al principio está el usuario y su familia que están muy mal y muy perdidos. Es un drama que solo lo sabe el que lo ha vivido. Entonces te dejas llevar por lo que dice el doctor. El paciente no quiere tomarse la medicación. Costó mucho llevarlo a "centro X" (en referencia a su hijo) y es que se sentía muy mal. Tú tomas una medicación para encontrarte mejor, pero si te la tomas ¿y te encuentras peor? ¿Cómo le explicas a tu hijo que se la tiene que tomar? »
>
> (familiar, madre)

«Medicación sí, pero como muleta, no como fin en sí misma. Creo que este primer momento condiciona tu primera mirada hacia todo. A mí me creó un recelo hacia los profesionales que no me explicaban porque mi hijo babeaba. Yo no quiero un profesional que recete sin más, yo quiero discutir. Mi hijo ahora no está bien y soy yo la que defiende su bajada de medicación.»

(familiar, madre)

2.2. Reflexiones sobre otras posibles redes sociales y de cuidados

El aislamiento y la soledad pueden hacer que la persona con sufrimiento mental lo pase todavía peor.
La **red social** que cada persona tiene puede hacer que las situaciones de crisis o de malestar sean más llevaderas.

Te proponemos reflexionar, a través de preguntas, sobre los siguientes aspectos relacionados con tu red social:

- ✓ ¿Quién la compone?
- ✓ ¿Qué tipo de ayuda te han prestado o crees que pueden llegar a prestarte?
- ✓ ¿Quién más debería formar parte de esta red social?

» ¿Quiénes son las personas con las que me relaciono de forma habitual?

» ¿Qué grado de confianza tengo con las personas con las que más me relaciono?

- ¿Estas personas me ayudan a solucionar problemas de mi día a día?

- ¿Podrían ayudarme en una situación de crisis o de malestar grave?

Testimonio

«En mi caso, son mis padres, y pienso que yo les haría caso.
Es mi familia y tengo en cuenta su opinión,
pero yo tengo la capacidad de decidir.
Cuando le he dicho a mi pareja que me estaban bajando
la medicación, me ha dicho: "¡Ten cuidado!",
ya que él sufriría más las consecuencias de que yo tuviera
un brote. Ambos vigilamos mucho este tema.
Yo lo puedo hacer porque me conozco mucho.»

(usuaria, mujer)

Asociacionismo. Experiencias de activismo y participación

» ¿Qué asociaciones o espacios de participación conozco?

» ¿En cuáles de ellos he participado en alguna ocasión? ¿Cuál ha sido mi experiencia en estos espacios?

» ¿A qué entidades o espacios de participación podría ir cuando me encuentro mal?

» ¿Cómo sería para mí el espacio ideal en el que pudiera participar y expresarme?

- ¿Conozco algún espacio que cumpla con esas características? ¿He participado en algún espacio así? Sí/No. ¿Por qué?

«Ahora los servicios, la comunidad, está más preparada, más desarrollada. Hay más información sobre salud mental, más interés..., y en todo el tema del estigma, ha habido cambios. Yo tengo más sitios donde mandar gente, hay más red. Está Activa'T y la Red sin gravedad. Organizan cosas dirigidas a la prevención de salud mental, pero ellos no se consideran un dispositivo de salud mental. No piden informes, ni preguntan qué te pasa. Ellos dinamizan.»

(profesional, trabajadora social)

«El asociacionismo es creer en uno mismo y en los demás. Es creer en lo que uno puede llegar a hacer. De alguna forma, nos vamos juntando, vas hablando, creciendo...»

(participante usuaria de un grupo GCM)

Algunos espacios de encuentro y activismo

Recursos de la comunidad:

- Centros cívicos, casales...
- Asociaciones que tratan diferentes temáticas: sociales, culturales, políticas...
- Clubes de ocio, deportivos...
- Espacios de terapias alternativas
- Centros de formación a nivel formal o informal
- Grupos de defensa de derechos en salud mental
- Espacios de intercambio: banco del tiempo, espacios de intercambio y reparaciones
- Radios comunitarias
- Servicio de información: oficinas de servicios sociales, Oficina de Cuidados del Ayuntamiento de Barcelona
- Otros...

Capítulo 3. Relación con los profesionales

La relación entre las personas que tienen sufrimiento mental y los profesionales que tratan sus casos debe estar basada en la confianza y el buen trato mutuo.
Estos aspectos son muy importantes para conseguir un buen tratamiento farmacológico, adecuado a cada persona.

> «E: Si yo fuera un psiquiatra: ¿cómo podría ganarme tu confianza?
>
> I: Es imposible, porque solo de pensar que tienes el poder de llevarme a un psiquiátrico ya me caes mal. »
>
> (usuaria, mujer)

3.1. La organización de los equipos de atención

Los equipos de atención en salud mental pueden estar formados por diversos profesionales de psiquiatría, psicología clínica y enfermería. También por profesionales del ámbito social como: educación social, trabajo social, psicología social, terapia ocupacional, ayuda a domicilio e integración social.

De todos estos profesionales, la persona que ejerce como médico psiquiatra es quien marca cual debe ser el tratamiento farmacológico en cada caso.
No obstante, es muy importante el trabajo en equipo entre todos los profesionales para tratar el caso desde distintos puntos de vista y ofrecer el tratamiento más adecuado.

Una persona que quiere hacer una consulta sobre salud mental o está pasando una situación de malestar psíquico puede dirigirse a:

- ✓ Su centro de atención primaria (CAP).
- ✓ El centro de salud mental para adultos (CSMA).
- ✓ El centro de salud mental infanto juvenil (CSMIJ) para menores de 18 años.
- ✓ El servicio de urgencias hospitalarias, cuando hay una necesidad urgente.

También hay otros recursos de atención que ofrecen ayuda como: hospitales de día, centros de rehabilitación o centros de atención comunitarios, servicios de inserción laboral, clubes sociales...

En las siguientes páginas web encontrarás recursos y dispositivos de atención en salud mental:

- Atenció a la Salut Mental i adiccions. CatSalut. Servei Català de la Salut
- Mapa de Recursos en Salut Mental a Catalunya
- Federació Veus
- Confederación Salud Mental España

3.2. Trabajo en equipo

El trabajo en equipo entre los distintos profesionales que trabajan en el sistema público de salud mental debe estar basado en la escucha, la aceptación de diferentes ideas y la flexibilidad. Deben tener en cuenta que pertenecen a disciplinas diferentes y la coordinación entre todas ellas es necesaria para el tratamiento de personas con sufrimiento mental.

También es fundamental la coordinación entre el equipo interno del sistema público de salud mental y profesionales de otros sectores que están en el día a día de la persona a la que están tratando. Por ejemplo, es fundamental la coordinación del equipo de psiquiatría con la educadora de otro servicio o el enfermero de atención primaria.

Estos profesionales aportan conocimientos y cuidados muy necesarios y bien valorados por las personas en tratamiento, además de generar otros espacios de relación.

En Cataluña, desde 2001, el CatSalut hace una encuesta anual para valorar los servicios de salud mental y la calidad de la asistencia recibida.
Se trata del Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA©).

3.3. La opinión de las personas profesionales sobre el tratamiento farmacológico

Quienes trabajan como profesionales en salud mental nos cuentan que no están de acuerdo con algunas medidas impuestas por el sistema para acompañar a las personas en tratamiento o para administrar medicación.

Medidas del sistema de atención con las que no están de acuerdo

Se dedica poco tiempo a cada caso

El sistema pone un límite de tiempo para atender a cada persona con sufrimiento mental. Esto hace que los profesionales no puedan conocer suficiente a la persona y plantear un tratamiento adecuado.
Además, cualquier variación en la dosis de medicación necesitaría más visitas para conocer en qué momento exacto está la persona.

Este es uno de los motivos por los que estos profesionales insisten en que es necesario que la persona tenga una buena red de cuidados con la que poder comunicarse y que le sirva de apoyo al tratamiento.

Pocos profesionales para atender a muchas personas

Esta situación causa un problema grave, ya que se receta más medicación por tener que atender muchos casos y no poder dedicar suficiente tiempo a cada persona.
Con más profesionales y más tiempo de atención directa se podrían plantear otras soluciones terapéuticas que necesitan más estudio, observación y contacto con la persona.

Distintas formas de trabajar en los diferentes servicios

Cada servicio tiene su objetivo particular,
por eso el tipo de intervención que se puede llevar a cabo
en cada uno de ellos es distinto.

No es lo mismo la intervención que se puede hacer en un servicio
de urgencias cuando se produce una crisis,
que la que se hará en los días siguientes cuando la persona
ya puede expresarse más.

Por este motivo, no hay que comparar unas intervenciones
con otras, ya que cada una se hace en un momento
y contexto determinado y diferentes entre sí.

> «Ha habido cambios en la manera de trabajar.
> No es lo mismo intervenir a nivel ambulatorio
> que cuando la persona está en una situación de crisis.
> Es más difícil intervenir poniéndose en el lugar del otro
> cuando hay una urgencia, pero no es imposible.
> Mi experiencia es que no se trabaja igual en todas partes.
> Y sí, hay necesidad de revisar paradigmas mentales,
> aumentar la formación...»
>
> (profesional, enfermera)

Necesidad de formación y supervisión continua

Para las personas que trabajan en salud mental es fundamental formarse continuamente. Sobre todo, para sentir el apoyo de otros profesionales y compartir experiencias y dificultades.

Esta formación debe estar basada en las necesidades y demandas que hacen las familias y las propias personas usuarias de los servicios de salud mental.

El cuidado de los profesionales

Los profesionales también necesitan estar cuidados para hacer bien su trabajo. Por eso es importante que cuenten con supervisiones especializadas.

Estas supervisiones son espacios en los que partiendo de una situación concreta se habla de las dificultades técnicas y emocionales que pueden tener los profesionales para tratar el sufrimiento humano.

También es importante abrirse al trabajo con otras metodologías que demuestran un efecto positivo para personas afectadas y profesionales.

Un ejemplo de estas metodologías alternativas es la propuesta de Diálogo abierto desde la que se trabaja en algunos centros como el CSMA de Badalona II.

> «Trabajamos con unos niveles de gravedad, de ansiedad y de patología tremendos y a los profesionales a veces se nos cuida poco. Yo creo que esto también hay que tenerlo en cuenta... »
>
> (profesional, PSI-Programa de seguimiento individualizado)

Opiniones de profesionales sobre la medicación

La medicación en salud mental está mal vista

Las personas que acuden a los servicios de salud mental y sus familias suelen sentir rechazo hacia la medicación. Esto hace más difícil a profesionales proponerla o recetarla como medida de tratamiento.

> «Los fármacos en salud mental tienen muy mala prensa, se piensa que son para siempre. Otros muchos tratamientos también son muy dañinos, pero éste resulta especialmente mal visto.»
>
> (profesional, enfermero)

La medicación influye en la relación entre el o la psiquiatra y la persona con sufrimiento mental

El profesional puede sentir una sensación de pérdida de contacto con su paciente porque se ha acostumbrado a la solución de medicar.

> «Medicar es algo que condiciona. Para mí hay cierta sensación de pérdida a la hora de relacionarme con el otro. Te acomodas al papel de medicar... Te preguntas ¿cómo atreverte a dejar la medicación si no vas a poder ver bastante a esa persona? Necesitarías un entramado muy bien cohesionado.»
>
> (profesional, psiquiatra)

La medicación como rutina

Recetar medicación se ha convertido en algo natural en salud mental porque es la medida habitual.
Esto hace que no se valoren otras alternativas de tratamiento.

> «Yo creo que todos hemos entrado en la lógica
> de que con la medicación no pasa nada,
> que es necesaria y como es necesaria se debe dar. »
>
> (profesional, psiquiatra)

Exceso de medicación

Los propios fabricantes de medicamentos suelen indicar cuál es la dosis recomendada para cada medicamento.
Desde algunas asociaciones de profesionales se ha podido llegar a consensos sobre la dosis adecuada de determinados medicamentos.

Sin embargo, para recetar la dosis adecuada hay que tener en cuenta el bienestar y situación actual de la persona que la va a tomar. Esta persona debe notar que sus síntomas mejoran y, a la vez, tener un control sobre los efectos secundarios de la medicación.

A veces, la dosis que se receta es excesiva y provoca más malestar que beneficios. Esto tiene consecuencias negativas para la persona (Desnoyers Hurley, 2007).

Es necesario llevar un control y hacer un seguimiento continuo sobre la dosis para valorar la evolución de la persona.

> «Yo creo que hoy en día se sobremedica, porque no se cuida a los profesionales como se debería.
> No se invierte en tratamientos psicológicos o políticas sociales como se debería y hay una presión asistencial tremenda.
> El fármaco es lo más rápido. »
>
> (profesional, PSI)

> «Yo creo que los médicos sobremedican a la mayoría, en parte para autoprotegerse. El médico puede decir: Bueno, yo ya he hecho mi parte y si se descompensa será porque ha dejado la medicación.
> Si llegas a urgencias o al CSMA con ciertos síntomas, sobre todo psicóticos, te medicarán... no hay más opciones.
> Pero yo creo que es por este proteccionismo que existe, porque luego en la práctica ya se ve que la recuperación a largo plazo no es mejor. Yo creo que es la mentalidad, la orientación biomédica y el hecho de protegerse. »
>
> (profesional, enfermera)

El modelo biomédico

El modelo biomédico se basa en los factores biológicos para entender la enfermedad, y suele dar menos importancia a los factores psicológicos y sociales. Es un modelo que considera la medicación como única alternativa de tratamiento.

Las intervenciones psicosociales en las que se trata a la persona sin utilizar medicación han dado buenos resultados. Pero está demostrado que este tipo de intervenciones no están al alcance de todas las personas.

Muchas investigaciones demuestran que es necesario contar con un tratamiento combinado entre medicación e intervención psicosocial adaptado a las preferencias y momento vital de la persona (García-Herrera Pérez-Bryan, J.M. et al., 2019).

Sin embargo, en la práctica la medicación adquiere más importancia que las intervenciones psicosociales.

> «Yo creo que es algo estructural y que está relacionado con los intereses que existen dentro del mundo de las farmacéuticas. Pero también hay una mentalidad biomédica que está muy integrada.
> Y la biomedicina nos dice que la enfermedad es una alteración biológica y la única manera de estabilizarla es a través de la medicación.»
>
> (profesional, enfermera)

Desacuerdo entre profesionales y personas afectadas

Incumplimiento de las personas afectadas

En ocasiones, profesionales en salud mental y personas afectadas no están de acuerdo sobre el tratamiento y la medicación.

Una propuesta innovadora y de éxito sería aquella en la que profesional y persona afectada tuvieran toda la información necesaria y se comprometieran a ser responsables de sus derechos, pero también de sus obligaciones.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, los pacientes no entienden el contexto en el que se les receta la medicación y la falta de información por ambas partes hace que este tratamiento no se adapte a sus verdaderas necesidades.

> «Yo creo que aquí tenemos un sistema de salud privilegiado. Tiene sus deficiencias como todo, pero también tiene sus cosas buenas. Por otro lado, en el CSMA tenemos absentismo por parte de los pacientes. La gente no viene, no avisa o pide que le cambiemos la cita. Falta conciencia social de que todo esto no es gratuito y de que los absentismos son muy caros. »
>
> (profesional, PSI)

3.4. Reflexiones sobre la relación con profesionales

» ¿Cómo es mi relación con las personas profesionales que me atienden en salud mental?

» ¿He notado alguna diferencia entre los distintos profesionales que me tratan? ¿Qué diferencias?

» ¿Qué es lo que más valoro en los profesionales de la salud mental?

» ¿Qué cambiaría de la relación que tengo con los profesionales de la salud mental?

Capítulo 4. Medicación

Los tratamientos en psiquiatría se basan en gran medida en recetar medicación a las personas con sufrimiento mental. Esta medicación, con sus ajustes de dosis, retiradas y cambios de pautas, acompaña a las personas que la toman, pero también a quienes las cuidan y prestan apoyo.

La medicación no solo modifica los síntomas o ayuda a que el malestar sea menor. También causa efectos secundarios que producen cambios en el modo de sentir, de pensar, de moverse y de expresarse.

Estos efectos secundarios a veces dan lugar a cambios negativos para la persona que toma la medicación.

Otras variantes que afectan a la hora de tomar medicación son: el género, la situación social y familiar, el origen cultural y la relación con profesionales y centros de salud.

La medicación y la forma de utilizarla han generado críticas en varias cuestiones. Algunas de estas cuestiones son:

- **La medicación es el centro del tratamiento.**

  Según un informe de la ONU, todas las personas tienen derecho a disfrutar del mayor nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, el ámbito de salud mental se sigue basando mucho en medicar en exceso a las personas, con apoyo de la psiquiatría y la industria farmacéutica (Püras, 2017; Rodríguez del Barrio et al., 2014).

- **Se toma medicación durante demasiado tiempo.**

  Un trabajo reciente publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría informa que tomar medicación durante demasiado tiempo puede hacer que los efectos perjudiciales sean mayores que los beneficios.

  Sin embargo, también afirma que están comprobados los beneficios de la medicación a corto plazo, cuando se toma durante el primer año y en dosis bajas. Además, el informe plantea esta cuestión: «Hay una importante proporción de pacientes que abandonan el tratamiento, debido a los malos resultados o efectos adversos» (Inchauspe Aróstegui & Valverde Eizaguirre, 2017: 12).

- **No se sabe qué comportamientos son efecto del trastorno y cuáles son efecto de la medicación.**

  Tanto profesionales como pacientes, a veces tienen dificultad para saber qué comportamientos son consecuencia de la medicación y cuales son síntomas del trastorno, especialmente los llamados síntomas negativos de la psicosis (Martínez-Hernáez et al., 2020; Flore et al., 2019).

  Esto supone un problema para la relación y colaboración entre profesional y paciente.

- **La medicación condiciona las relaciones entre personas.**

  La medicación puede cambiar las relaciones entre profesionales y pacientes. También entre las personas que la toman y sus familiares y entorno cercano. Además, puede influir a la hora de buscar o mantener un trabajo y de participar en actividades (Choudhury et al., 2015).

- **La medicación no tiene en cuenta la perspectiva de género.**

  Las desigualdades a la hora de tratar lo masculino, lo femenino y la violencia de género tienen consecuencias directas sobre el tratamiento y la medicación.

  Un ejemplo de ello se da cuando las mujeres reciben dosis más altas de medicación de la que necesitan porque las pautas marcadas no están adecuadas a sus características biológicas. Eso produce una sobremedicación en las mujeres (Valls-Llobet & Loio, 2014).

  Tampoco se tienen en cuenta el posible deseo de ser madre y la vivencia de género no normativo.

- **Las personas que toman medicación necesitan cuidados complementarios.**

  Los fármacos psiquiátricos producen efectos secundarios a nivel físico, a medio y largo plazo. Por ello, las personas que los toman necesitan cuidados para hacer frente a estos efectos secundarios (Morrison et al., 2015).

4.1. Reflexiones sobre la experiencia de tomar medicación

«Notar siempre como si te acabases de despertar,
que vas más lento, que no reaccionas al mismo tiempo,
que te hablan y tú no estás. Tú estás en la conversación,
pero no estás pendiente de la conversación, tú estás
por otro lado. No tienes alucinaciones, pero tampoco tienes
muchas otras cosas. Muchos otros pensamientos
que efectivamente eran positivos. La medicación,
dijéramos que arrasa con todo.»

(usuario, hombre)

» ¿Por qué comencé a tomar medicación psiquiátrica?
Por ejemplo: no conseguía dormir bien, tenía experiencias extrañas, estaba sufriendo, mi médico me lo sugirió...

» ¿Por qué motivo tomo actualmente medicación psiquiátrica?

» ¿La medicación ha respondido bien al problema que tenía?

» ¿Qué me han explicado sobre la medicación que tomo? Por ejemplo: efectos secundarios, duración aproximada del tratamiento...

» En caso de haber recibido información, ¿quién fue la persona que me informó?

» ¿He podido decidir tomar o no esa medicación?
¿Me han dado opciones al respecto?
Por ejemplo: me han explicado tipos de medicación que puedo tomar, dosis, forma de tomarla (en pastillas, inyectada...).

» ¿Cómo reaccionó mi entorno con respecto a la pauta de medicación que me recetaron?

» ¿Cuánto tiempo llevo tomando medicación?

» ¿Imagino mi vida sin medicamentos? ¿Por qué?

» Hasta el momento, ¿he intentado dejar la medicación o reducir la dosis? ¿Por qué?

- Si la respuesta es sí, ¿qué pasó cuando intenté dejarla o reducir la dosis?

4.2. Los efectos de la medicación

Es posible que lleves tiempo tomando medicación.
Por eso es importante valorar los efectos que provoca en ti.

» ¿Qué efectos positivos tiene la medicación en mí?

» ¿Qué efectos negativos tiene la medicación en mí?

» ¿Qué efectos físicos tiene la medicación sobre mí?
Por ejemplo: alteraciones en el sueño, temblores, taquicardia, obesidad...

» ¿Creo que alguno de estos efectos se relaciona con mi género (hombre, mujer, no binario...)?

» ¿Qué efectos tiene la medicación sobre mi vida psíquica?
Por ejemplo: angustia, ansiedad...

» ¿Qué efectos tiene la medicación en mis relaciones con otras personas?

» A veces es difícil distinguir si una reacción negativa en la persona es parte de los síntomas del propio trastorno o de los efectos negativos de la medicación.

¿Cómo distingo los síntomas del propio trastorno de los efectos negativos de la medicación?

Testimonios

«A veces no has sido consciente de los efectos secundarios
hasta que un día con la disminución de la medicación
te das cuenta de que el músculo ya no está agarrotado
y puedes correr...
¡Y hacía 15 años que no corrías...! »

(usuario, hombre)

«Los efectos adversos de la medicación
no son sólo una cuestión física,
son efectos que son visibles para todos...
no sólo para mí. »

(usuario, hombre)

4.3. El impacto personal y social que la medicación representa para cada persona

La medicación puede tener efectos positivos y negativos
para todas las personas que la toman.
Pero también puede tener significados diferentes
para cada persona dependiendo de las vivencias particulares
que tenga con su tratamiento.
Para cada persona la medicación puede representar cosas distintas.

» ¿Qué representa la medicación para mí?

Te proponemos una serie de palabras que nos han transmitido las personas a las que hemos entrevistado.
Puede que te identifiques con alguna de ellas o te den ideas que puedas relacionar con tu experiencia.

Puedes rodear con un círculo las palabras que te parezcan significativas o llamen tu atención.

manipulación

trabajo

vivienda

ingreso

rutina

sanación

enfermedad

«el precio a pagar»

coacción

desconfianza

psiquiátrico

control

dependencia

droga legal

inseguridad

confianza en mí mismo/a

efectos secundarios

rigidez muscular

ayuda

«condicionante de la vida cotidiana»

muleta

milagro

cuidado

experiencia

«estar vendido»

También te animamos a que, si lo prefieres, expreses lo que piensas o sientes a través de un dibujo o una imagen.

En general:

- La medicación y la experiencia relacionada con ella es siempre una cuestión muy personal.
- La experiencia de cada persona puede ser distinta y ser vivida de diferente manera.
- La percepción que cada persona tiene de la medicación puede cambiar con el tiempo, ya que no es algo estático.

4.4. Conocer la medicación. Información importante

Información sobre el nombre del medicamento

Información del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona:

Nombre científico

Es el nombre que la medicina y la farmacia utilizan
para el medicamento.
Cuando este nombre lo utiliza la Organización Mundial de la Salud,
se llama **DCI** (Denominación Común Internacional).

Nombre comercial

Cuando la medicina descubre un medicamento nuevo,
el laboratorio o empresa que lo saca al mercado
le puede poner un nombre. Este es el nombre comercial.
Por eso puede haber un mismo medicamento
con diferentes nombres comerciales.

Por ejemplo, hay un compuesto farmacéutico que se llama
olanzapina que sacan al mercado distintos laboratorios.
Uno de estos laboratorios ha puesto a su medicamento
el nombre de Zyprexa.
Zyprexa es uno de los nombres comerciales de la olanzapina.

También están los medicamentos llamados genéricos.
Son medicamentos que tienen los mismos componentes
y efectos terapéuticos que otro que se creó antes.
Salen al mercado cuando los fabricantes del medicamento original
pierden los derechos sobre él porque ha pasado mucho tiempo.
Normalmente, tienen que haber pasado 20 años.

El Ministerio de Sanidad comprueba y certifica que ese
medicamento genérico cumpla con las condiciones necesarias.
Son más baratos que los medicamentos con nombre comercial.

¿Qué es la medicación psiquiátrica?

Son fármacos y medicamentos que se utilizan para tratar el sufrimiento psíquico de las personas.
Por eso se llaman psicofármacos.

Podemos clasificar los psicofármacos en tres grupos:

- Antidepresivos. Sirven para tratar la depresión.
- Neurolépticos, también llamados antipsicóticos. Sirven para tratar trastornos como: esquizofrenia, trastorno psicoafectivo, psicosis varias...
- Ansiolíticos. Sirven para tratar la ansiedad.

En la práctica, muchas veces estos medicamentos se recetan combinados, dependiendo de los síntomas de cada persona.

Acompañando a estos psicofármacos también se suelen recetar otros para:

- Estabilizar el ánimo. Suelen ser fármacos antiepilépticos. Por ejemplo: ácido valproico, lamotrigina, topiramato o carbamazepina.
- Ayudar a los neurotransmisores GABA que intercambian información entre nuestras neuronas.
  Por ejemplo: gabapentina y pregabalina.
- Tratar los efectos secundarios de los psicofármacos que hemos nombrado hasta ahora.
  Por ejemplo: antihipertensivos y antiparkinsonianos.

La práctica de recetar varios medicamentos recibe el nombre de **polifarmacia**.

Conviene evitar la polifarmacia porque tomar varios medicamentos puede producir más efectos secundarios.

Sin embargo, cuanto más graves son los síntomas, más difícil es tratar el caso con un solo medicamento.

4.5. Conocer mi medicación. ¿Qué estoy tomando?

Te proponemos unas fichas para que escribas en ellas la información más importante relacionada con los medicamentos que estás tomando. Esto te ayudará a comprender los efectos que tienen y a valorar mejor tu medicación.

Puedes encontrar información sobre fármacos en la web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS: https://www.aemps.gob.es/) y su Centro de Información de Medicamentos Autorizados (CIMA:https://cima.aemps.es/)

Ficha tipo:

Nombre del medicamento

¿A qué familia de medicamentos pertenece?

Posología. Dosis que tomo de ese medicamento

Efectos terapéuticos que me ayudan

Efectos perjudiciales

Contraindicaciones. ¿En qué circunstancias es peligroso tomarlo?

Interacciones. Cómo se relaciona este medicamento con otros que tomo ¿Causan efectos negativos entre ellos?

Posibles efectos en caso de dejar de tomarlo o tomar menos dosis

Información sobre el prospecto

El prospecto es el documento que viene con cualquier medicamento y nos informa sobre: para qué sirve, cómo debe utilizarse y los efectos secundarios que puede producir.

Se debe entender que la información sobre los efectos secundarios de los prospectos se basa en probabilidades, no en determinaciones. Habrá efectos que serán frecuentes, otros poco frecuentes y otros muy infrecuentes.

Es información importante y valiosa sobre la probabilidad de experimentar determinados efectos adversos.

> «Nunca he mirado los prospectos que hay en los medicamentos, porque si me los leo, no me los tomaré. Porque leeré: probabilidad "muerte súbita" (risas). No me los miro y ya está. »
>
> (usuaria, mujer)

La información más destacada que suele aparecer en los prospectos de los medicamentos es:

1. Qué es y para qué sirve ese medicamento.
2. Advertencias antes de tomarlo.
3. Interacciones. Qué pasa si se toma con otros medicamentos.
4. Incompatibilidad con pruebas médicas.
5. Embarazo y lactancia.
6. Cómo usar el medicamento. Qué pasa si se toma más de la cuenta o se olvida tomarlo.
7. Posibles efectos perjudiciales.
8. Cómo conservar el medicamento y cuándo caduca.
9. Información adicional:
   - Componentes que lleva el medicamento.
   - Presentación y contenido del envase.
   - Quién ha fabricado el medicamento.

4.6. La violencia de género en mujeres con sufrimiento mental

Las mujeres con sufrimiento mental están expuestas a sufrir más violencia de género que el resto de las mujeres.

Dada su situación, los motivos están relacionados con la menor probabilidad que tienen de ser independientes económicamente y de vivir por su cuenta.

Además, el sufrimiento mental y, especialmente, los diagnósticos asociados generan estigma social, lo que hace que las mujeres que los viven estén en situación más vulnerable y más expuestas a todo tipo de violencias.
No solo violencia de género, sino también por parte de su familia y otras personas.

Por estos motivos haría falta valorar la perspectiva de género, y la situación de la mujer, en los estudios de salud mental y a la hora de recetar medicación.

Además, sería necesario estudiar otras variables que acompañan a la mujer junto con la perspectiva de género, como son su origen cultural y étnico, el nivel social y económico, la orientación sexual... y otras circunstancias que hacen pensar en la necesidad de un abordaje interseccional de los problemas de salud mental y los tratamientos que se proponen.

Recetar medicación teniendo en cuenta las circunstancias de la mujer

Los tratamientos médicos necesitan un cuidado y seguimiento por parte del equipo de profesionales.
Se deben tener en cuenta aspectos como: recetar la dosis adecuada, seguimiento de los efectos que produce, efectos secundarios, interacciones con otros medicamentos...

En el caso de la mujer, los profesionales plantean que además sería necesario considerar las siguientes situaciones a la hora de recetar medicación y de intervenir en salud mental:

- La constitución biológica es diferente.
- Algunos medicamentos pueden perder eficacia al mezclarlos con anticonceptivos orales. La mujer también debe consultar con su ginecólogo.
- La mujer debe estar informada y dar su consentimiento por escrito para tomar algunos medicamentos que le pueden hacer más difícil quedarse embarazada o pueden ser peligrosos para el feto. Por ejemplo, el ácido valproico, carbamezapina o topiramato (Weston et al., 2016).
- En mujeres que quieran quedarse embarazadas o que ya lo están, se debe sustituir la medicación, en la medida de lo posible, por más sesiones de psicoterapia o psicoeducación.
- Si existen, utilizar programas médicos específicos del seguimiento del embarazo para mujeres que toman psicofármacos.

- Crear protocolos para detectar y sensibilizar sobre la violencia de género y patriarcal que sufren las mujeres con sufrimiento mental.

  Puedes consultar sobre violencia patriarcal y mujeres con diagnóstico en el siguiente enlace:

  – Guía con las conclusiones de la investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental.

- Tener en cuenta los distintos efectos secundarios que produce la medicación en mujeres y en hombres, y los que preocupan más a cada sexo.
  Algunos ejemplos de efectos, al tomar neurolépticos son:

  – Hombres: disfunción eréctil, eyaculación tardía, eliminación del deseo sexual, falta de orgasmos, contracturas musculares, sueño irregular, cansancio, lentitud de cuerpo y mente, aislamiento y agrandamiento de las glándulas mamarias.

  – Mujer: sobrepeso, obesidad, hinchazón del cuerpo, cambio de la estética del cuerpo en general, falta de orgasmos, alteraciones o falta de la menstruación, caída del pelo, sedación, sueño o cansancio, secreción de leche por el pezón sin motivo, malformaciones o anomalías en el feto de mujeres embarazadas.

Como vemos, es importante que los profesionales tengan en cuenta el género a la hora de diagnosticar y recetar medicación.

También las instituciones de la salud deben valorar aspectos como: el cuidado familiar, apoyo de la red social y el desempeño de algunos trabajos profesionales.

Estas cuestiones suelen estar asignadas a un sexo o a otro y es importante tenerlas en cuenta en los diagnósticos y tratamientos en salud mental.

4.7. Tener en cuenta la diversidad étnica y cultural para recetar medicación

Los profesionales deben valorar la realidad étnica y cultural que viven las personas con sufrimiento mental para poder diagnosticar y dar un tratamiento adecuado.

A la valoración y consideración del entorno cultural en el que viven las personas se le llama «competencia intercultural en salud mental».

Es importante que las personas en tratamiento de salud mental expliquen su situación a los profesionales.
Deben contar si creen que hay alguna barrera cultural que hace más difícil el tratamiento o la comprensión de su malestar.

Puedes consultar una guía de competencia intercultural en salud mental en este enlace:

- Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud.

Capítulo 5. Los derechos de las personas con sufrimiento mental

Existen leyes que defienden los derechos de las personas que usan los servicios de salud mental y de sus familias. Sin embargo, muchas de estas personas viven situaciones en las que sienten que sus derechos no se respetan.

Sobre este tema David Oaks (2013) señala tres razones que muestran la vulneración de derechos de las personas que padecen sufrimiento mental:

- Los tratamientos se imponen por la fuerza sin el consentimiento de la persona que los va a seguir.
- Los profesionales no dan información completa sobre los efectos de los medicamentos y sus alternativas.
- Hay miedo a un sistema que somete a las personas a tratamiento porque están obligadas a obedecer a otras personas con más poder.

Algunos ejemplos de estas situaciones son:
retirar a una persona sus objetos personales al ingresar en un hospital, no consultarle ni informarle sobre cambios en su propia medicación
o aislarle en habitaciones de contención dentro de hospitales.

Otro problema es que en bastantes ocasiones no se tiene en cuenta la opinión de las personas con malestar o sufrimiento mental.

Marta Allué habla de pacientes des-moralizados, pacientes a los que por tener una enfermedad o inestabilidad psíquica, no se les escucha y no se les deja defender sus derechos (Allué, 2013).

Naciones Unidas también lo recogía en el año 2017 en el informe del relator especial sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

En este informe se habla de tres grandes obstáculos para el avance en salud mental, que son los siguientes:

- Predomina el modelo biomédico, que no considera fundamentales los factores psicológicos y sociales de la persona. Se centra en los factores médicos y físicos.
- Las personas en tratamiento no pueden tomar decisiones sobre su salud, en muchas ocasiones.
  Esto les hace sentir que otras personas tienen más poder que ellos, lo cual puede generar situaciones violentas.
- Las investigaciones en salud mental están principalmente restringidas a determinantes biológicos.
  Con lo cual los resultados y avances que se consiguen no están contrastados con distintas corrientes de saber.

Por ello, este informe plantea que, aunque el modelo biomédico es beneficioso, también es necesario tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de la persona, el contexto en el que vive y sus relaciones, para plantear su tratamiento.

Dainius Pūras, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental afirma:

«La coacción, la medicalización y la exclusión,
deben sustituirse por una concepción moderna
de la recuperación que restablezca la dignidad y reintegre
a los titulares de derechos en sus familias y comunidades.
Las personas pueden recuperarse de los trastornos mentales
y, de hecho, se recuperan incluso de los trastornos más graves
y pueden vivir una vida plena y rica» (Püras, 2017:21).

En sus conclusiones, Püras hace las siguientes afirmaciones:

«Las crisis en la salud mental no deberían gestionarse como una cuestión individual de la persona, sino como crisis de los factores sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales».

«[...] Es necesario dar prioridad a las políticas innovadoras
que hablan sobre la influencia de los factores sociales
en las personas y abandonar el modelo médico que trata
de curar a las personas centrándose en los "trastornos"».

«[...] Ampliar las intervenciones psicosociales eficaces
entre la comunidad y abandonar la cultura de la coacción,
el aislamiento y la medicalización excesiva.» (Püras, 2017:22)

En este capítulo proponemos unas preguntas para reflexionar sobre las vivencias que las personas con sufrimiento mental están teniendo en relación al cumplimiento o no de sus derechos.

5.1. Pensar sobre tus derechos

» ¿He vivido alguna situación de sufrimiento mental en la que no se han tenido en cuenta mis derechos? Si la respuesta es sí, ¿qué pasó?

» ¿Conozco mis derechos como persona usuaria del servicio de salud mental?

» ¿Pongo en práctica mis derechos? ¿De qué manera?

» ¿Dónde he recibido información sobre mis derechos? ¿Quién me la ha proporcionado?

» ¿Conozco algún lugar de referencia donde ir si quiero más información sobre este tema o ampliar la que tengo?

» ¿Conozco mis derechos en relación al tratamiento farmacológico?

» ¿Puedo negarme a recibir algún tratamiento?

» ¿Sé a dónde ir y qué hacer en caso de que no se respeten mis derechos? ¿Tengo claro dónde poner una queja y cómo hacerlo, si fuera necesario?

5.2. Cumplir con los derechos de las personas que toman psicofármacos

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente dice que todas las personas que ingresan en un hospital tienen derecho a recibir información sobre:

- Sus derechos durante el ingreso.
- Todo lo que se vaya a hacer durante el ingreso relacionado con su salud.

Esto incluye información sobre aspectos como: para qué se hace cada intervención, riesgos y consecuencias, medicación que se receta, efectos secundarios y contraindicaciones de la medicación...

Sin embargo, elaborando esta guía hemos encontrado testimonios de muchas personas que afirman que no se han respetado sus derechos en este sentido.

Testimonio

«Cuando ingresé en el hospital que fue voluntario,
les expliqué que me estaba tomando un tratamiento.
Yo dije que me lo tenía que tomar y al entrar me dijeron
"tranquila" y me dieron una pastilla, era amarilla lo recuerdo
y dulce. No me avisaron de que me quitaban mi medicación,
pero lo hicieron.
Empezaron a darme otra, pero sin consultarme.
Me enteré porque me daban una pastilla en la comida. Es así.
Pienso que deberían haberme dicho: "Pues mira,
te vas a tomar esto porque hemos
encontrado que tienes esto..." »

«A mí me dieron el diagnóstico cuando ya llevaba
tres semanas allí tomando medicación.
Y seguro que tenemos derechos y está todo esto
de las voluntades anticipadas, pero son cosas
que no sabemos, no conocemos y que igual nos iría muy bien
en muchos casos. »

(usuaria, mujer)

Después de leer este relato te proponemos pensar en las siguientes preguntas:

- ¿He vivido alguna vez una situación parecida a la de este caso? Si la he vivido, ¿recuerdo qué pasó?

» ¿Cómo resolví aquella situación?

» Si ahora me pasara algo parecido, ¿actuaría de otra manera?

Derecho a recibir información

Testimonios sobre el derecho a recibir información necesaria, verdadera, comprensible y adaptada a las necesidades de cada persona (artículo 4 Ley 41/2002)**.**

«Los profesionales a veces hablan de medicación y se enredan como persianas. No se dan cuenta de que la persona con la que están hablando, o no se entera de más de la mitad o se entera a medias. Algunas veces el psiquiatra habla de los efectos que la medicación produce sobre la enfermedad y la persona piensa que le está hablando de los efectos secundarios.
Ahí puede haber malentendidos y puede ser un motivo por el que la persona no se quiera tomar la medicación. »

(usuaria, mujer)

«Los pacientes tienen derecho a informarse, pero a informarse realmente. Cuando van al hospital y les dan un consentimiento informado no les explican las complicaciones que puede tener un tratamiento y pasivamente firman, luego vienen las complicaciones y el que nadie me avisó. Bueno, lo mismo hacemos aquí... La verdad es que no informamos mucho de las complicaciones, por eso es importante que la persona también se involucre y lo exija. »

(profesional, psiquiatra)

» ¿Creo, por mi experiencia, que se informa a las personas de forma correcta sobre el tratamiento que van a recibir?

» ¿Y creo que esa información es comprensible?

» ¿Dónde busco la información para resolver mis posibles dudas?

Derecho a decidir sobre el tratamiento propuesto

Testimonios sobre derechos relacionados con el tratamiento: Derecho al consentimiento libre e informado, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento propuesto, dentro de los límites que marca la ley (artículos 8 y 9 Ley 41/2002).

«A mí, lo que me gusta de un profesional es que empiece hablando de mis derechos.
A veces cuando vas a un médico, no te comenta los derechos.
Es "Tómate esto y ya está". »

(usuario, hombre)

«Yo conozco casos de gente a la que le han dado electroshocks sin consultar. Han consultado con la familia, y la familia no es quien para decidir sobre tu bienestar. »

(usuario, hombre)

«Yo creo que ellos no lo plantean tanto en clave de derechos, pero sí intentan muchas veces negociar.
Muchas veces, desde un principio hay personas que te dicen: "No quiero nada que dé sueño, ni que engorde".
De esta manera lo están negociando, aunque no lo expliquen tan claramente y bueno, yo sí lo considero un derecho de la persona a negociar y a decir que no, son adultos.
A mí no me gusta trabajar con menores porque no pueden decidir.
Estos sí, estos si son adultos tienen derecho a decir que no. »

(profesional, psiquiatra)

» ¿He vivido alguna vez situaciones similares?

» ¿Creo que en las consultas de salud mental el tratamiento se negocia entre profesional y paciente?
¿Por qué creo que sí o que no?

Otras situaciones para reflexionar sobre los derechos:

- **Derecho a acompañamiento o no en las visitas médicas.** Los datos sobre la salud de un paciente son privados y solo esa persona puede decidir con quien quiere compartirlos. Hay que respetar el derecho a la intimidad (artículo 7 Ley 41/2002).
- **Derecho a negarse a tomar un medicamento, pero mantener las visitas o seguimiento con profesionales.** El derecho a la protección de la salud está reconocido en la Constitución Española (artículo 43).
- **Derecho a que las decisiones que se tomen se hablen y se acuerden entre profesional y paciente.** Derecho al consentimiento informado y acatamiento de sus límites (artículos 8 y 9 Ley 41/2002).
- **Derecho a que la persona decida sobre los cuidados y tratamiento que quiere recibir.** Derecho a otorgar instrucciones previas (artículo 11 Ley 41/2002).

5.3. Ejercer tus propios derechos

La persona profesional que te receta la medicación debe resolver todas las dudas que tengas al respecto. Te proponemos a continuación unas preguntas que te ayudarán a plantearte las dudas que tengas y a tratarlas con tu profesional de referencia.

- ¿Por qué se me receta esta medicación?
- ¿Qué efectos beneficiosos va a tener para mí?
- ¿Cuáles son sus efectos secundarios?
- ¿Tiene alguna contraindicación?
- ¿Puedo tomar esta medicación junto con el resto de fármacos que estoy tomando ya?
- ¿Debo tomar esta medicación a una hora concreta? Por ejemplo, después de comer o de cenar.
- ¿Hay alguna alternativa a esta medicación? ¿Cuál?
- ¿Debo pasar algún examen médico antes de tomar esta medicación?
- ¿Debo llevar algún control médico mientras la tome?
- ¿Existe alguna dosis máxima diaria que me pueda tomar?
- ¿Cuáles son los riesgos en caso de tomar una dosis demasiado alta?
- ¿Se indica alguna dosis diferente para hombres y para mujeres?
- ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?

¿Dónde puedo ir a plantear una queja o explicar una situación en la que no se respetan mis derechos?

- Servicio de salud mental en el que nos han atendido

  Los servicios de salud mental están obligados por ley a recoger y atender las quejas y reclamaciones de pacientes.

- Oficina de atención al paciente

  Estas oficinas existen en los servicios sanitarios públicos, como los hospitales.

- Síndic de Greuges de Catalunya.

  Actúa como supervisor y colaborador de la Administración catalana. Atiende las quejas de las personas cuando sienten que la Administración no les ha atendido debidamente. También supervisa a las empresas privadas que prestan servicios públicos.
  El Síndic no depende de ningún gobierno, actúa de forma independiente.
  Su página web es http://www.sindic.cat/

  El Síndic tiene un espacio que se llama Defensor del paciente y que se dedica a garantizar los derechos de pacientes y personas usuarias.

- **Oficina para la No Discriminación (OND)**

  Servicio municipal que existe en la ciudad de Barcelona desde el año 1998.
  Su función es ofrecer información, formación y sensibilización sobre igualdad de derechos.
  También da atención y asesoramiento a personas que han visto perjudicados sus derechos humanos.

- **Observatori de Drets en Salut Mental**

  Iniciativa de la Federació Veus de Catalunya.
  Se dedica a hacer un seguimiento de las normas que afectan a los derechos de las personas con diagnóstico psiquiátrico y a su entorno.

- **Los comités de bioética y de ética asistencial**

  Son espacios de consulta para profesionales y personas usuarias de los centros sanitarios.
  Analizan los conflictos éticos que puedan surgir entre ambas partes y asesoran para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

  Los comités de bioética son espacios que sirven para resolver consultas, pero no tienen validez legal.

5.4. Documentos y leyes básicas en salud mental

Leyes básicas sobre salud mental

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Naciones Unidas, 2006.
- Constitución Española:
  El artículo 18 reconoce el derecho a la intimidad.
  El artículo 43 reconoce el derecho a la salud.
  El artículo 49 reconoce la protección y atención a las personas con discapacidad.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que reconoce la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones sobre información y documentación clínica.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre de 2000, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica vigent.
- Resolución del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, septiembre 2017. «Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, salud mental y derechos humanos».
- Püras, D (2017). Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona a disfrutar lo más posible de salud física y mental, Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas.
- Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària.

Documentos sobre derechos elaborados por la sociedad civil, y por profesionales

- Guía de Drets de la Federació Veus.
- Informe Alternativo ActivaMent-Hierbabuena sobre la situación de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial en España (2019).
- Documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. Comitè de Bioètica de Catalunya (2018).
- Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en España de la Confederación salud mental España (2018).
- Manifiesto en torno a la coerción en los servicios de salud mental. AEN (2016).
- Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica. Por una ética de la capacidad. La vida diagnosticada. Fundació Congrés Català de Salut Mental. FCCSM (2016).
- Documento de Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental de la Escuela Andaluza de Salud Pública (2015).
- Derechos Humanos, Ética y Salud Mental (I). Tratamiento Ambulatorio Obligatorio. Medidas Restrictivas. Fundació Congrés Català de Salut Mental. FCCSM (2005).

Capítulo 6. Crear buenas condiciones para el diálogo

La mayoría de personas que sufren una experiencia de sufrimiento mental grave, como crisis psicóticas, se sienten aisladas y desconectadas del resto del mundo.

Esta situación se puede agravar si los profesionales que tratan los casos de estas personas no tienen en cuenta sus derechos básicos y no les ofrecen un espacio seguro para hablar de sus síntomas o sufrimientos, sin miedo a tener que ingresar por obligación.

Diversas investigaciones han demostrado que las intervenciones que no incluyen la comunicación y las relaciones sociales hacen que los pacientes se estanquen en su recuperación e incluso empeoren.

Estas investigaciones también demuestran que se agrava la situación de pacientes a los que se medica en exceso o se aísla después de un ingreso.

Así lo muestran autores como: Beviá & Bono del Trigo, 2017 o Seikkula & Arnnkil, 2016.

Partiendo de los testimonios que hemos conseguido en las entrevistas para elaborar esta investigación y la guía GCM, vamos a plantear propuestas para fortalecer el diálogo y la comunicación entre: profesionales, personas que viven experiencias de sufrimiento mental y su entorno.

6.1. Condiciones necesarias para empezar

Información

Es necesario que la persona tenga la información suficiente para comprender lo que está pasando y la forma en que se le está tratando.

> «Tener suerte es que te toque un profesional que empatice con tu situación, que te escuche, que te acompañe, que te explique las cosas sobre todo al principio, cuando no sabes nada...
> El tema de la salud mental, si no has tenido a nadie en la familia, es una hostia... No entiendes nada.»
>
> (usuario, hombre)

La información debe ser comprensible para la persona que la va a recibir y no caer en estereotipos.
El profesional debe asegurar que toda la información que tiene llegue a la persona que va a iniciar el tratamiento.

Además, hay que tener en cuenta que recetar demasiada medicación o los efectos secundarios de algunos medicamentos, como los neurolépticos, pueden hacer difícil la comunicación.
En estas situaciones la persona tiene menos capacidad de valorar y decidir sobre su propio caso.

Espacio agradable, adecuado

El espacio debe ser un lugar acogedor, dónde la persona se sienta a gusto, tranquila y que sea propicio para expresar emociones.
Podría ser un espacio cuidado donde al llegar se pueda tomar algo.

6.2.Construir relaciones basadas en el diálogo

«Sí, yo he tenido buena suerte creo, yo he encontrado
un médico que es una persona muy humana...
Yo me iba de la consulta mejor de lo que entraba.
Cuando pasas tiempo sin ir hay que hacer un resumen...
Yo pensaba, a ver, ¿qué le explico?
Pero después salía más contenta porque me hacía bromas,
me daba esperanza... veía que me aceptaba...
veía que yo le caía bien. »

(usuaria, mujer)

Uno de los aspectos que más valoran las personas
con sufrimiento mental es la relación con su profesional.
De esa relación dependerá el interés de la persona por explicar
lo que le pasa y le preocupa.

Se trata de aplicar humanidad a la psiquiatría, a través de un método
que priorice el buen trato para conseguir el buen tratamiento.

«Es a raíz de la confianza que puede haber
un poco de confidencias. »

(usuaria, mujer)

Las relaciones entre profesional y persona con sufrimiento mental se deben basar en:

Empatía para ponerse en el lugar de la otra persona y honestidad

> «Yo pienso que tiene que haber una relación empática en la que el psiquiatra sea honesto también consigo mismo, simple y llanamente. »

(usuario, hombre)

Afecto

> «De los profesionales busco afecto y comprensión. »

(usuario, hombre)

> «Muchas veces el rechazo al médico surge porque te vas de la consulta peor de lo que has entrado... »

(usuario, hombre)

Relaciones que se mantengan con el tiempo

Es necesario que no haya cambios constantes de profesional, ya que esto puede crear situaciones poco adecuadas.

> «Los cambios de psiquiatras son un problema, y tenemos muchos cambios últimamente: una que se jubila, una persona que tiene una baja larga.... Siempre que hay cambios, los pacientes tienden a comparar. »

(profesional, psicólogo)

Confianza

Es muy importante crear una relación de confianza en la que la persona sienta que puede hablar y expresarse sin miedo a las consecuencias.

> «Tú ves que una persona te quiere medicar, para calmarte, con toda la buena intención... pero eso te hace desconfiar.»
>
> (usuario, hombre)

La pérdida de confianza suele estar causada por la poca relación entre profesional y paciente y por la falta de un espacio de encuentro en el que la persona pueda elegir quién quiere que participe. Sobre los motivos que puede tener una persona para no hablar en la consulta, una de las personas entrevistadas explica:

> «A veces por falta de confianza, me da miedo hablar, porque he pasado mucho.
> A veces hablamos y nos ponen las palabras en la boca.
> A veces he percibido que otros leían mi pensamiento y no sé si es fácil.
> Lo que sí es válido siempre es intercambiar información.»
>
> (usuario, hombre)

Relación basada en el diálogo

El diálogo es fundamental para que la persona con sufrimiento mental no sienta que los tratamientos están basados en relaciones de autoridad.
Relaciones en las que el profesional impone ingresos en hospitales o pérdida de derechos, como vivienda y recursos económicos.

> «Yo por ejemplo a temporadas me quito la pastilla del mediodía. Pero el resto de la medicación no me la quito nunca porque le tengo pánico a los psiquiátricos.
> ¿Para qué voy a hacer una limpieza?
> ¿Para terminar en el psiquiátrico al cabo del año?
> No, yo no voy al psiquiátrico. Me putearon una vez, pero no me putean dos. Me la hicieron muy gorda, por eso me digo que nunca más entraré en otro.
> ¡Uy! Para ir al psiquiatra mejor me tomo la medicación. »
>
> (usuario, hombre)

Una de las personas que presta su testimonio en los grupos de trabajo nos explica lo satisfecho que está con la relación con su psiquiatra.
Se trata de una relación basada en el diálogo.

> «Yo con mi psiquiatra hablo mucho de literatura.
> En realidad, los dos sabemos de qué estamos hablando, pero así no lo siento de forma tan agresiva. Luego, en algún momento él me pregunta cómo me veo... Entonces ya sé que quiere hablar de cómo me encuentro...
> Si voy al psiquiatra, y solo hablo de síntomas no me siento una persona, sino que al final sólo siento las jerarquías y los miedos. Agradezco hablar de otras cosas. »
>
> (usuario, hombre)

Utilizar otros lenguajes

> «Es importante utilizar un lenguaje en el que nos sintamos todos cómodos.»
>
> (usuario, hombre)

6.3. Buenas prácticas para el diálogo entre profesionales y pacientes

Pensar en las prácticas que no funcionan bien

La mayoría de los profesionales trabajan con mucha presión asistencial por la obligación de atender a muchas personas en poco tiempo y no poderles prestar la atención necesaria.

Esta presión asistencial dificulta poner en marcha buenas prácticas.

> «Yo creo que un tema que nos dificulta mucho es la presión asistencial. Tenemos media hora para cada uno, que creo es bastante, pero el que tengamos tantos pacientes hace que no les veamos con la frecuencia que quisiéramos. Eso afecta muchísimo porque nos centramos más en el tema medicación porque es más rápido y más ágil y eso nos permite distanciar las visitas. Yo creo que eso sí es importante.»
>
> (profesional, psiquiatra)

La falta de tiempo y de espacios adecuados hace que la relación entre profesional y paciente sea más fría y no pueda estar basada en el diálogo y la comunicación relajada.

Sin espacio ni tiempo, los profesionales no pueden hacer una escucha atenta de los relatos de sufrimiento. El trabajo terapéutico entra en riesgo porque solo hay tiempo de seguir los protocolos.

Algunas familias explican el problema de la falta
de relación con profesionales:

> «Yo creo que en los centros de salud mental
> hay demasiado protocolo.
> Por el tema de la autonomía yo me quedaba en la sala
> de espera. Nunca me preguntaban a mí qué había pasado
> estos tres meses. A pesar de que mi hijo decía que podía
> entrar. ¿Por qué no me pregunta el profesional? »
>
> (familiar, madre)

Las personas cuidadoras piden participar más en los espacios
en los que se trata a sus familiares.
Pero los servicios de salud mental no lo suelen permitir
porque defienden el derecho a la intimidad de los pacientes
y la conveniencia de tratarles de forma autónoma.

Sin embargo, conviene pensar en la necesidad de organizar espacios
concretos en los que la familia se sienta atendida
y pueda participar con acuerdos y consensos con la persona
que está teniendo sufrimiento mental.

A la participación activa de todas estas partes en el tratamiento
se le llama «trabajar desde lo colectivo».

Trabajar desde lo colectivo

Se basa en una forma de trabajo en la que participan
todas las personas afectadas.
El objetivo es construir una red de apoyo entre profesionales,
personas con sufrimiento mental y su entorno más cercano.

Se trata de crear espacios de diálogo entre personas
que son importantes para el paciente con sufrimiento mental.

Una profesional afirma que:

> «Igual deberíamos dejar la puerta abierta a que venga
> una persona de confianza, quizás no solo la familia,
> dejar mucho más abierta esa intervención. »
>
> (profesional, psiquiatra)

Algunas redes asociativas o iniciativas sociales cumplen
esta función de trabajo desde lo colectivo,
ya que crean espacios en los que las personas pueden relacionarse
de forma más libre sin sentirse cuestionadas ni juzgadas.

Por eso es importante valorar el trabajo de estas entidades
y comprender que son un motor de cambio importante
para la mejoría de las personas en muchos casos.

> «La confianza es compleja, ahora mismo no me fiaría
> de mi familia, no tienen la perspectiva que tengo yo
> y sufren mucho.
> Mi madre es capaz, por intentar ayudarme, de llamar
> al psiquiatra y acabar medicándome. En ese momento,
> es fundamental contar con alguien que conozca mis síntomas
> o que entienda que algo no está funcionando bien.
> Yo estoy en la "Asociación X" y allí me conocen mucho.
> Por ejemplo, cuando no dejo de caminar, en mi caso
> es la señal de alarma y ellos se dan cuenta.
> Mi familia me quiere mucho, pero creo que por intentar
> ayudar acabarían haciendo algo que yo no quiero. »
>
> (usuario, hombre)

La mayoría de profesionales piden redes de trabajo,
en las que participen personas del entorno de la persona
con sufrimiento mental, así como los profesionales de referencia.
Especialmente aquellos con los que la persona afectada
se encuentre más a gusto.

Fomentar la autonomía y la salud

Las personas en situación de sufrimiento mental
en ocasiones pierden su autonomía y capacidad de decidir,
tanto por las decisiones que toman los profesionales
como por las que se toman dentro de su hogar en su nombre.

En el caso de los profesionales, muchas veces trabajan siguiendo
un protocolo en el que cada cual cumple con sus responsabilidades,
a partir de una estructura jerárquica, sin tener tiempo ni medios
de cuidar aspectos como el diálogo o el fomento de la autonomía.

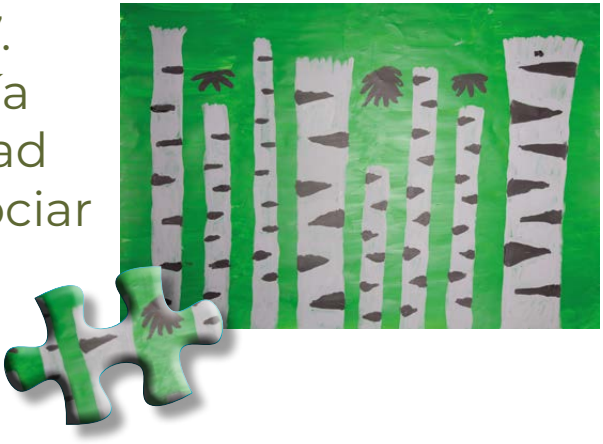
En este sentido, algunos psiquiatras explican que su intervención
está condicionada por la responsabilidad de recetar medicación.

Sin embargo, otras profesiones como la enfermería, la psicología
o el trabajo social tienen más posibilidad de hacer prácticas
de cuidado a partir del diálogo con la persona,
aunque tienen menos poder de decisión en el tratamiento global.

Por su parte, las familias a veces asumen una función de control
para que se cumpla el tratamiento
que afecta de forma negativa a su relación con las personas
con sufrimiento mental.

Para que esto no suceda haría falta más diálogo y negociación
con el objetivo de pactar el tratamiento entre profesionales,
persona afectada y su entorno.

Capítulo 7. Autonomía y capacidad para negociar



Este último capítulo está dedicado a orientar a las personas que toman psicofármacos para que sean capaces de participar de forma activa en la toma de decisiones relacionadas con su propio tratamiento.

Decisiones como: elección de un medicamento, cambio en la dosis, dejar de tomar la medicación y otras cuestiones.

La experiencia de las personas que han colaborado en la elaboración de esta guía deja clara la necesidad de participar en cualquier cambio que se de en su tratamiento y medicación.
Debe ser un proceso muy dialogado, en el que se intervenga cuando la persona de cualquier tipo de alarma.

La propuesta de esta guía es apoyar a la persona para que tome sus propias decisiones, pero no en soledad, si no formando una red en la que participen las personas más significativas de su entorno.
Aquellas que le ayudan a afrontar sus problemas de malestar mental.

7.1. Reflexionar para tomar decisiones

Para tomar nuestras propias decisiones debemos ser personas bien informadas y contar con los datos suficientes para valorar nuestra situación.

Prepararnos para tomar decisiones:

- Tener ganas de saber, mostrar interés.
- Preguntarnos cuál es la realidad que vivimos.
- Buscar información en distintos sitios para tener una opinión propia.
- Conocer el origen de las informaciones que nos llegan.
- Informarnos sobre nuestros derechos.
- Analizar y valorar los pros y los contras de la decisión que vamos a tomar.
- Estudiar con calma las noticias que llegan sobre nuevos tratamientos y medicamentos.
- Hacernos preguntas sencillas: qué, quién, cuándo, dónde y porqué.
- Tener la mente abierta a posibles cambios de opinión y nuevas soluciones.
- Si es posible, encontrar un organismo público social o sanitario, o una asociación de personas con experiencias en primera persona a la que poder ir para contar lo que pensamos.
- Sentirnos igual a los demás y valorar nuestro conocimiento.

7.2. Gestión de la medicación. La posibilidad de continuar, cambiar o disminuir la medicación

Hay muchos motivos para plantearse un cambio en la medicación.
Por ejemplo:

- Probar un nuevo producto para mejorar los síntomas.
- Cambiar el formato en el que se toma la medicación; de oral a inyectable, o al contrario.
- Cambiar el medicamento porque se sienten molestias.
- Reducir la dosis.
- Cambiar la dosis para sentir que se tiene un control sobre la medicación.

Para algunas personas, la medicación es muy importante
y ha supuesto mejoras en su vida,
a pesar de los efectos secundarios.
Por eso, no se plantean dejarla ni hacer ningún tipo de cambio.

Testimonios

«Me parecía que tomaba mucha medicación»

«En el año 2011 empecé con el médico que tengo ahora en la Mutua. Hace un par de años empezamos a bajar la medicación porque me parecía que tomaba mucha y se lo comenté, pero a él le parecía que estaba bastante estable.
Al bajar la medicación tuve una pequeña bajada, pero luego recuperé. Yo le dije:
"Estoy bien, podemos seguir bajando", pero él me dijo:
"No, no, esta vez no vamos a bajar nada,
a la siguiente". Entonces, a la siguiente sí, ya bajamos un poquito. Se asegura mucho, va con mucho cuidado. »

(usuaria, mujer)

«A mí es que ninguna me ha funcionado»

«He tomado mucha medicación, pero ninguna me ha funcionado. Al principio me va bien, pero cuando pasa un tiempo me dejan de hacer efecto o son contraproducentes para mí...
Nunca han dado con la medicación adecuada.
He tomado de todo: antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos, anti... anti todo.
Cuando recaigo me tienen que hacer cambios de medicación en los que sufro mucho: el síndrome de abstinencia de la que estoy dejando y el cambio a la otra.
Nunca he tomado la misma medicación mucho tiempo.
Yo no tengo una pastilla que haya tomado 10 años seguidos. »

(usuaria, mujer)

«No la quiero tomar, pero cumplo»

«Mi familia siempre me está diciendo que tengo que tomar la medicación. Yo no la quiero tomar, a veces la he dejado. he tenido varias recaídas y al final me tuvieron que ingresar. Ahora no la quiero tomar porque me dejan chafado, pero cumplo y la tomo.
A parte, sexualmente estoy inutilizado con la medicación. Y bueno, gracias a que no tengo pareja, que vivo solo, pero... no sé, me ha afectado... »

(usuario, hombre)

«Lo suficiente para sentirme estable»

«Yo al principio estaba tomando una medicación muy bestia que me anulaba totalmente. Después fui teniendo cambios de medicación, empecé a bajar la dosis por mi cuenta y al final decidí quitármela del todo sin consultar con nadie. Sin embargo, me di cuenta de que tenía que tomarme la medicación. Me di cuenta por mí mismo y por la gente que me rodea. Mi compañera me dijo que estaba muy acelerado, que intentara controlar más.
Me di cuenta de que utilizar la medicación en mi beneficio no era utilizarla como me la manda el psiquiatra, sino bajar la dosis bastante más.
Tomo la mitad de lo que tengo prescrito, pero me va lo suficientemente bien como para sentirme estable y no sentirme manipulado por la medicación. »

(usuario, hombre)

«Me veo capacitado para experimentar»

«Soy muy experimental y cuando estoy un poco subido
me veo capaz de saltarme la medicación y hacer
un experimento de dos semanas. Por ejemplo,
en vez de tomarme una pastilla, tomarme la mitad o menos.
Yo entiendo que por mi parte eso está mal hecho,
las cosas hay que hacerlas bien, con un equipo detrás de ti,
no hacerlas por libre. Entiendo que si me echan la bronca
tienen toda la razón para echármela.»

(usuario, hombre)

«Yo no quiero tocarlo»

«A mí me ha costado muchos años dar con el tratamiento
apropiado, encontrar las pastillas, el principio activo...
y bueno, acertar con la dosis. Yo no quiero tocarlo.
De momento no quiero tocarlo para nada, prefiero seguir
con la sequedad de boca y con los temblores.
Los efectos secundarios son el precio que hay que pagar,
pero bueno, ahora me merece la pena.»

(usuario, hombre)

«No quiero dejarles un marrón»

«Muchas veces lo he pensado, pero si hago algo
que me pone peor creo que hipoteco la vida de mis hijos.
No quiero dejarles el marrón.
Si estuviera solo podría hacerlo.»

(usuario, hombre)

7.3. Elementos a considerar antes de hacer cambios en la medicación

Peligros de hacer cambios bruscos en la medicación

La medicación psiquiátrica crea dependencia.
Hay que reducir la dosis poco a poco y de forma controlada para que no afecte al sistema nervioso central.

Por ese motivo, abandonar o reducir la medicación sin la supervisión de profesionales es peligroso.
Puede causar complicaciones graves e incluso hospitalización.

Cuestiones a considerar antes de abandonar o reducir la medicación

Por parte de la persona afectada:

- Conocer bien en qué consiste el proceso que se va a empezar.
- Prever quienes son la persona o personas que te ayudarán.
- Preparar la negociación con médicos y psiquiatras.
- Planear un calendario con las fechas previstas durante todo el proceso.
- Conocer tus derechos.
- Conocer los efectos que puede tener reducir o abandonar la medicación.
- Organizar un entorno agradable, sin fuentes de estrés.

Es importante esperar a tener los suficientes apoyos y una buena organización antes de empezar un proceso de este tipo.

Información sobre el medicamento que se toma:

- Qué tipo de medicamento es.
- La dosis que se toma y sus efectos.
- El tiempo en el que el medicamento hace efecto para saber las veces que hay que tomarlo.
- Otros medicamentos que se toman a la vez: cómo interactúan entre sí y las posibles consecuencias de mezclarlos.
- Otras sustancias que se pueden tomar, como productos naturales o vitaminas.

Posibles apoyos por parte del entorno:

- Tener claro la ayuda que tienes por parte de profesionales de la salud.
- Concretar el tipo de ayuda que te puede ofrecer cada profesional.
- Contar con una red de apoyo y saber algunos aspectos como, por ejemplo: quién la forma, qué relación hay entre esas personas, cuánto tiempo te puede dedicar cada una de ellas, si disponéis de un lugar agradable en el que estar mientras te ayudan...
- Pasar este proceso de cambio en un lugar tranquilo, agradable y poco estresante.

Posibles riesgos al hacer cambios en la medicación

Exponemos testimonios de personas que han vivido situaciones negativas al bajar la medicación:

Riesgo de recaída si se deja o modifica sin supervisión

«Yo creo que dejar del todo la medicación sería un error.
Si pasara mucho tiempo no lo sé, pero en un principio
a corto plazo no lo veo bien.
Yo he oído casos que, aunque sea por su cuenta, han dicho:
"Yo me encuentro bien, ya dejo todo".
Y luego han caído otra vez, pero han caído terrible. »

(usuario, hombre)

Temor a perder los recursos sociales y las prestaciones económicas

«Yo si no tuviera dependencia del piso tutelado
y viviera sola, intentaría la medicina natural.
Pero como estoy en el centro de día, me da mucho miedo
que me digan que por no tomar la medicación
me tengan que ingresar en el hospital psiquiátrico.
A la referente del centro de día no le cuento
cómo me encuentro. He ido a 2 psiquiatras,
he estado en 3 sesiones y no quiero ir más.
Lo pasé tan mal que yo me callo.
Cuando me encuentro nerviosa pinto mandalas. »

(usuaria, mujer)

Falta de información que crea incertidumbre

«Yo creo que falta información. Faltarían más recursos
para informarnos de los peligros que puede haber
tanto para medicarte tú solo como para dejar una medicación
que crees que no es importante.
He conocido a personas en el hospital que piensan
que no pasa nada por dejar las pastillas, o que estarían bien
sin nada, porque toman poco.
Yo también pensaba que llegaría el día en que estaría bien
sin tomar nada, pero ahora ya pienso que prefiero tomarlas
si no me sientan muy mal y mantenerme estable
antes de volver a recaer. »

(usuario, hombre)

«No sabemos qué pasará si dejamos la medicación,
en realidad, nadie lo sabe.
Pero sí podemos conocer los posibles riesgos. »

(usuario, hombre)

7.4. Negociar con nuestro psiquiatra

«Yo es que soy muy idealista y muy utópico.
Me gustaría pensar que entre el paciente y el médico
debería poder hablarse absolutamente de todo,
lo que supone la medicación y la enfermedad. »

(usuario, hombre)

«Con el tiempo distingues quién está viendo a una persona
y quien está viendo a un enfermo. »

(usuario, hombre)

Consejos para preparar el encuentro con el psiquiatra:

- Aprovechar la información y reflexiones recogidas en esta guía.
- Llevar escritos los motivos por los que se quiere hacer cambios en la medicación.
- Escribir los efectos beneficiosos y perjudiciales que tiene la medicación en nuestro cuerpo y mente.
- Pensar y plantearnos cuáles han sido las mejoras que hemos vivido en nuestra vida personal y social en los últimos meses y años.
- Tener claros los recursos con los que contamos: relaciones personales, apoyos profesionales y materiales...
- Saber cuáles son nuestros derechos como pacientes o personas usuarias de un servicio de salud mental.
- Informarnos sobre situaciones que han vivido otras personas y tener claras, tanto sus experiencias positivas como las negativas, para poder argumentarlas.

Cómo explicar nuestras peticiones a los profesionales:

- Explicar con argumentos los motivos por los que queremos hacer el cambio.
- Escuchar las respuestas y preguntar todo aquello que no se entienda bien.
- Pedir a una persona de confianza que nos acompañe al encuentro, si nos da más seguridad.
- Pedir a profesionales que nos acompañen a nosotros y a nuestra red social en este camino de cambio.

Qué hacer en caso de que el profesional nos dé una respuesta negativa:

- Pedirle que nos explique el porqué de la negativa. Es posible que conozca casos o tenga información que nosotros no sabemos.
- Facilitar el encuentro entre profesionales y algunas personas de nuestra confianza para demostrar que tenemos los apoyos necesarios para afrontar esta situación de cambio.

7.5. Autonomía para gestionar nuestra propia red de relaciones

Hacer cambios en la medicación, aunque sea de forma negociada, puede causar malestar físico y emocional.
Por eso necesitaremos acompañamiento y cuidado especial de las personas que tenemos cerca.

Para estos momentos es importante que organicemos nuestra red de apoyo con personas de nuestro entorno y profesionales de nuestra confianza.

Te proponemos unas preguntas que te ayuden a organizar tu red de apoyos y a pensar en las condiciones necesarias para que se dé el **Pacto de cuidados**.

> «En un brote desaparece mucha gente y mi familia no.
> Ven normal que me pueda encontrar mal.
> Si van mal las cosas, esta persona estará por mí. »
>
> (usuario, hombre)

Elaborar mi propio Pacto de cuidados

1. Punto de partida. Pacto con una mismo o una misma

- ¿Qué objetivos me he marcado con relación a la medicación que tomo y mi tratamiento en general?

» ¿Quiero hacer algún cambio? Sí/No. ¿Por qué?

» ¿Qué limites me pongo para cumplir estos objetivos? ¿Hasta dónde podría llegar y qué no haría jamás?

2. Organizar mi red de apoyo

- ¿A qué persona o personas prefiero tener cerca cuando me siento mal o necesito ayuda?

  Puedes escribir aquí el nombre y datos de esa persona. También puedes escribir el lugar al que prefieres ir cuando te sientes mal.

» También puedes recoger la información importante de las personas que forman tu red de apoyo.

Personas que forman mi red de apoyo

Nombre y apellidos

Teléfono de contacto

Relación personal o profesional que tengo con esa persona

Lugar de encuentro

Nombre y apellidos

Teléfono de contacto

Relación personal o profesional que tengo con esa persona

Lugar de encuentro

Nombre y apellidos

Teléfono de contacto

Relación personal o profesional que tengo con esa persona

Lugar de encuentro

» ¿En qué horarios y momentos de la semana están disponibles las personas de mi red de apoyo?

» ¿Las personas de mi red de apoyo tienen algún vínculo o relación entre ellas?

» Si no hay relación entre estas personas, ¿podrían estar en contacto a través del teléfono, espacios comunes que pueden compartir o de otra manera?

» ¿Hay un espacio cómodo donde puedan estar para compartir los momentos de apoyo? ¿Dónde?

3. El acompañamiento de los profesionales

» Te proponemos que pienses en la ayuda que te gustaría recibir por parte de profesionales teniendo en cuenta estos aspectos: quién podría ser esa persona o personas, cómo te podría ayudar cada una de ellas, desde que servicio actúan, sea de salud mental o no.

Profesional 1

Profesional 2

Profesional 3

4. Tener un espacio o entorno adecuado

- ¿Tengo un espacio adecuado en el que pasar este cambio? Debe ser un espacio en un entorno tranquilo, agradable y sin estrés.

5. Qué no hacer

» ¿A quién no me gustaría avisar y qué no me gustaría hacer en mi época de cambio?

7.6. Otras maneras de hacer frente al sufrimiento

En los siguientes documentos encontrarás más información sobre cómo hacer cambios en la medicación:

Guía Icarus

«Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas:
Una Guía Basada en la Reducción del Daño».
Publicada por The Icarus Project y Freedom Center.

El objetivo principal de esta guía es informar a las personas que están tomando medicación psiquiátrica sobre las opciones que tienen si deciden dejarla o rebajarla.

Guía GAM (Gestión autónoma de la medicación) Canadá

Ofrece pautas de reflexión y acción para comprender mejor la medicación, su función y los efectos que produce. Ayuda a la persona a reconocer sus necesidades y a estar más preparada para tomar decisiones.

Guía GAM (Gestión autónoma de la medicación) Brasil. Guía do moderador

Guía elaborada a partir de la canadiense y adaptada a la realidad brasileña.
Incluye también una guía para el moderador o conductor del grupo.

«Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis»

Herramienta para personas con sufrimiento mental, pero también para sus familiares y miembros de su red de apoyo.

Esta guía busca responder a los problemas de forma colectiva, haciendo hincapié en los pactos de cuidados, el acompañamiento y los grupos de apoyo mutuo.

«Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales». Autora, Tamasin Knight

Conjunto de herramientas prácticas para hacer frente y aprender a convivir con los delirios, ideas obsesivas y pensamientos intrusivos.
La autora ha pasado por un proceso de sufrimiento mental y tratamiento psiquiátrico.

Bibliografía utilizada para elaborar esta guía

AEN (2017). Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Cuadernos técnicos 20.

ALLUÉ, M. (2013). *El paciente inquieto*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

BEVIÁ, B. & BONO DEL TRIGO, A. (Coord.) (2017). Coerción y salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Cuadernos Técnicos, 20).

CHOUDHURY, S., MCKINNEY, K. A., & KIRMAYER, L. J. (2015). «Learning how to deal with feelings differently»: Psychotropic medications as vehicles of socialization in adolescence. Soc. Sci. Med. 143, 311–319.

CORREA-URQUIZA, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.

FLORE, et al. (2019). Unravelling subjectivity, embodied experience and (taking) psychotropic medication. Soc. Sci. Med.230, 66–73.

GALIMBERTI, U. (2002). Diccionario de Psicología. México: Siglo Veintiuno Editores.

GARCÍA- HERRERA PÉREZ-BRYAN, J.M. (2019). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental. Plan integral de Salud mental. Servicio Andaluz de Salud.

GUY, A., DAVIES J. & RIZQ, R. (Eds.) (2019). *Guidance for Psychological Therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.

KNIGHT, T. (2019). Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales. Editorial LoComún.

LEVITAS, A.S. & DESNOYERS HURLEY, A. (2007). Overmedication as a manifestation of countertransference. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*. 10 (2): 68-

INCHAUSPE ARÓSTEGUI, J.A. & VALVERDE EIZAGUIRRE, M.A. (2017). El uso de antipsicóticos en la psicosis. *Cuadernos técnicos AEN* (18).

LAURANCE, D.R. & CARPENER, J. (1998). A *Dictionary of Pharmacology and Allied Topics*. Amsterdam: Elsevier.

LEAL RUBIO, J. (2006). La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental. En: La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental/coord. Por José Leal Rubio, Antonio Escudero Nafs, 2006, págs. 27-60.

LEAL RUBIO, J. (2009). Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones. En XXIV *Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* Cádiz. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A., PIÉ-BALAGUER, A., SERRANO-MIGUEL, M., MORALES-SÁEZ, N., GARCÍA-SANTESMASES, A, BEKELE, D. & ALEGRE-AGÍS, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. Social Science & Medicine. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811

MONCRIEFF, J. (2013). Hablando Claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder.

MONCRIEFF, J. (2013). The bitterest pills: The troubling story of antipsychotic drugs. Londres: Palgrave Macmillan.

MORRISON, P., MEEHAN, T. STOMSKI, N.J. (2015). Living with antipsychotic medication side-effects: the experience of Australian mental health consumers. Int. J. Ment. Health Nurs., 24, 253-261.

PIÉ BALAGUER, A.; SALAS-SONEIRA, M. y ALEGRE-AGÍS, E. (coord.) (2005) Guía para un cuidado democrático y colectivo. Proyecto CUSAM y Universitat Oberta de Catalunya. http://hdl.handle.net/10609/152523

PÜRAS, D. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Naciones Unidas, Asamblea General.

RODRÍGUEZ DEL BARRIO, L., CORIN, E. & POIREL, M.L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. Revue québécoise de psychologie, 22, (2), 221-244.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M.-L. & DROLET, M. (2006). Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers. Pharmacologie et

santé mentale, Équilibre en tête, Association canadienne de santé mentale, filiale de Montréal.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L. et al. (2014). Human rights and the use of psychiatric medication. *J. Public Ment. Health* 13, 179–188.

SEIKKULA J., ALAKARE, B. & AALTONEN, J. (2001). Open dialogue in psychosis i: an introduction and case illustration, *Journal of Constructivist Psychology,* 14:4, 247-265.

SEIKKULA, J. & ARNKIL, T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social.* Barcelona Herder.

SERRANO-MIGUEL, M. (2018). Del exilio a la ciudadanía. Experiencias dialógicas en el marco de la Salud Mental Colectiva (Tesis doctoral). Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Disponible en: https://www.tdx.cat/handle/10803/665933

SERRANO-MIGUEL, M. & MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2020). Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. Revista Polis e Psique. https://doi.org/10.22456/2238-152X.104398

SILVEIRA, M. & VEIGA CABRAL, K. (2019). A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul. En: MARIATH BELLOC, Márcio et al. (organizadores). Saúde mental em campo: da Lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado (p.85-108). Porto Alegre: Rede UNIDA.

SUESS SCHWEND, A., et al. (2016). Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *36*(129), 79-102.

TOMÉ, P. (2014). Pactos de cuidado. *Revista Mujeres y Salud* (36) ,16-19.

VALLS-LLOBET, C. & LOIO, N. (2014). ¿Todas locas... o un gran negocio? *Revista Mujeres y Salud* (36), 22-24.

WESTON, J., BROMLEY, R., JACKSON, C.F, ADAB, N., CLAYTON-SMITH, J., GREENHALGH, J., HOUNSOME, J., McKAY, A., TUDUR SMITH, C. & MARSON, A.G. (2016). Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. art. No.: CD010224. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010224.pub2

Recursos de consulta

Guía Icarus

«Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis»

Manual per a la recuperació i autogestió del benestar. Activa't per la Salut Mental. Salut Mental Catalunya i Federació Veus

Biblioteca de salut mental del projecte Activa't SMC

Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. 2011

Páginas web de consulta

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Referencias sobre leyes

«Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els Drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica vigente».

«Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica».

Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Generalitat de Catalunya.

Documentos de consulta elaborados por la sociedad civil y profesionales

Guía de drets de la Federació Veus.

Locos por Nuestros Derechos (2015). «Manual de Derechos en Salud Mental». Santiago: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Junta de Andalucía (2015).

«Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en España 2015», de la Confederación salud mental España.

Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y libres de coerción AEN (2016).

Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica. Por una ética de la capacidad. La vida diagnosticada. Fundació Congrés Català de Salut Mental - FCCSM (2016).

Guía Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental - FEDEAFES (2017).

Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Comunidad de Madrid (2010).

Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Delegación del CERMI Estatal para los Derechos Humanos y para la Convención de la ONU. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI); Grupo Editorial Cinca. 2019.

VADEMECUM [fácil] de Psicofármacos

Anexos

Anexo 1. Términos a definir

Apatía. En psicología significa sentir indiferencia por situaciones que normalmente causan interés o emoción (Galimberti, 2002). La apatía se puede presentar en personas que:

- Sufren trastornos depresivos o psicóticos.
- Viven durante mucho tiempo situaciones de rutina o frustración.
- Han vivido en los últimos tiempos un estado fuerte de ansiedad, excitación o crisis afectiva.
- Pasan mucho tiempo en hospitales, psiquiátricos y otro tipo de instituciones en los que hay menos contacto con el mundo exterior.

Atípico. Medicamentos antipsicóticos que se crearon en los años 90. Se utilizan para el tratamiento de pacientes con trastornos como esquizofrenia grave o psicosis.

Los primeros medicamentos atípicos eran similares a la clozapina. Algunos de estos medicamentos son: Risperdal creado en 1994, Olanzapina o Zyprexa creado en 1996 y Seroquel aprobada en 1994 (Moncrieff, 2013:5).

Contraindicación. Aspecto de un medicamento que puede tener efectos negativos y causar un peligro para algunas personas o situaciones.
Una contraindicación es un aviso más fuerte que una precaución. Hay que tener muy en cuenta las contraindicaciones antes de tomar un medicamento (Laurence y Carpenter, 1998).

Efecto adverso. Daño o malestar causado por un medicamento que inicialmente tiene una finalidad terapéutica.
Cuando un medicamento produce un efecto adverso en una persona, debe reducir su dosis o dejar de tomarlo
(Laurence y Carpenter, 1998).

Efectos secundarios. Son los efectos no deseados o no buscados que produce un medicamento (Laurence y Carpenter, 1998).

Efecto terapéutico. Los efectos buenos, beneficiosos y deseados que produce un medicamento.

Embotamiento o aplanamiento afectivo. Trastorno basado en la incapacidad de una persona para sentir y expresar emociones.
A las personas que lo viven se las describe como monótonas, con falta de emociones, insensibles y frías.
Quien sufre aplanamiento afectivo se lamenta de que la realidad le parece extraña y por ese motivo sus respuestas parecen forzadas, falsas o poco auténticas (Galilmberti, 2002:100).

Genéricos. Cuando el inventor de un medicamento ya no tiene los derechos de patente sobre este producto porque ha pasado el tiempo, otras personas pueden fabricarlo y venderlo haciendo competencia al inventor.
Debe tener las mismas propiedades que el medicamento original, aunque el nombre sea distinto.
A estos medicamentos se las llama genéricos.

Indicación. Objetivo de un medicamento.
El motivo por el que se receta.

Inhibidor. Sustancia que quita o disminuye el efecto de una reacción química o psicológica.
Por ejemplo, un antidepresivo es un inhibidor que reduce algunas reacciones químicas del cerebro para ayudarnos a funcionar.

Interacciones. Influencia que puede tener un medicamento sobre otro, al tomar los dos a la vez.
Al mezclarlos, un medicamento puede hacer que otro tenga más o menos efecto o que lo tenga diferente.

Posología. Dosis que se debe tomar de cada medicamento.

Principio activo. Sustancias que hacen que un medicamento tenga efectos terapéuticos beneficiosos para quien lo toma.

Anexo 2. Lista de los medicamentos psiquiátricos más utilizados

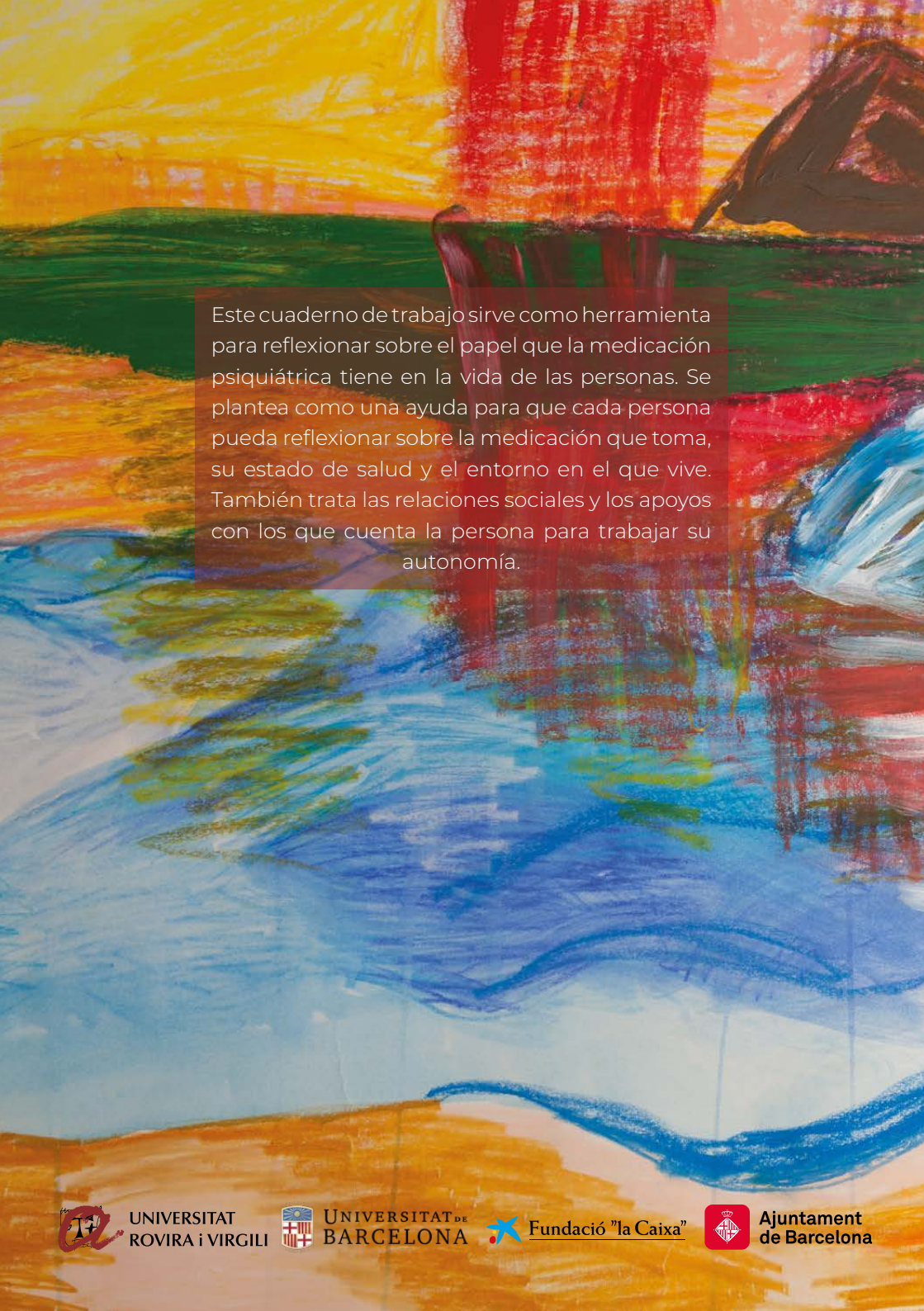
Nombre genérico	Nombre comercial	Clase de medicamento
Ácido valproico o Valproato sódico	*Depakine; Depakine Crono*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo
Agomelatina	*Aglonex; Thymanax; Valdoxan*	Antidepresivo, agonista de la melatonina
Alprazolam	*Trankimazin, Trankimazin Ret*	Benzodiazepina
Amitriptilina	*Deprelio; Tryptizol*	Antidepresivo tricíclico
Amisulprida	*Aracalm; Solian*	Neuroléptico atípico
Aripiprazol	*Abilify; Adexyl; Apaloz; Tractiva; Zykalor,...*	Neuroléptico atípico
Aripiprazol	*Abilify Maintena*	Neuroléptico atípico, en inyección mensual
Asenapina	*Sycrest*	Neuroléptico atípico
Atomoxetina	*Dezaprez; Stratera*	Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, utilizado en el TDAH
Biperideno	*Akineton; Akineton Retard*	Antiparkinsoniano anticolinérgico
Bromazepam	*Lexatin*	Benzodiazepina
Bupropion	*Elontril, Zyntabac*	Antidepresivo
Carbamazepina	*Tegretol*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo
Clordiazepóxido	*Huberplex*	Benzodiazepina

Nombre genérico	Nombre comercial	Clase de medicamento
Clorpromazina	*Largactil*	Primer neuroléptico inventado
Citalopram	*Citalvir; Prisdal; Seregra; Seropram*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)
Clomipramina	*Anafranil*	Antidepresivo tricíclico
Clorazepato	*Tranxilium*	Benzodiazepina
Clozapina	*Leponex; Nemea*	Primer neuroléptico atípico
Desvenlafaxina	*Enzude; Pristiq*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (ISRSN)
Diazepam	*Valium*	Benzodiazepina
Duloxetina	*Dulotex*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (ISRSN)
Escitalopram	*Cipralex; Esertia; Heipram*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)
Fluoxetina	*Adofen; Prozac; Reneuron*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)
Flufenazina, Decanoato	*Modecate*	Neuroléptico de primera generación, inyectable
Flurazepam	*Dormodor*	Benzodiazepina
Fluvoxamina	*Dumirox*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Nombre genérico	Nombre comercial	Clase de medicamento
Gabapentina	*Gabatur; Neurontin*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo
Haloperidol	*Haloperidol*	Neuroléptico de primera generación
Imipramina	*Tofranil*	Antidepresivo tricíclico
Lamotrigina	*Crisomet; Labileno; Lamictal*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo
Levomepromazina	*Sinogan*	Neuroléptico de primera generación
Litio, carbonato	*Plenur*	Estabilizador del ánimo
Lorazepam	*Donix; Orfidal; Placinoral*	Benzodiazepina
Lormetazepam	*Aldosomnil; Loramed; Noctamid*	Benzodiazepina
Metilfenidato	*Concerta; Doprilten; Equasym; Medicebran; Medikinet; Rubifen*	Psicoestimulante
Mirtazapina	*Afloyan; Rexer*	Antidepresivo atípico
Modafinilo	*Modiodal*	Psicoestimulante
Nortriptilina	*Norfenzin; Paxtibi; Tropargal*	Antidepresivo tricíclico
Olanzapina	*Zyprexa, Zolafren, Zyprexa Zypadhera*	Neuroléptico atípico. Zypadhera es la formulación de larga duración de uso hospitalario
Oxcarbazepina	*Trileptal*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo
Paliperidona, Palmitato	*Invega; Trevicta; Xeplion*	Neuroléptico atípico, inyectable

Nombre genérico	Nombre comercial	Clase de medicamento
Paroxetina	*Daparox; Frosinor; Motivan; Seroxat*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)
Perfenazina	*Decentan*	Neuroléptico atípico
Pimozida	*Orap*	Neuroléptico de primera generación
Pregabalina	*Aciryl; Frida; Gatica; Lyrica; Pramep; Premax*	Anticonvulsivante
Prociclidina	*Kemadren*	Antiparkinsoniano anticolinérgico
Propranolol	*Sumial*	Antihipertensivo, betabloqueador, prescrito para la acatisia y el temblor
Quetiapina	*Atrolak Prolong; Ilufren; Psicotric; Qudix; Quentiax; Rocoz; Seroquel; Seroquel Prolong; Yadina*	Neuroléptico atípico
Risperidona	*Arketin; Calmapride; Diaforin; Risperdal, Rispemylan flas*	Neuroléptico atípico
Risperidona	*Risperdal Consta*	Neuroléptico atípico, inyectable
Sertindol	*Serdoctel*	Neuroléptico atípico
Sertralina	*Altisben; Aremis; Aserin; Besitran*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)
Topiramato	*Acomicil; Fagodol; Roklisan; Topamax; Topibrain*	Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo

Nombre genérico	Nombre comercial	Clase de medicamento
Trazodona	*Depraser; Deprax; Suxatrin*	Antidepresivo heterocíclico
Triazolam	*Halcion*	Benzodiazepina
Trihexifenidilo	*Artane*	Antiparkinsoniano anticolinérgico
Venlafaxina	*Arafaxina; Dislaven; Dobupal; Levest; Vandral; Venlamylan; Venlapine; Zarelis*	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (ISRSN)
Ziprasidona	*Zeldox; Zypsilan*	Neuroléptico atípico
Zopiclona	*Datolan; Limovan; Siaten; Zopicalma*	Hipnótico
Zuclopentixol, Decanoato	*Clopixol depot; Clopixol Acuphase*	Neuroléptico de primera generación, (Depot - inyectable de efecto prolongado; Acuphase - inyectable de efecto rápido)



Este cuaderno de trabajo sirve como herramienta para reflexionar sobre el papel que la medicación psiquiátrica tiene en la vida de las personas. Se plantea como una ayuda para que cada persona pueda reflexionar sobre la medicación que toma, su estado de salud y el entorno en el que vive. También trata las relaciones sociales y los apoyos con los que cuenta la persona para trabajar su autonomía.

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
UNIVERSITAT DE BARCELONA
Fundació "la Caixa"
Ajuntament de Barcelona