

# Guia per a la gestió col·laborativa de la medicació en salut mental

---



Edita: Universitat Rovira i Virgili i Universitat Oberta de Catalunya

Primera edició: maig de 2020

<http://gcmproject.org>

**Coordinació de continguts:** Mercedes Serrano-Miguel,  
Asunción Pié-Balaguer, Ángel Martínez-Hernández.

**Coautors:** Elisa Alegre-Agís, David Batalla, Deborah Bekele,  
Conchi Blasco, Marisa Campos, Xavi Cela Bertran, Encarna Espallargas,  
Andrea García-Santesmases, Jordi Marfà, 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

**Revisió del capítol «L'exercici de drets en salut mental»:**

M<sup>a</sup> Àngels Porxas Roig

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

**Edició:** Elisabet Serra (Associació Lectura Fàcil)

**Disseny i maquetació:** Jordi E. Sánchez

**Dipòsit legal:** T 218-2020

**ISBN URV (paper):** 978-84-8424-840-8

**ISBN URV (pdf):** 978-84-8424-852-1

**ISBN UOC:** 978-84-09-20344-4

També hi ha disponible la versió en Lectura Fàcil:

«Guia de la gestió col·laborativa de la medicació en salut mental.

Quadern de treball».



Cita el llibre.



Consulta el llibre a la nostra web.



Llibre sota una llicència Creative Commons BY-NC-SA.



Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili és membre de la Unió de Editoriales Universitarias Españolas i de la Xarxa Vives d'Universitats, fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a l'Estat espanyol i arreu del món.

# Índex

<b>Autoria</b> .....	<b>7</b>
<b>Sobre possibles conflictes d'interès i consideracions ètiques</b> .....	<b>9</b>
<b>Agraïments</b> .....	<b>10</b>
<b>Introducció</b> .....	<b>11</b>
• Què és la «Guia de la gestió col·laborativa de la medicació» (Guia GCM) .....	11
• Un projecte d'investigació-acció participativa. Origen i metodologia .....	11
• Una guia personal, una guia col·laborativa .....	13
• En aquesta Guia podràs trobar... ..	14
• A qui va dirigida aquesta Guia.....	14
• Com utilitzar aquesta Guia .....	14
• Principis o punts de partida .....	16
• Precaucions que cal tenir en compte .....	16
<b>Capítol 1. Reflexionant entorn de l'experiència pròpia</b> .....	<b>17</b>
1.1. Reflexions sobre la pròpia vida, posició personal/social .....	19
• Algunes preguntes sobre la cura d'un mateix o d'una mateixa .....	19
• Sobre les meves condicions de vida .....	21
• Sobre les meves relacions personals .....	23
1.2. Reflexions sobre la meva experiència davant del malestar i del tractament farmacològic .....	25
1.3. La gestió personal del malestar. reconèixer les crisis i anticipar-s'hi .....	32
• Gestió personal del malestar i les possibles crisis .....	32
• Decisions i posicionaments a l'hora de gestionar una crisi o situació de patiment intens .....	33

1.4. Reconèixer les meves necessitats, els meus desitjos i els meus projectes .....	36
1.5. Algunes propostes alternatives per a la gestió de les crisis .....	39
<b>Capítol 2. Xarxa social i familiar .....</b>	<b>41</b>
2.1. Preguntes per a la reflexió entorn de la família .....	44
2.2. Reflexions sobre altres possibles xarxes socials i de cura .....	48
• Associacionisme i experiències d'activisme i participació .....	51
• Disseny/definició d'un espai ideal per participar/ expressar-se .....	52
• (Alguns) espais de trobada/activisme .....	54
<b>Capítol 3. Relació amb els professionals .....</b>	<b>55</b>
3.1. L'organització dels dispositius .....	56
3.2. El treball en equip .....	58
3.3. La veu dels professionals i de les professionals davant del tractament farmacològic .....	60
• Disconformitats davant del sistema d'atenció .....	60
• Opinions pel que fa a la medicació .....	62
• Desacords professional-usuari .....	65
3.4. Reflexionant entorn de la relació amb els professionals i les professionals .....	66
<b>Capítol 4. Medicació .....</b>	<b>69</b>
4.1. Reflexions al voltant de l'experiència subjectiva de prendre medicació .....	72
4.2. Els efectes dels medicaments .....	78
4.3. Els aspectes simbòlics de la medicació: l'impacte personal i social de la medicació .....	81

4.4. Conèixer la medicació. informacions importants .....	84
· Sobre el nom del medicament .....	84
· Què és la medicació psiquiàtrica? .....	84
4.5. Conèixer la meva medicació. Què estic prenent? .....	85
· Sobre el prospecte .....	86
4.6. El patiment psíquic amb perspectiva de gènere .....	87
· La prescripció farmacològica amb perspectiva de gènere .....	88
4.7. La prescripció i la diversitat .....	90
<b>Capítol 5. L'exercici de drets en salut mental .....</b>	<b>91</b>
5.1. Pensar entorn dels nostres drets .....	94
5.2. Vulneració/compliment de drets al voltant de la medicació .....	96
5.3. Exercint drets .....	107
· Algunes preguntes que es poden formular sobre la medicació.....	107
· On dirigir-nos a l'hora de plantejar una queixa o situacions de vulneració de drets .....	108
5.4. Normativa i legislació bàsica en salut mental .....	110
· Legislació bàsica .....	110
· Documents elaborats per la societat civil/activisme i professionals .....	111
<b>Capítol 6. Condicions per al diàleg .....</b>	<b>113</b>
6.1. Condicions inicials .....	114
6.2. Construir relacions basades en el diàleg .....	115
· Una relació que es basa idealment en... ..	116
6.3. Pràctiques dialògiques .....	119

<b>Capítol 7. Autonomia i negociació .....</b>	<b>125</b>
7.1. Practicar una visió crítica per prendre decisions .....	126
7.2. Gestió de la medicació: la possibilitat de continuar, modificar o disminuir la medicació .....	127
7.3. Elements que cal considerar abans de fer canvis en la medicació .....	130
• Qüestions que cal considerar... ..	131
• Desavantatges de fer canvis en la medicació. Possibles riscos .....	132
7.4. Negociant amb el nostre o la nostra psiquiatra .....	133
7.5. Autonomia. Gestionant la nostra xarxa de relacions.....	135
• Elaborant el nostre propi Pacte de cures .....	135
7.6. Altres possibles maneres d'abordar el patiment .....	142
<b>Bibliografia .....</b>	<b>144</b>
<b>Altres fonts d'informació .....</b>	<b>148</b>
<b>Pàgines web de consulta .....</b>	<b>149</b>
<b>Legislació .....</b>	<b>150</b>
<b>Documents de consulta elaborats per la societat civil/activisme i/o professionals .....</b>	<b>151</b>
<b>Annexos .....</b>	<b>153</b>
• Annex 1. Glossari: alguns termes que cal definir .....	153
• Annex 2. Abreviatures i sigles .....	157
• Annex 3. Llista de medicaments psiquiàtrics .....	158

# Autoria

## **Coordinació de continguts:**

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

## **Coautoria:**

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

## **Revisió del capítol «L'exercici de drets en salut mental»:**

M<sup>a</sup> Àngels Porxas Roig.

## **Il·lustracions:**

Taller/atelier de Nikosia, coordinadora: Fabiana Rossarola.

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

## **Integrants de l'equip de recerca Projecte guia de la gestió col·laborativa de la medicació:**

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

EQUIP 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 i Lívia Zanchet.

EQUIP CANADÀ (UM): Lourdes Rodríguez del Barrio.

EQUIP ESTATS UNITS (UCSD): Janis Jenkins.

Associacions i entitats que han col·laborat en l'elaboració de la Guia:

- 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





## Sobre possibles conflictes d'interès i consideracions ètiques

Aquesta Guia ha estat fruit d'un treball d'investigació codirigit per investigadors de la Universitat Rovira i Virgili (URV) i la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). El projecte ha estat finançat per una subvenció RecerCaixa (edició 2016).

Aquesta Guia està lliure de finançament per part de qualsevol empresa farmacèutica i/o sanitària.

Per a la seva realització l'equip d'investigació ha disposat de l'assessorament i la supervisió externa del **Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)** (<http://www.fccsm.net/comite-detica-assistencial/>).

Així mateix, la investigació en la qual ens basem, ha disposat per a la seva realització de l'informe favorable del **Comitè d'Ètica de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC)**.

## Agraïments

Aquesta investigació s'ha desenvolupat en el marc del projecte «La gestió col·laborativa de la medicació: un projecte de recerca i acció participativa en salut mental» (2017-2020) finançat pel programa RecerCaixa (RecerCaixa LCF/PR/RC16/10.100.012). Volem agrair a totes les persones participants el seu generós suport, els seus comentaris i també les seves crítiques, així com a les institucions col·laboradores el seu sincer compromís amb l'atenció i la millora de la salut mental, especialment als centres de salut mental d'adults Nou Barris Nord i Sud, i Badalona II, a la Federació de Salut Mental de Catalunya, a la Fundació Congrés Català de Salut Mental, a l'Associació Sociocultural Radio Nikosia, a l'Associació Sociocultural Matissos, a l'Associació La Muralla i a la Cooperativa Aixec.

Així mateix volem mostrar el nostre agraïment als nostres antecessors en aquest projecte, especialment a totes les persones participants a l'Alliance internationale de recherche universités-communautés, Santé mental et citoyenneté (ARUCI-SMC). En el seu entorn de treball han confluït un important nombre d'actors tant canadencs com brasilers, motivats per un objectiu comú basat principalment en aconseguir que totes les persones en situació de malestar o sofriment mental puguin exercir els seus drets com a ciutadanes i accedir a una vida de qualitat dins de la comunitat. A tots ells i elles ens agradaria agrair la inspiració i el suport al llarg del procés de construcció de la Guia en la seva versió catalana.

# Introducció

## Què és la «Guia de la gestió col·laborativa de la medicació» (Guia GCM)

La Guia GCM és una eina de treball que busca facilitar un espai de reflexió i diàleg sobre el paper que la medicació psiquiàtrica té en la vida de les persones. El seu contingut ha estat elaborat per persones que han experimentat problemes de salut mental, així com també familiars, cuidadors i cuidadores, professionals de l'àmbit de la salut mental i investigadors i investigadores.

La Guia GCM parteix del reconeixement dels drets de la ciutadania de les persones diagnosticades i reivindica el seu lloc com a coprotagonistes en els processos d'atenció.

Convidem els qui llegeixin aquesta Guia a reflexionar sobre el seu propi procés personal, a partir sempre del necessari reconeixement dels vincles/relacions que ens sostenen com a subjectes i que són la base d'un projecte autònom de vida. En aquest sentit, la nostra proposta parteix de concebre la idea d'autonomia com la capacitat que pot desenvolupar la persona per gestionar la seva xarxa social de manera satisfactòria i no tant des d'una concepció individualista del terme.

## Un projecte d'investigació-acció participativa.

### Origen i metodologia

La «Guia de la gestió col·laborativa de la medicació» té el seu origen en la Guia de la GAM («Guia de la gestió autònoma de la medicació»). La Guia GAM és una iniciativa desenvolupada a inicis dels anys 90 al Quebec (Canadà) per equips d'investigació de la Universitat de Montreal en col·laboració amb la societat civil i especialment amb persones usuàries de serveis de salut mental i els seus defensors (*advocacy*

groups). La Guia GAM ha estat reconeguda com a bona pràctica pel Health and Welfare Commissioner del Quebec. En els últims anys ha rebut un important impuls amb la translació d'aquesta experiència al Brasil sota el marc de l'Alliance internationale de recherche universités-communautés, Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC) <http://www.aruci-smc.org/fr/>

A Catalunya, el Projecte de la guia de la gestió col·laborativa de la medicació s'ha desenvolupat a partir d'una investigació de caràcter qualitatiu implementada conjuntament per un equip de professionals de la Universitat Rovira i Virgili (URV) i la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). En aquesta investigació han participat persones consumidores de psicofàrmacs com a part de l'equip d'investigació, a més de familiars, cuidadors i cuidadores i professionals.

Web del projecte: <http://gcmproject.org>

La presència de les persones consumidores de psicofàrmacs ha estat constant al llarg de l'elaboració d'aquest treball. Inicialment com a informants, participants en les entrevistes i grups focals o de discussió realitzats, però a més com a protagonistes d'iniciatives com el «Laboratori FerRecerca AMB», que ha servit per realitzar la supervisió de tot el procés i codirigir l'elaboració dels materials. El «Laboratori FerRecerca AMB» s'ha constituït com un espai de treball que ha buscat implicar usuaris i usuàries, professionals, familiars i investigadors i investigadores amb la finalitat de proposar contribucions, avaluar els impactes i actuar com a Consell Consultor. Aquest Laboratori busca ser una representació de la societat civil, que ha plantejat una tasca de control social sobre la pròpia investigació, i que ha estat present en la supervisió de tot el procés.

Presentem aquí una primera versió, que pretén ser avaluada i revisada a partir de la seva implementació futura en una prova pilot. També es contempla l'elaboració posterior de diferents guies, en versió més reduïda, i que puguin anar dirigides a sectors específics com els professionals, els familiars, els cuidadors i cuidadores o els propis conductors dels possibles grups.

## Una guia personal, una guia col·laborativa

El Projecte de la GAM en les seves versions canadenca i brasilera ha mantingut el format de guia personal dirigida fonamentalment a les persones consumidores de psicofàrmacs. En aquesta versió volem mantenir el focus en les persones afectades per una situació de males-tar psíquic, però al mateix temps obrir l'eina a la veu de la resta de persones implicades en el procés: cuidadors i cuidadores, familiars i professionals.

La «Guia de la gestió col·laborativa de la medicació» es presenta inicialment com un procés o una proposta de reflexió personal sobre el tractament farmacològic que se segueix, el propi estat de salut i l'entorn en el qual la persona desenvolupa la seva vida. Considerem també fonamental l'abordatge de les relacions i dels suports socials dels quals disposa la persona, ja que entenem la importància de treballar l'autonomia com una qüestió que transcendeix la individualitat, i que s'apro-pa més a una gestió compartida dels malestars.

Proposem així l'oportunitat d'integrar en aquest possible diàleg les diferents veus implicades. Aquest serà un element diferencial respecte de les anteriors experiències realitzades en altres països. La inclusió de professionals i integrants de la xarxa de cures serà un element propi de l'experiència de la nostra investigació. D'una banda, la xarxa de cures i, principalment, la família han ocupat tradicionalment un lloc de responsabilitat en l'atenció, però al mateix temps s'ha limitat la seva presència en els espais d'atenció hegemònics o convencionals. D'una altra banda, entenem la necessitat de reconèixer i integrar la veu de professionals que busquen reformular i repensar la seva pràctica des d'un punt de vista crític.

## En aquesta Guia podràs trobar...

- ✓ Informació útil sobre drets, medicaments i efectes secundaris dels mateixos.
- ✓ Experiències en primera persona, que són reflexions sobre aquestes qüestions. Incloem així cites i breus relats pertanyents als participants (informants) en la nostra investigació.
- ✓ Preguntes a manera de reflexió amb les quals elaborar una opinió i posicionament personal respecte de la medicació.
- ✓ Eines amb les quals poder crear un espai de treball compartit en el qual dialogar sobre la medicació en salut mental.
- ✓ Referències per buscar més informació en altres possibles fonts.

## A qui va dirigida aquesta Guia

Aquesta guia està pensada per ser emprada per persones que han viscut experiències de sofriment mental i han rebut i utilitzat psicofàrmacs com a mesura terapèutica. Així mateix, vol ser un material útil per generar diàleg i debat sobre aquest tipus de tractament, també amb la resta de persones implicades.

## Com utilitzar aquesta Guia

La Guia que presentem pot ser utilitzada de diferents formes, depenent de l'interès o preferències de qui la llegeixi i les circumstàncies personals o socials en què es trobi. Així mateix, aquest material no pretén ser un manual exhaustiu sobre una qüestió tan complexa com pot ser el tractament farmacològic. Busca proposar una sèrie de qüestions per reflexionar entorn d'aquesta temàtica i obrir una via per pensar noves formes d'abordar aquesta qüestió des de la cogestió. Així mateix, el contingut de la Guia inclou narracions i relats en primera persona seleccionats del material recollit en la nostra investigació. Amb aquests volem ajudar a generar aquesta reflexió i il·lustrar les diferents temàtiques que la Guia proposa.

No és necessària una lectura d'inici a fi per abordar o entendre'n el contingut. Hem treballat el contingut de cada capítol de manera que el lector o la lectora puguin dirigir-se a l'apartat que en cada moment li resulti més útil i necessari.

La Guia pot ser utilitzada de manera individual o en grup. La reflexió al voltant de les preguntes proposades, la lectura dels temes d'interès i la resta de continguts pot organitzar-se per ser treballada en tots dos formats.

És recomanable que el treball en grups pugui partir d'un consens entre les persones participants sobre la seva pròpia organització interna: quantes persones poden participar, durant quant de temps, quines normes poden o haurien de regir la incorporació de noves persones i qui ha de ser l'encarregat o l'encarregada de facilitar o conduir el grup. En aquest sentit, les experiències desenvolupades anteriorment en altres països han proposat diferents possibilitats. D'aquesta manera, la tasca de conducció o facilitació del grup, seria un encàrrec que podria exercir un professional, encara que no necessàriament expert en medicació, o bé una persona que ha passat per l'experiència de prendre medicació i té experiència en la conducció de grups.

El treball amb aquesta Guia es pot dur a terme en diferents espais: en dispositius terapèutics, en centres autogestionats, en entitats o associacions «en primera persona», etc.

En qualsevol cas, es tracta d'un treball personal que requerirà de temps i d'un mínim de cura cap a un mateix o una mateixa a causa de la complexitat del tema tractat.

## Principis o punts de partida

- **Reconeixement dels diferents sabers.**

La Guia GCM parteix del reconeixement dels diferents sabers, el saber professional però també el de les persones implicades com a usuàries, familiars i cuidadors o cuidadores.

- **Reconeixement de les diferents experiències.**

La vivència pel que fa al tractament farmacològic és subjectiva i personal. Per a cada persona, prendre medicació pot arribar a implicar diferents significats.

- **Perspectiva dialògica.**

La Guia GCM està orientada a pensar la qüestió del tractament farmacològic en clau dialògica. La Guia inclou la reflexió al voltant de les diferents possibilitats que la persona pugui plantejar-se, però sempre pensant en l'exercici d'accions de caràcter col·laboratiu.

- **Reconeixement de drets.**

La Guia busca el reconeixement dels drets de les persones afectades en referència al tractament que segueixen: dret a la informació, dret al consentiment, a participar en el seu tractament, etc.

### **Precaucions que cal tenir en compte**

Deixar de prendre medicaments psicotròpics i també modificar-ne la dosi, sense la supervisió de professionals de salut qualificats per fer-ho i sense haver pres totes les precaucions necessàries, pot arribar a ser perillós per a la salut.

La proposta de la Guia GCM passa per posar a disposició dels lectors i les lectores informació veraç que pugui ampliar la seva capacitat per a la negociació i la presa de decisions al respecte.



# Capítol 1.

## Reflexionant entorn de l'experiència pròpia



Per començar et proposem reflexionar sobre alguns aspectes personals que tenen a veure amb la teva experiència vital, amb els possibles malestars sentits al llarg del temps, el tractament que has seguit i com gestionas o has gestionat els moments de més patiment. Un exercici que pot ajudar la presa de contacte amb els propis desitjos i també limitacions, així com també els recursos personals dels quals podem arribar a disposar en el cas que ens trobem malament.

És el moment per (re)pensar el paper que té la medicació en la pròpia vida, també en el camp simbòlic, és a dir, allò que significa per a tu i per al teu entorn.

L'exercici que et plantejarem aquí tracta preguntes i qüestions especialment sensibles, i pot arribar a resultar-te incòmode o fins i tot dolorós. Per això pot ser útil, si així ho consideres, compartir el procés de lectura amb altres persones que siguin de la teva confiança i que puguin servir-te de suport a l'hora de pensar sobre tot això: amistats, parella, familiars o també professionals.

No cal respondre totes i cadascuna de les preguntes proposades per avançar en la lectura de la Guia. Sí que és important, no obstant això, prendre aquesta primera part com un exercici d'autoreflexió que serà la base per al treball personal posterior que la Guia proposa.

«Doncs, sobretot cadascú coneix el seu cos. O sigui, potser no es pugui conèixer bé la malaltia i la part científica. Però cadascú coneix el seu cos i sap el que li va bé i el que li fa mal. O sigui, quan un pacient et diu: “No és que... O sigui és que em faig una mica de pipi...” o “Saps què? Em cau la bava” O “No sé... No sé com explicar-ho...”, “Com que em sento malament, és que em trobo malament realment, em trobo com cansat, em trobo com sense ganes...”. No sé com explicar-ho. Que el pacient coneix el seu cos i percep els efectes positius i negatius. »

(usuària, dona)

«Partint del desconeixement de la ment humana. És una dificultat. El que és un problema és tractar una cosa que no entenem com si ho entenguéssim. Així és com acaben veient només símptomes. Això ens afecta tant a nosaltres com a l'afectat, com als professionals. No només és una falta d'informació, és un problema que no entens, però el professional majoritàriament tampoc no ho entén. Si poguessin partir del nostre reconeixement a partir d'aquí crec que podrien arribar a resultats molt millors. »

(familiar, pare)

## 1.1. Reflexions sobre la pròpia vida, posició personal/social

### Algunes preguntes sobre la cura d'un mateix o d'una mateixa

» De quina manera em cuido o intento cuidar-me?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Quins són els meus hàbits quotidians de son?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Sobre les meves condicions de vida

- » Com és el lloc on visc? (tinc habitatge propi, visc en una residència...). Comparteixo aquest espai amb algú? (família, amistats...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Quines són les meves condicions de vida en l'aspecte econòmic?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Quines són les meves activitats quotidianes preferides?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Podria valorar el meu grau de participació en iniciatives socials?  
(participació en associacions, entitats socials, voluntariat...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Sobre les meves relacions personals

- » Com és la meva vida íntima i personal pel que fa a relacions? Qui són els meus amics i les meves amigues, la meva parella...?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Qui són les persones que sento més properes a mi, amb qui tinc més confiança?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Com és la meva vida en l'aspecte afectiu i sexual?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» En el cas de tenir parella: com és la meva vida amb aquesta persona? Tinc una vida sexual activa? Com em sento amb això?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



» Com em sento, en general, quan em relaciono amb altres persones?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 1.2. Reflexions sobre la meva experiència davant del malestar i del tractament farmacològic

«Jo m’he estat medicant i he estat sense medicar i bé, és una altra vida. Tens un control sobre els teus pensaments, tens una estabilitat tant per a les al·lucinacions, com estabilitat emocional... perquè estar satisfet amb la teva vida, estar content, això t’aporta unes coses que... abans estaves cabrejat amb el món, estava enfadat amb mi mateix, en definitiva deia: “què hauré fet jo per merèixer això?” »

(usuari, home)



» Quines són les meves dificultats per afrontar aquest malestar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Quines són les meves fortalezes a l'hora d'afrontar el malestar?  
Quines estratègies personals tinc per gestionar-lo?

**Fortalezes** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Estratègies .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Quines són les persones que m'ajuden quan em trobo malament? (són professionals, altres persones diagnosticades, familiars, persones voluntàries d'alguna entitat)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Quin tractament o quins tractaments segueixo? (psicològic, farmacològic, altres...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Pel que fa al possible tractament farmacològic, com em relaciono amb la medicació? (em sento a gust amb el tractament, em disgusta prendre pastilles, em condiciona una mica en la meua vida...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Per què vaig començar a prendre medicaments neurolèptics/antipsicòtics? (exemples: perquè no dormia bé, perquè tenia sensacions estranyes...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» La medicació ha respost bé davant dels símptomes que sentia? SÍ/NO. Per què crec que ha estat així?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Com és la meva salut física en general?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

» He notat algun efecte advers a causa de la medicació? SÍ/NO. Quins?  
i com han afectat la meva vida?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....





## Decisions i posicionaments a l'hora de gestionar una crisi o situació de patiment intens

» Amb qui prefereixo parlar?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

» Què faig? Soc partidari o partidària d'un ingrés en un hospital/clí-nica? He pensat en altres possibles opcions?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



» I alguna persona que no? Per què?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Pots consultar també...**

Capítol 2. Xarxa social i familiar

Capítol 7. Autonomia i negociació

## **1.4. Reconèixer les meves necessitats, els meus desitjos i projectes**

Els desitjos i les necessitats que podem tenir com a éssers humans poden ser molt amplis i variats. Us proposem aquí algunes preguntes orientades a generar aquest autoconeixement i reconeixement cap als propis desitjos, necessitats i possibles projectes futurs. Es tractaria de parar-nos a pensar i veure què és allò que volem aconseguir com a persones alhora que valorem les nostres capacitats i possibilitats per aconseguir-ho.

Al mateix temps, des de la Guia GCM volem generar la reflexió sobre la incidència que el tractament farmacològic ha pogut tenir en aquest desenvolupament íntim i personal de la teva vida: si ha contribuït o no, si ho ha facilitat, si ha generat algun impediment, etc.

En qualsevol cas, pensar i reflexionar al voltant de la pròpia evolució personal pot ser un procés llarg i sensible. És important trobar el temps que hom consideri necessari per poder fer-ho i reconèixer per endavant que no serà una qüestió fàcil d'afrontar.

» Quines necessitats tinc, quines són les més prioritàries o importants per a mi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

» Tinc algun projecte en ment per dur a terme ? Quin seria aquest projecte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 1.5. Algunes propostes alternatives per a la gestió de les crisis

### Planificació anticipada de situacions en salut mental i voluntats anticipades

Planificació anticipada de decisions en salut mental. «Guia de suport per a professionals i persones usuàries dels serveis de salut mental». Junta d'Andalusia.

<https://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-Guía-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>

«Manual per a la Recuperació i Autogestió del Benestar». Activa't per la salut mental. Federació Salut Mental Catalunya i Federació Veus.

<http://www.activament.org/wp-content/uploads/2018/11/Manual-per-a-la-Recuperaci%C3%B3-i-Autogesti%C3%B3-del-Benestar.pdf>

### **Pots consultar també...**

Capítol 7. Autonomia i negociació  
(veure «Pacte de cures»)





## Capítol 2.

# Xarxa social i familiar



La medicació no només impacta en el cos físic, sinó particularment en la subjectivitat i en **les relacions socials**. Aquest impacte és ambivalent i contradictori. Moltes persones expliquen sentir-se afectades per efectes adversos de la medicació en la mesura que aquests restringeixen la seva vida social: embotiment afectiu, apatia, desídia, lentitud, etc. Altres persones arriben a explicar justament el contrari: una millora en el funcionament que els permet corregir l'impacte social produït pel mateix trastorn, encara que aquestes últimes són gairebé sempre persones que porten dosis mínimes molt controlades. Cal llavors situar quins criteris fem servir per mesurar les dificultats de relació social de les persones diagnosticades i en quina mesura la medicació té un paper central en les mateixes.

Pel que fa a la **família**, la medicació mediatitza en ocasions les relacions i serveix perquè la persona se senti acompanyada i cuidada però en altres també controlada i vigilada. És important tenir present quin és el nivell de centralitat que el diagnòstic i el seu tractament tenen en les relacions familiars. La família no pot, ni tampoc ha d'assumir tota la càrrega de cures de manera unilateral i sense la participació de la persona afectada. Aquesta última, com a receptora de cures, ha de poder participar de l'arquitectura d'aquestes i això implica tant la presa de decisions, com la responsabilitat per a l'autocura i la cura d'altres persones. Per això, s'aconsella analitzar les **situacions intrafamiliars** també amb perspectiva de gènere per poder pensar conjuntament solucions de cures més equitatives i col·lectives.

En aquest sentit, és important que **els professionals i les professionals** puguin treballar en xarxa per a l'organització de les cures i instaurar una certa idea de TREBALL EN EQUIP, en el qual no només participen els professionals i les professionals, sinó també altres persones referents: amigats, parella, família, xarxes socials alternatives... Per això, quan parlem de cures, no ens referim a una qüestió dual entre dues persones (cuidadora/persona cuidada) sinó a un marc més col·lectiu i ampli que implica diferents agents i nivells.

Algunes **xarxes associatives o moviments activistes** en primera persona responen a aquesta noció de cures col·lectives. Algunes persones que pateixen malestar mental refereixen que la seva vida ha canviat radicalment en conèixer alguns d'aquests grups. Entre altres raons això és així perquè les persones poden començar a explicar el que els passa sense sentir-se qüestionades. És a dir, els alts nivells d'aïllament social es modifiquen a favor d'una xarxa social àmplia. És important llavors reconèixer la funció de cures que assumeixen aquestes xarxes i posar-les en valor. Connectar-se o (re)connectar-se socialment ha de ser central en un tractament, atès que és un factor que actua com a motor de canvi per a un millor estar. En el món professional això vol dir introduir les cures col·lectives en la seva praxi.

En qualsevol cas és important que la xarxa que es pugui anar teixint al voltant de la persona no sigui una xarxa que ofegui o aïlli, sinó que permeti la presa de decisions de la persona, així com també el sosteniment i l'acompanyament de les persones cuidadores principals. Per a això és indispensable que es negociïn i acordin les cures col·lectivament. Anomenem a aquest procés **PACTE DE CURES**. Aquests pactes no neixen de manera espontània, sinó que necessiten ser acompanyats i treballats conjuntament, acompanyats per professionals. L'objectiu final és trobar una bona conciliació d'interessos entre totes les persones que conviuen amb aquella qui està en situació de malestar o patiment mental, i prioritzar les seves eleccions, i definir els suports i les responsabilitats davant de situacions de conflicte i/o desajust. Paula Tomé ens mostra un exemple d'això:

«El primer dels pactes va ser amb mi mateixa, a aprendre a separar allò real d'allò poètic, la consciència habitual (aquella que coincideix amb la realitat més o menys consensuada dels altres) de la consciència delirant. Separar-les no vol dir que la segona desaparegui, ni que desapareguin les idees autoreferencials o els pensaments psicòtics. Vol dir que els identifico com a tals. Les meves amigues i parelles em van ajudar moltíssim amb aquesta distinció, sobretot quan vaig poder perdre la por a expressar-los. La llibertat d'expressió no té preu en aquests estats, trobar persones amb qui poder expressar-se sense censura, sense por que t'estigmatitzin ni et jutgin, és un regal que hauria de convertir-se en un dret. »

(Tomé, 2014:18)

Paula Tomé diu fer prevenció aprofitant el temps que passa entre una experiència delirant i una altra. Aquest entretemps l'utilitza per actualitzar els seus pactes de cures amb la seva xarxa:

«Aclarir què va passar, com em vaig sentir, quina explicació li vaig donar, i sobretot, què m'agradaria o no m'agradaria si em tornés a passar. Al mateix temps, les meves amigues també expliquen la seva part, les seves sensacions, la seva preocupació, les seves valoracions... i d'aquests intercanvis neixen els pactes. »

I un ingredient bàsic d'aquests és la confiança, ens diu:

«Molts dels ingredients d'aquests pactes de cura s'assenten primer en períodes sense deliri, i es recuperen després durant el període delirant. Sempre em va donar bon resultat aquesta estratègia, té un component preventiu molt poderós, és com assentar les bases, prèviament, per a un deliri "suportable", i per suportable vull dir el menys psicòtic possible. »

(Tomé, 2014:18)







- » Com creus que es podria integrar de manera adequada la família o les persones cuidadores en el procés de tractament de la persona amb diagnòstic?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

«La fortuna ha estat la meva família. La família, parlo en aquest cas de la mare i dos germans. De saber estar oberts, de no jutjar, tota aquesta misèria que de cop surt d'un familiar, no? Que es pot viure com una cosa d'un mateix i em van donar molt de suport, de vegades més encertadament, de vegades menys, tothom està aprenent i tothom és ignorant. De com afrontar això. Ningú no sap el que és millor quan t'inxampen així brots per sorpresa o crisis com en aquest cas que eren molt potents; una cosa molt, molt difícil de controlar [...] Suport, sentir-me estimat i sentir-me que lluiten per mi i que estem tots en el mateix. Després amb la meva dona també perquè em va donar suport, no em va deixar, però sí que es van trencar moltes coses. Potser es va desbordar per aquesta situació o no va saber com afrontar-la o com ser forta, tot i que estava amb mi sento que estava superada, se sentia superada, i de vegades això em feia sentir culpable quan jo no en tenia cap culpa... »

(usuari, home)

«La veritat és que al principi hi ha l'usuari que està molt malament i molt perdut, i la família està igual de perduda. És un drama que només el sap qui l'ha viscut. Llavors et deixes portar pel que diu el doctor. El pacient no vol prendre la medicació. Va costar molt portar-lo al "centre X" (en referència al seu fill) i és que se sentia molt malament. Tu et prens una medicació per trobar-te millor, però si te la prens i et trobes pitjor? Com li expliques al teu fill que se l'ha de prendre? »

(familiar, mare)

«Medicació sí però com una crossa no com un fi en si mateix. Crec que aquest primer moment condiona la teva primera mirada cap a tot. A mi em va crear un recel cap als professionals que no m'explicaven perquè el meu fill bavejava d'aquella manera. Jo no vull un professional que recepti sense més, jo vull discutir. El meu fill ara no està bé i sóc jo qui defensa la seva baixada de medicació. »

(familiar, mare)

## 2.2. Reflexions sobre altres possibles xarxes socials i de cura

L'aïllament i la solitud solen ser fonts de patiment que venen a sumar-se i incrementar el malestar que ja pateix la persona a conseqüència de la simptomatologia. En aquest sentit, la **xarxa social** pot arribar a exercir un efecte de sosteniment i cura per als moments de més malestar. Et proposem, ara, que puguis parar-te a pensar sobre la teva pròpia xarxa social, qui la compon, quin tipus d'ajuda t'han prestat o penses que poden arribar a prestar-te i qui consideres que hauria d'entrar a compondre aquesta xarxa si encara no està present.













«Bé, diguem que els serveis, la comunitat està més preparada, més desenvolupada. Hi ha més informació sobre la salut mental, més interès..., i en tot el tema de l'estigma, hi ha hagut canvis. Jo tinc més llocs on enviar gent, hi ha més xarxa. Hi ha Activa't, després els de Sense gravetat. Organitzen coses dirigides a la prevenció de la salut mental, però ells no es consideren un dispositiu de salut mental. No demanen informes, ni pregunten què et passa. Ells dinamitzen. »

(professional, treballadora social)

## **(Alguns) espais de trobada/activisme**

### **Recursos de la comunitat:**

- Centres cívics, casals...
- Associacions que tracten diferents temàtiques: socials, culturals, polítiques...
- Clubs d'oci, esportius...
- Espais de teràpies alternatives
- Centres de formació nivell formal i informal (autogestionats)
- Grups de defensa de drets en salut mental
- Espais d'intercanvi: banc del temps, espais d'intercanvi i reparacions...
- Ràdios comunitàries
- Serveis d'informació: oficines de Serveis Socials, Oficina de Cures (Ajuntament de Barcelona)
- Altres...

## Capítol 3. Relació amb els professionals



La relació que s'estableixi entre professionals i usuaris i usuàries serà determinant per a la vivència subjectiva del tractament farmacològic. La base de qualsevol bon tractament comença per un *bon tracte*, una relació de confiança en la qual professionals i persones ateses puguin entrar a exposar els seus arguments des d'un reconeixement mutu. En canvi, l'asimetria en la relació de cures pot ser la base perquè es produeixin situacions d'incomoditat i «mal tracte» especialment cap a les posicions més febles (Leal, 2006; 2009).

«E: Si jo fos un psiquiatre: com podria guanyar-me la teva confiança?

I: És impossible, perquè només de pensar que tens el poder de portar-me a un psiquiàtric ja em caus malament. »

(usuària, dona)

### 3.1. L'organització dels dispositius

Entre les persones que solen conformar els equips d'atenció en salut mental es poden trobar professionals de la psiquiatria, psicologia clínica, infermeria, i també professionals de l'àmbit social, com ara educació i treball social, psicologia social, teràpia ocupacional, auxiliars d'ajuda a domicili, integració social, a més de personal administratiu.

Entre l'equip de professionals que esmentem i altres que poden trobar-se depenent del dispositiu, s'ha de tenir present que la persona que exerceix com a metge/ psiquiatre serà l'encarregada i responsable última del tractament farmacològic. No obstant això, gran part del grup de professionals entrevistats en aquesta recerca fan referència a la importància de treballar en equip la qüestió de la medicació, ja que des de cada disciplina poden tractar aspectes que ajudin la persona a obtenir més informació i acompanyament al voltant del procés de tractament.

La **porta d'entrada al sistema sanitari** per a una persona que vulgui fer una consulta sobre salut mental o estigui passant per una situació de malestar psíquic, pot ser inicialment el seu centre d'atenció primària (CAP), el centre de salut mental per a adults (CSMA) o bé, en casos de menors de 18 anys, el centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ). Així mateix pot ser que la persona hagi fet una consulta a urgències hospitalàries a causa d'una necessitat d'atenció que requereixi més immediatesa, i sigui des d'allà derivada a un centre o recurs específic, entre els quals poden trobar-se els anteriors o altres. Això dependrà ja de qüestions de cada situació específica, com ara la idoneïtat, la dotació de recursos per part del territori o altres. És possible que si has tingut alguna situació de malestar o patiment mental, hagi utilitzat inicialment un d'aquests serveis per consultar o sol·licitar ajuda.

Pots trobar, a més, altres recursos d'atenció com els hospitals de dia, els serveis de rehabilitació o centres d'atenció comunitaris, serveis d'inserció laboral o altres dispositius de més contacte directe i participació en la comunitat com els clubs socials, etc.



Et facilitem aquí algunes **pàgines web** en les quals **pots consultar informació** sobre **recursos** i **dispositius** d'atenció en salut mental. No és un llistat exhaustiu, però pot servir-te per iniciar una recerca de recursos adequats per a tu.

Atenció a la salut mental i addiccions. CatSalut. Servei Català de la Salut

<https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>

Mapa de Recursos en Salut Mental a Catalunya - Fundació Salut Mental Catalunya (SMC)

<https://www.salutmental.org/salut-mental/mapa-de-recursos-i-serveis-nivell/>

Confederació Salut Mental Espanya

<https://consaludmental.org/>

## 3.2. El treball en equip

Els professionals i les professionals de la xarxa pública d'atenció en salut mental treballen habitualment en un equip de caràcter interdisciplinari que acostuma a incloure un component o una perspectiva de treball dialògic. Aquest treball permet pensar i reflexionar sobre les situacions des de diferents visions, així amb la qual cosa es dona una atenció integral als problemes de salut mental i es diferencia de la multidisciplinarietat, que s'aproxima més a una suma de disciplines que actuen de manera lineal.

Tenint en compte que els equips els componen persones amb formacions, posicionaments i valors personals diferents, la presa de decisions pot arribar a ser un exercici molt complex. El treball en equip necessitarà moltes vegades de permeabilitat, flexibilitat i actitud d'escolta entre l'equip implicat. Un *reconeixement* mutu entre les persones professionals que intervenen i d'aquestes cap a les persones ateses.

Més enllà de la feina interna del propi equip, és necessari i recomanable tenir aliances externes a la pròpia xarxa. Estaríem parlant aquí de pensar en aquests professionals de referència que les persones usuàries també tenen, que intervenen des d'altres sectors i poden acompanyar la persona en cas de necessitat. Per exemple un educador o una educadora d'un altre dispositiu, l'infermer o la infermera d'atenció primària, etc. Per això és important incorporar en el procés d'atenció les preferències de les persones afectades i iniciar així una nova cultura de treball en xarxa amb un caràcter *ampliat*.

En l'administració i el seguiment del tractament farmacològic hi ha un reconeixement majoritari cap la responsabilitat del psiquiatre o la psiquiatra, però en els espais d'atenció apareixen altres figures professionals: infermeria, psicologia, treball social, etc. que estableixen ponts i exerceixen de conductors de la informació. És un treball de cures que, en moltes ocasions, queda invisible o en una situació d'inferioritat o jerarquia disciplinar però que, en tot cas, constitueixen una font de coneixement extra molt valuosa per al desenvolupament del tractament.

«Però sí que treballar en salut mental és com una part del tractament, llavors jo sense entendre de medicació, com funciona, com actua, en intervenció familiar és un tema que s'aborda. De si pren la medicació, si hi ha problemes. És un tema que surt o bé el preguntes, i després molts pacients també et comenten. Com és un tractament articulat, vam intentar amb la psiquiatria que el vegi la infermera, el vegi jo, i el vegi ella, i anem intercalant. I és possible que vinguin, i tenen molt assumit que som tres persones del mateix equip i em diuen "estic fatal perquè tinc un problema amb la medicació". Llavors, jo dic, "jo no sóc metge però potser et puc ajudar", i en aquest moment tu pots intervenir... si és una cosa tècnica a través de la infermera o fent una trucada al psiquiatre, i ells es van ja desangoixant. »

(professional, treballadora social)

Aquests professionals que aporten altres coneixements creen, al seu torn, al costat de les persones usuàries, altres espais de relació. Per la seva banda, les persones en situació de tractament valoren especialment aquest tipus de suports que són difícilment avaluables en la qualitat dels serveis i que és recomanable posar en valor.

En aquest sentit, trobem a Catalunya una proposta de valoració dels serveis de salut duta a terme a través d'una enquesta realitzada a les mateixes persones ateses, en el nostre cas, en els serveis de salut mental, amb la finalitat de valorar l'assistència rebuda. Es tracta del Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA©) que des de l'any 2001 porta a terme el CatSalut i que avalua la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics. Disponible al següent enllaç:

<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>

### 3.3. La veu dels professionals i de les professionals davant del tractament farmacològic

L'elaboració de la Guia ens ha permès apropar-nos a les opinions que mostren els professionals i les professionals a l'hora de parlar de la seva implicació i la responsabilitat en el tractament farmacològic. Un relat que evidencia certes *disconformitats* enfront del sistema, la mateixa medicació i la seva tasca d'acompanyar aquest tractament.

#### Disconformitats davant del sistema d'atenció

##### Limitacions de temps per atendre els usuaris, la pressió assistencial i l'escassetat de professionals

El sistema d'atenció actual imposa unes limitacions en el temps d'atenció que es presta a les persones en situació de patiment mental i que pot anar en contra de la qualitat del servei. L'equip de professionals reconeix la necessitat d'emprar temps per conèixer a l'altre a l'hora de plantejar un tractament farmacològic. A més, qualsevol possible intervenció que vagi orientada a un canvi o modificació de la dosi necessitarà ser sostinguda en un nombre més elevat de visites.

Com es pot sostenir la proposta de deixar la medicació si no podràs atendre el temps necessari aquesta persona? Els professionals i les professionals plantegen la necessitat de disposar d'una xarxa de relacions molt ben cohesionada de la qual poder rebre suport i que doni suport, al seu torn, a la persona.

«Jo crec que un tema que ens dificulta molt és la pressió assistencial, tenim mitja hora per a cada un, que crec és força temps, però el fet que tinguem tants pacients fa que no els vegem amb la freqüència que voldríem i jo crec que això afecta moltíssim perquè ens centrem més en el tema medicació perquè és més ràpid i més àgil i això ens permet distanciar les visites. Jo crec que això sí que és important.»

(professional, psiquiatre)

Una ràtio de professionals insuficient per la quantitat de persones i problemàtiques que cal atendre és un greu problema. En ocasions, la manca de suficients professionals en els serveis pot ser un element que incentivi la indicació de medicació, la qual cosa pot portar a situacions de possible mala praxi. Des de les guies clíniques s'apunta moltes vegades cap a un model centrat en la persona, però la pressió assistencial acaba per prioritzar el tractament farmacològic davant d'altres aproximacions terapèutiques que necessiten més temps i recorregut per assolir resultats observables.

### **Diferents serveis, diverses dinàmiques de treball**

Cada dispositiu, amb un funcionament i finalitat diferents, marca el tipus d'intervenció que es pot dur a terme. Per això és important no valorar de manera generalitzada el treball dels professionals i les professionals, sinó fer-ho tenint en compte el context i l'especificitat de l'espai des del qual s'exerceix aquesta atenció.

«Hi ha hagut canvis en les maneres de treballar. Disfuncions del sistema. No és el mateix intervenir ambulatoriament, quan la persona ja ha pogut racionalitzar allò que li passa i utilitzar la paraula, que quan la persona està en una situació de crisi. És més difícil intervenir posant-se en el lloc de l'altre quan hi ha una urgència però no és impossible. La meva experiència és que no es treballa igual a tot arreu. I sí, hi ha necessitat de revisar paradigmes mentals, augmentar la formació... »

(professional, infermera)

### **Demanda i necessitat de supervisió i formació continuada**

Per als professionals i les professionals resulten fonamentals els espais de supervisió i la formació continuada. Principalment perquè senten que reben suport en el seu treball i, al mateix temps, perquè comparteixen malestars i dificultats. És recomanable que aquesta formació tingui a més una aproximació i perspectiva comunitària que pugui adaptar-se a les necessitats plantejades per les famílies i les pròpies persones usuàries.

## La cura dels professionals i de les professionals

Els professionals i les professionals també requereixen d'una cura, que facilita l'exercici d'una bona praxi.

«Treballem amb uns nivells de gravetat, d'ansietat i de patologia tremendes, oi? I als professionals sovint se'ns cuida poc. Jo crec que això també cal tenir-ho en compta... »

(professional, PSI)

En aquest sentit, alguns espais clínics poden arribar a exercir una funció indirecta de cures cap als propis professionals involucrats. Tal com s'apun-  
tava anteriorment, les supervisions especialitzades i de caràcter periòdic (com la farmacològica, psicoterapèutica, teràpia familiar, institucional, etc.) són espais en què a propòsit d'una situació concreta es parla de les dificultats tècniques i emocionals per poder fer front al patiment humà. Altres propostes, com el treball des de determinades metodologies, demostren també un efecte de sosteniment no només en els usuaris, sinó també en els professionals. Un exemple d'això és la proposta de diàleg obert, des del qual es treballa en alguns dispositius com el CSMA de Badalona II.

## Opinions pel que fa a la medicació

### L'estigma associat a la medicació

L'equip de professionals reconeix que la medicació en salut mental sembla ser especialment mal vista per les persones usuàries i, en ocasions, també per les famílies. Això suposa un cert handicap a l'hora de treballar amb aquesta (de receptor-la, d'indicar-la...), ja que hi ha certa predisposició al rebuig.

«Els fàrmacs en salut mental tenen molt mala premsa, hi ha la qüestió de la cronicitat, encara que molts altres tractaments també són molt nocius, però aquest resulta especialment mal vist. »

(professional, infermer)

## La medicació com a element mediatitzador de les relacions

El fet de medicar és una cosa que pot arribar a condicionar la relació entre psiquiatre i usuari. Des del professional o la professional pot sorgir certa sensació de *pèrdua* a l'hora de relacionar-se amb l'altre. Un cert acomodament en el paper de medicar.

«Medicar és una cosa que condiona, per a mi hi ha certa sensació de pèrdua a l'hora de relacionar-me amb l'altre. T'acomodes al paper de medicar... et preguntes com sostenir la proposta de deixar la medicació si no podràs veure suficientment aquesta persona? Necessitaries un entramat molt ben cohesionat. »

(professional, psiquiatre)

## La medicació com «rutina»

El tractament farmacològic ha guanyat un espai en la pràctica professional, aquest fet ha naturalitzat la seva indicació de manera protocol·lària, la qual cosa impedeix moltes vegades l'elaboració d'un pensament o posicionament crític al respecte.

«Jo crec que tots hem entrat en la lògica que amb la medicació no passa res, que és necessària i, com que és necessària, s'ha de donar. »

(professional, psiquiatre)

## La sobremedicació

Pel que fa a la dosi adequada d'un medicament, cal dir que els diferents fàrmacs utilitzats en salut mental venen amb una dosi recomanada o establerta pel mateix fabricant. En ocasions des d'algunes associacions de professionals s'ha arribat a un cert consens al respecte d'aquesta dosi. No obstant això, la dosi proposada ha de posar-se en relació amb el benestar sentit per la persona que pren el fàrmac, de manera que aquesta pugui percebre que els seus símptomes milloren i al mateix temps, que manté cert control sobre els efectes secundaris

que acostumen a produir (Desnoyers Hurley, 2007). De vegades, la dosi prescrita resulta excessiva i acaba produint més malestar que benefici i això porta moltes conseqüències a diferents nivells. Així mateix, el control de la dosi requereix un seguiment continuat per valorar l'evolució de la persona.

«Jo crec que avui dia se sobremedica. Perquè no es té prou cura dels professionals, no s'inverteix en tractaments psicològics o polítiques socials com s'hauria d'invertir i hi ha una pressió assistencial tremenda, el fàrmac és el més ràpid.»

(professional, PSI)

«Si molt, jo crec que a la majoria se la sobremedica, sigui perquè existeix aquest proteccionisme mèdic, de medicar i així jo també em cobreixo una mica i, bé, jo ja he fet la meva part i si es descompensa serà perquè ha deixat la medicació, no serà perquè jo realment no hagi fet bé la meva feina. Si, començant perquè si arribes a urgències o al CSMA amb certs símptomes, sobretot psicòtics, ja et medicaran... no hi ha més opcions. Però jo crec que és per aquest proteccionisme que existeix, perquè després en la pràctica ja es veu que la recuperació a llarg termini no és millor. Jo crec que és la mentalitat, l'orientació biomèdica i després l'autoprotecció professional.»

(professional, infermera)

## El model biomèdic

Les intervencions de caràcter psicosocial en les situacions de patiment mental han demostrat un alt nivell d'eficàcia, però segueixen sent un tipus d'intervenció que no sempre arriba a tota la població. Un gran nombre d'investigacions de referència reforcen la idoneïtat d'un tractament combinat -medicació, psicoteràpia i tractament psicosocial- adaptat al moment vital i les preferències de la persona (García-Herrera Pérez-Bryan, J. M. et al., 2019). La complexitat de les situacions fa que, a la pràctica, l'atenció passi necessàriament per un



tractament coordinat en equip, que pugui contrarestar certa inèrcia biomèdica. Una tendència que, de vegades, és posada de manifest pel mateix sector professional i que es materialitza en una creixent medicalització de l'atenció.

«Jo crec que és una cosa estructural i que està lligada als interessos que hi ha dins el món de les farmacèutiques. Però també hi ha una mentalitat biomèdica que està molt integrada i la biomedicina ens diu que la malaltia és una alteració biològica i l'única manera d'estabilitzar-la és a través de la medicació, llavors jo crec que és una cosa molt estructural.»

(professional, infermera).

## Desacords professional-usuari

### Incompliment dels usuaris/pacients

De vegades sorgeixen certs *desacords* entre les posicions de professionals i usuaris i usuàries. Una proposta que sostingui un objectiu emancipador seria aquella en què pogués donar-se una veritable co-gestió del tractament, mentre cadascuna de les parts pot i es fa responsable dels seus drets, però també de les seves obligacions. No s'ha de perdre de vista que, de vegades, les informacions ofertes als pacients no tenen un context, i no sempre arriben a adaptar-se a les veritables necessitats de les persones.

«Jo crec que aquí tenim un sistema de salut privilegiat, té les seves deficiències com tot, però també té les seves coses bones, no sé, també hi ha un tema de consciència social de les persones... Aquí, mira, tenim al CSMA un índex d'absentisme... bé, no sé si són molt elevats o no però hi ha absentisme. La gent no ve, la gent no avisa... "canvia'm la visita", a mi cada dos per tres m'ho fan, és a dir, manca consciència social que tot això no és gratuït i que els absentismes són molt cars.»

(professional, PSI)

### 3.4. Reflexionant entorn de la relació amb els professionals i les professionals

- » Com és la meua relació amb els professionals i les professionals que m'atenen en salut mental?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » He percebut o notat alguna diferència entre aquests professionals? Quines?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





## Capítol 4. Medicació



La medicació psiquiàtrica sembla trobar-se avui al centre de les trajectòries d'atenció o itineraris terapèutics de les persones usuàries dels serveis de salut mental. Un centre sobre el qual pivota una «roda de la medicació» que, amb els seus ajustos de dosi, retirades, canvis de pauta i estratègies quotidianes, acompanya als qui la prenen, ja sigui en forma de comprimits o inyectables però també als qui tenen cura o presten suport. Els seus efectes seran no solament modificar un símptoma o aplacar un malestar, sinó també l'alteració de les maneres de sentir, de pensar, de moure's, d'expressar-se i en general la corporeïtat d'un procés que ha estat traduït en termes clínics com a «efectes secundaris». Uns efectes secundaris, moltes vegades adversos, que en la pràctica poden resultar tan rellevants com els propis símptomes i que conduiran la persona a configurar una vivència personal i pròpia al voltant de la ingesta de medicació. També es veuran implicats en aquesta vivència aspectes com el gènere, la situació social i familiar, l'origen cultural i la relació amb professionals i serveis de la salut. La medicació, la seva prescripció i la seva utilització, ha generat crítiques entorn de nombroses qüestions, destaquem aquí les següents:

- **La medicació en el centre del tractament.** Tal com assenyalava l'informe del relator especial de l'ONU sobre el dret de tota persona a gaudir del més alt nivell possible de salut física i mental «l'àmbit de la salut mental segueix estant excessivament medi-

calitzat i el model biomèdic reduccionista, amb el suport de la psiquiatria i la indústria farmacèutica, domina la pràctica clínica, les polítiques, els programes d'investigació, l'educació mèdica i les inversions en salut mental a tot el món»(Püras, 2017) (Rodríguez del Barrio et al., 2014).

- **La temporalitat del tractament farmacològic.** En els últims anys s'ha començat a repensar la medicació en la seva temporalitat d'ús que fins ara es plantejava com una proposta sense delimitació temporal concreta. Un recent treball publicat per l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria - AEN (Inchauspe Aróstegui & Valverde Eizaguirre, 2017) ha posat en dubte, de forma clara, la possible eficàcia de la medicació a llarg termini, un temps en què els efectes perniciosos que apareixen acaben sent més leevats que els possibles beneficis que pugui comportar. En canvi l'evidència testifica l'eficàcia a curt termini, la qual cosa en reforça l'ús al llarg del primer any i sempre en dosis mínimes. A més, l'informe fa un repàs a allò que seria la resposta dels consumidors que planteja «la important proporció de pacients que abandonen el tractament, a causa dels mals resultats o efectes adversos» (Inchauspe Aróstegui & Valverde Eizaguirre, 2017: 12).
- **Efectes secundaris versus efectes de la medicació.** Hi ha una dificultat important tant per a professionals clínics com per a pacients, en discernir els efectes de la medicació dels símptomes del trastorn, especialment els anomenats símptomes negatius de la psicosi (Flore et al., 2019). Passa a vegades que no es distingeix adequadament quin tipus de comportaments són fruit dels efectes secundaris i quins altres ho són per efecte del trastorn, i això conforma un problema per a la gestió col·laborativa i la creació d'una adequada aliança terapèutica.

- **La medicació i els seus efectes simbòlics.** La medicació és un element que pot arribar a mediatitzar les relacions entre professionals i persones consumidores i també l'existent entre aquestes i les persones cuidadores o familiars. La medicació pot ser dialogada i negociada (ajust de dosi, rebaixa de la medicació...) però també pot ser un exercici de poder i coerció (un exemple d'això podrien ser els canvis de medicació sense consentiment previ). Per a la majoria de persones, la medicació mediatitza a més la seva relació amb el món que l'envolta i condiona processos vitals com les relacions de parella, la possible inserció laboral o la participació en espais d'activisme (Choudhury et al., 2015).
- **La medicació amb perspectiva de gènere.** Els models de feminitat/masculinitat i les desigualtats/violències de gènere tenen conseqüències directes en la gestió de la medicació i el tractament. Un exemple d'això es produeix quan les dones reben la prescripció de psicofàrmacs en una proporció més elevada que els homes. Són a més receptores d'una pauta que no sol tenir una adequació a les seves característiques biològiques. No s'aplica perspectiva de gènere a l'hora de medicar i això pot induir a una possible sobremedicació (Valls-Llobet & Loio, 2014). També són rellevants les diferències que hi ha a l'hora de viure els efectes secundaris (veure apartat 4.6. «La prescripció amb perspectiva de gènere»).
- **La medicació i les necessàries cures complementaries.** Els fàrmacs psiquiàtrics tenen una sèrie d'efectes secundaris en el camp físic que suposen una repercussió important a mig i llarg termini. Per això requereixen d'unes indicacions de cures especials que puguin compensar aquests efectes (Morrison et al., 2015).















## 4.2. Els efectes dels medicaments

És molt possible que faci força temps que prens la medicació, per la qual cosa seria important valorar quins efectes està generant aquesta medicació en tu.

- » Quins efectes tant positius com negatius tenen els medicaments sobre mi?

**Positius** .....

.....

.....

.....

.....

**Negatius** .....

.....

.....

.....

.....

.....

- » ... sobre el meu cos? (efectes físics com les alteracions en el son, tremolors, taquicàrdia, obesitat...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



- » Algunes persones parlen de les dificultats per distingir si una reacció negativa és part dels símptomes del propi trastorn o fruit dels efectes secundaris. En el teu cas et proposem que puguis pensar...

Pots dir quins elements els distingeixen? En què es diferencien?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

«De vegades no has estat conscient dels efectes secundaris fins que un dia amb la rebaixa de la medicació t'adones que el múscul ja no està paralitzat i pots córrer... i feia 15 anys que no corries...!»

(usuari, home)

«Els efectes adversos de la medicació no són només una qüestió física, són efectes que són visibles per a tots... no només per a mi.»

(usuari, home)





Per ajudar a respondre aquesta qüestió et proposem aquí alguns termes que les persones entrevistades ens han transmès. Pot ser que t'identifiquis amb alguna d'aquestes paraules, o potser et generin idees a les quals puguis associar la teva experiència. Et proposem que encerclis aquelles que et semblin més significatives.

manipulació

treball

habitatge

ingrés

rutina

guariment

malaltia

«el preu que s'ha de pagar»

coacció

desconfiança

psiquiàtric

control

dependència

*droga legal*

inseguretats

confiança en mi mateix

efectes secundaris

rigidesa muscular

ajuda

«condicionant de la vida quotidiana»

crossa

miracle

cura

experiència

«estar venut»

Potser també et pugui servir expressar-te gràficament, a través de dibuixos o potser amb imatges que simbolitzen allò que penses:



En general...

- La medicació i l'experiència al seu voltant és sempre una qüestió molt personal.
- L'experiència subjectiva pot dependre molt de cadascú i pot ser viscuda de diferents formes.
- La percepció subjectiva i simbòlica que es té de la medicació pot variar amb el temps i no és en cap cas una cosa estàtica.

## 4.4. Conèixer la medicació. Informacions importants

### Sobre el nom del medicament

(Font: Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, <https://www.cofb.org/>)

#### Nom científic

És el nom utilitzat des de la medicina i la farmàcia. Quan aquesta denominació és adoptada per l'OMS (Organització Mundial de la Salut) es diu **DCI** (Denominació Comuna Internacional).

#### Nom comercial

Es tracta del nom atorgat per l'empresa que comercialitza el medicament i que sol estar registrat legalment. És el nom que dóna el laboratori preparador del medicament, és a dir, pot haver-hi una sola denominació científica amb diferents noms comercials. Els medicaments també poden comercialitzar-se amb el nom o la marca del laboratori titular o fabricant. Aquests medicaments, si han demostrat que tenen els mateixos efectes terapèutics, són els anomenats genèrics.

Podríem parlar, per exemple, de l'olanzapina, que seria el nom d'un compost farmacèutic, mentre que Zyprexa és un dels noms comercials que pot rebre aquest compost en el mercat.

### Què és la medicació psiquiàtrica?

Reben aquest nom tots aquells fàrmacs que s'utilitzen en el tractament del patiment psíquic de les persones, de manera que també es coneixen com a psicofàrmacs. Podem classificar-los en tres grans grups:

- Antidepressius
- Neurolèptics (també anomenats antipsicòtics)
- Ansiolítics

Encara que el seu nom sona a una utilització específica segons diagnòstic: antidepressius en cas de depressió, antipsicòtics en cas de psicosi (esquizofrènia, trastorn esquizo-afectiu, psicosis diverses...), ansiolítics en cas d'ansietat; en la pràctica es prescriuen moltes vegades de manera combinada atenent als símptomes de cada persona, que poden ser primaris (relacionats amb el seu diagnòstic) o secundaris a la ingesta d'aquests fàrmacs.

A aquests psicofàrmacs es poden afegir estabilitzadors de l'ànim, majoritàriament antiepilèptics (àcid valproic, lamotrigina, topiramata o carbamazepina) o amb afinitat cap als neurotransmissors GABA (gabapentina, pregabalina).

També se solen utilitzar o prescriure medicaments destinats a tractar els efectes secundaris dels anteriorment esmentats com són els antihipertensius i els antiparkinsonians.

Aquesta pràctica es coneix com a **polifarmàcia**. Hi ha consens sobre la necessitat d'evitar l'ús de diverses medicacions alhora. No obstant això, com més greu és la simptomatologia més difícil és mantenir la **monoteràpia** (ús de només una medicació per tractar el símptoma presentat). La politeràpia/polifarmàcia és una pràctica que convé evitar perquè incrementa els efectes secundaris i les interaccions entre els diversos fàrmacs.

#### 4.5. Conèixer la meua medicació: què estic prenent?

Et proposem ara que en les següents fitxes (s'adjunta fitxa tipus) puguis agrupar la informació més rellevant de cada un dels medicaments que estàs prenent. D'aquesta manera és possible que compreu millor els efectes que tenen en tu i puguis fer-ne una valoració.

Si desconeixes el significat d'algun dels termes nomenats a continuació, et proposem que et dirigeixis al final de la Guia on trobaràs un glossari que pot ser d'utilitat.

## Fitxa tipus:

Nom del medicament: .....

Família: .....

.....

Posologia:.....

.....

Efectes terapèutics: .....

.....

Efectes adversos: .....

.....

Contraindicacions: .....

.....

Interaccions: .....

.....

Possibles efectes en cas de reducció o abandonament: .....

.....

.....

## Sobre el prospecte

El prospecte és el document que acompanya qualsevol medicament i que ens donarà informació bàsica sobre per a què serveix i com s'ha d'utilitzar. També conté informació sobre efectes secundaris. No obstant això, aquesta es troba elaborada a partir d'estadístiques però no solen especificar el nombre de casos que es generen realment. Per això, és important poder prendre amb certa distància les seves advertències, sense oblidar que es tracta d'informació valuosa que cal tenir en compte.

«Sí, perquè els prospectes que hi ha als medicaments, és que jo ni me'ls miro, no me'ls he mirat mai, perquè si me'ls lleigeixo, no me'ls prendré. Perquè llegiré: probabilitat “mort sobtada” (rialles). No me'ls miro i ja està. »

(usuària, dona)

Els punts més destacats que poden arribar a contenir són:

1. Què és i per a què serveix aquest medicament X.
2. Abans de prendre'l. Advertiments.
3. Interaccions. Què passa si es pren de forma combinada amb altres medicaments.
4. Interferències amb proves de diagnòstic.
5. Embaràs i lactància.
6. Com usar aquest medicament X.
  - Què passa si es pren més del compte.
  - Què passa si s'oblida una presa.
7. Possibles efectes adversos.
8. Conservació del medicament X (inclou la data de caducitat).
9. Informació addicional:
  - Composició.
  - Aspecte/presentació i contingut de l'envàs.
  - Responsable de la fabricació.

#### **4.6.El patiment psíquic amb perspectiva de gènere**

Les dones amb patiment mental poden arribar a experimentar diferents violències relacionades amb el gènere, al llarg de la seva vida: veure coartada la seva possible independència econòmica i d'habitatge, viure amb més carrega el pes de l'estigma i la freqüent descreença de certs malestars, patir violència de gènere afavorida per la seva situació de vulnerabilitat i falta de reconeixement social. El gènere ha d'analitzar-se en confluència amb altres variables com poden ser l'ori-

gen cultural, la racialització, el nivell socioeconòmic, tenir o no persones a càrrec, l'orientació sexual, etc. Per tant, quan es manifesta la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere a l'atenció de la salut mental en general, i en les prescripcions farmacològiques a dones en particular, estem considerant l'existència de diferents condicionants que augmenten les possibilitats de sofriment de manera interseccional, és a dir, coincidint simultàniament com a situacions generadores de malestar. Sobre això és important tenir en compte que les dones amb diagnòstic pateixen quotes de violència més elevades que la resta de dones però també una gamma més àmplia de violències. El patiment mental les col·loca en una situació de més vulnerabilitat per patir violències i alhora la violència patriarcal s'oculta com a possible causa d'aquell. És a dir, el gènere és una variable central per comprendre el fenomen de la violència però les anàlisis clíniques rares vegades l'inclouen. En un terreny més general (no només vinculat a la prescripció de medicació), relacionat amb una anàlisi des de la perspectiva de gènere i en clau interseccional, s'aconsella una primera aproximació des de «l'altra pregunta». És a dir davant d'un fenomen X que sembla evident a primera vista, fer-se la pregunta sobre si aquest fenomen no pot estar causat per la variable de gènere. És a dir què hi ha en això de patriarcal i masculista. Això suposa fer entrar altres variables en les interpretacions que fem del que observem.

### **La prescripció farmacològica amb perspectiva de gènere**

El tractament farmacològic requereix per norma d'una cura i un acompanyament per part de l'equip de professionals: seguiment dels seus efectes, adequació de la dosi, possibles efectes adversos, interaccions amb altres medicaments, etc. En el cas de les dones, a més es planteja la necessitat de tenir en compte una sèrie de consideracions que tenen a veure amb la pròpia biologia, però també moltes vegades amb la pròpia situació o circumstància vital de la dona. Prescriure amb perspectiva de gènere és un altre dels plantejaments que necessàriament s'ha d'incloure en la pràctica mèdica. En aquesta línia, des del sector professional es plantegen algunes qüestions que cal tenir en



compte a l'hora de prescriure i, en general, a l'hora d'intervenir en salut mental amb perspectiva de gènere:

- Anticipar i treballar amb la pacient els riscos de pèrdua d'eficàcia de certs fàrmacs mentre s'utilitzen anticonceptius orals (important que la dona consulti també amb el seu ginecòleg o ginecòloga).
- Necessitat de consentiment informat, per escrit, per a l'ús d'alguns medicaments quan la dona es troba en edat fèrtil, ja que poden alterar les seves possibilitats de quedar-se embarassada o ser perillosos per al fetus (per exemple, l'ús d'àcid valproic, carbamazepina o topiramà) (Weston et al., 2016).
- Intensificar les sessions de psicoteràpia i/o psicoeducació en el cas que la dona vulgui quedar-se embarassada (o ja està embarassada) per tal d'evitar l'ús de la medicació.
- Utilitzar, si n'hi ha, programes específics de seguiment de l'embaràs en presència de psicofàrmacs per al control mèdic ambulatori intensiu.
- Desenvolupar protocols de detecció i sensibilització sobre la violència de gènere i patriarcal que pateixen les dones amb diagnòstic.

Dos materials de consulta sobre violència patriarcal i dones amb diagnòstic es poden trobar als següents enllaços:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>

<http://asaenec.org/wp-content/uploads/2014/02/Gu%C3%ADa-de-atencion-a-mujeres-maltratadas-con-trastorno-mental-grave.pdf>

- Considerar els diferents graus de preocupació dels efectes secundaris de la medicació segons sexes, és a dir: per als homes més preocupació per a la disfunció erètil, ejaculació tardana, ginecomàstia, libido baixa, anorgàsmia, contractures musculars, desregulació de la son, cansament, lentitud motora i mental,

aïllament. Per a les dones, més preocupació pel sobrepès, obesitat, inflor del cos, preocupació per l'estètica corporal en general, anorgàsmia, alteracions menstruals incloent amenorrea, galactorrea, efectes teratogènics en el fetus, alopecía, sedació, son i cansament. En ambdós sexes es tracta d'alguns exemples, poden donar-se altres circumstàncies no anomenades aquí.

Com veiem, és important entendre que el gènere no és una qüestió únicament de dones, sinó que també repercuteix en la pròpia noció de la masculinitat que tenen els professionals en el diagnòstic i la prescripció. De la mateixa manera, la cura familiar, el suport de la xarxa social i la pràctica professional del tercer sector està *generada*, tant per a dones com per a homes. Tot això implica pensar en la variable de gènere d'una manera àmplia i transversal, no només sobre els subjectes, sinó també sobre les institucions de salut (maneres de jerarquitzar els equips, modalitats de pràctiques clíniques, ocultació i/o jerarquització de cures formals i informals, etc.)

#### **4.7. La prescripció i la diversitat**

El tractament farmacològic requereix també d'una adaptació a la diversitat cultural i ètnica dels usuaris i usuàries. Aquesta adaptació rep usualment el nom de «competència intercultural en salut mental» i es defineix com la capacitat dels professionals i els serveis per donar compte dels aspectes culturals que identifiquen tant en els usuaris com en els professionals i cuidadors. Si consideres que hi ha alguna barrera cultural que dificulta el tractament o la comprensió del teu malestar és important que ho parlis amb els professionals. Una guia de competència intercultural en salut mental es pot trobar al següent enllaç:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/competencia\\_intercultural.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/competencia_intercultural.htm)

## Capítol 5. L'exercici de drets en salut mental



Les persones usuàries de serveis de salut mental, així com també les seves famílies tenen avui a la seva disposició un marc legal des del qual poder exercir els seus drets. No obstant això, moltes de les persones que utilitzen aquests dispositius continuen manifestant cert malestar i disconformitat davant de determinades situacions viscudes en les quals senten que s'ha generat una vulneració dels mateixos. Ortiz Lobo (2013: 262), citant a David Oaks (2011) assenyala «tres importants raons que determinen la sistemàtica vulneració de drets en el sistema psiquiàtric tradicional: la imposició de tractaments per la força sense consentiment, el frau que realitza l'equip de professionals quan no donen informació completa sobre els efectes dels tractaments, drets i alternatives, i el temor que suscita un sistema que sotmet les persones usuàries a causa del brutal desequilibri de poders». Exemples actuals d'això serien situacions com la retirada d'objectes personals a l'entrada en un ingrés hospitalari, l'administració de fàrmacs sense les corresponents explicacions, la retirada del tractament habitual per criteri mèdic i sense consulta prèvia a la persona, l'aïllament en habitacions de contenció o la pròpia contenció mecànica que es porta a terme especialment en unitats d'hospitalització en situació de crisi.

Al mateix temps, es genera sovint un continuat procés d'invisibilització de l'opinió d'aquelles persones que pateixen malestar psíquic. En aquest sentit, Marta Allué parla de «pacients desmoralitzats», els qui pel fet de «patir una malaltia, o inestabilitat psicològica se'ls anul·la la

veu per defensar opinions personals, se'ls resta capacitat per fer-ho, se'ls considera in firmus, poc fermos moral i físicament»(Allué, 2013: 181). Aquesta idea imposa un límit, una barrera a la seva credibilitat, que acaba col·locant la persona ineludiblement en un lloc de forta desprotecció i desavantatge enfront del propi sistema sanitari (Serrano-Miguel, 2018). Basant-se en part en aquesta premissa, el funcionament quotidià en els serveis ha anat facilitant la naturalització de determinades pràctiques que continuen avui cridant l'atenció i entenent-se com de dubtosa conveniència per ser aplicades (Leal, 2009).

Continuen apareixent així vigents moltes de les demandes que les persones afectades fa anys que intenten fer visible i revertir en matèria de drets. Prova d'això és l'informe del relator especial sobre el dret de tota persona a gaudir del més alt nivell possible de salut física i mental de les Nacions Unides (Püras, 2017) en el qual es recullen tres grans obstacles que mantenen l'estatus quo en l'àmbit de la salut mental. És a dir, (a) predomini del model biomèdic, la qual cosa no permet avançar en una inversió en recursos socials en salut; (B) asimetries de poder, la qual cosa menyscaba els drets de les persones usuàries a prendre decisions sobre la seva salut i produeix violència a molts nivells; (C) l'ús esbiaixat de les dades empíriques en salut mental, restringint la recerca a determinants biològics, la qual cosa produeix un biaix en els criteris d'inversió econòmica. El citat informe del relator especial en salut insta a un canvi de paradigma per fer efectiva l'obligació de garantir el dret a la promoció de la salut mental. Així, s'afirma que «els enfocaments biomèdics reductius del tractament que no tinguin degudament en compte els contextos i les relacions ja no poden considerar-se d'acord amb el dret a la salut. Si bé el component biomèdic continua sent important, el seu predomini ha resultat contraproduent, ja que ha menyscabat la capacitat dels titulars de drets i ha intensificat l'estigma i l'exclusió» (Püras, 2017: 19). «La coacció, la medicalització i l'exclusió, que són vestigis de l'atenció psiquiàtrica tradicional, s'han de substituir per una concepció moderna de la recuperació i serveis de base empírica que restableixin la dignitat i reintegrin als titulars de drets en les seves famílies i comunitats. Les persones poden recuperar-se dels trastorns mentals i, de fet, es recuperen fins i tot dels trastorns més greus i

poden viure una vida plena i rica» (Püras, 2017: 21). En la seva secció final de conclusions destaquen les següents qüestions:

«Les crisis en la salut mental no s'haurien de gestionar com a crisi dels trastorns individuals, sinó com a crisi dels obstacles socials que impeixen l'exercici dels drets individuals».

«[...] Donar prioritat a la innovació de polítiques per a la població, fent especial atenció als determinants socials i abandonar el model mèdic predominant que tracta de curar les persones centrant-se en els “trastorns”».

«[...] Ampliar les intervencions psicosocials eficaces en l'àmbit comunitari i abandonar la cultura de la coacció, l'aïllament i la medicalització excessiva». (Püras, 2017: 22).

En aquest capítol proposem fer una reflexió personal sobre les vivències i exercicis del dret que s'han tingut al llarg dels recorreguts individuals. Així mateix es proposen un seguit de recursos i fonts d'informació als quals recórrer per demanar informació o exposar les situacions viscudes.

## 5.1. Pensar entorn dels nostres drets

- » Com a persona que has passat per situacions de patiment mental, has viscut alguna situació en què consideris que els teus drets s'hagin vist vulnerats? En cas afirmatiu, pots relatar què va passar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Conec els meus drets com a persona usuària de serveis de salut mental?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....











finalitat i naturalesa de cada intervenció, riscos i conseqüències, també de la prescripció de medicació i els seus efectes secundaris, contraindicacions, etc.) (art. 4)

«Ara em fa l'efecte que no t'informen massa, al menys en el meu cas, els altres no ho sé. No tinc moltes referències dels altres. En el meu cas, quan vaig ingressar a San Rafael, que va ser voluntari, van començar ja només entrar per urgències i jo vaig dir: "mira, és que m'estic prenent aquestes pastilles". Jo m'estava prenent el tractament de l'altre doctor, encara que havia deixat d'anar a la consulta feia 5 anys, però m'ho prenia igual. Jo vaig dir que m'ho havia de prendre i a l'entrar em van dir "tranquil·la" i em van donar una pastilla, era groga ho recordo, i dolça. No et diuen que et treuen tota la medicació i t'adones quan ja te l'han tret. Després de cop et van donant alguna cosa, però tu no saps ni el que et donen ni el que et deixen de donar. Te la donen abans de dinar, passen amb un carret, van dient el teu nom i te la prens, al menjador. Veus a la doctora però t'assabentes que t'han receptat un medicament perquè t'ho donen al menjar. És així. Aquí jo penso que haurien de dir-te "doncs mira et prendràs això perquè hem trobat que tens això..." a mi em van donar el diagnòstic quan ja feia tres setmanes que estava prenent medicació. I per la resta, que segur tenim drets i està tot això de les voluntats anticipades, que són coses que no sabem, que no coneixem i que potser ens aniria molt bé en molts casos. Jo no sé si ho voldria utilitzar però si hi són és per alguna cosa. Hauria de ser més conegut per tots. »

(usuària, dona)



» Canviaries ara una mica la posició que vas adoptar llavors?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dret a rebre la informació necessària, veritable i de forma comprensible i adequada a les seves necessitats** (art. 4)

«Que tinguessin menys tonteries a l'hora de parlar, perquè de vegades parlen de medicació i s'enreden com a persianes. I bé, de vegades, no s'adonen que la persona amb la qual estan parlant, doncs, o no s'assabenta de més de la meitat o s'assabenta a mitges. Perquè, és clar, potser t'està parlant dels efectes secundaris, dels efectes que té una medicació, i, és clar, a la persona a qui li està parlant el doctor, li interessen els efectes secundaris, no els efectes que provoca aquesta medicació, sinó, no sé com explicar-me...

E: T'expliques bé... és a dir, que a la persona li interessen els efectes secundaris i al psiquiatre, no?

IM: No, que el psiquiatre parla una mica de la medicació, dels efectes que produeix sobre la malaltia, potser, que això és el que no he puntualitzat, i que la persona pensa sobre els efectes secundaris, i doncs clar, una cosa no és compatible amb l'altra potser i per això el pacient després no es vol prendre la medicació. I això és fonamental. »

(usuària, dona).





**Drets al voltant del tractament: «dret al consentiment lliure i informat» incloent el dret a rebutjar el tractament proposat, amb els límits establerts per llei (arts. 8 i 9)**

«A mi, el que m'agrada (en referència a un professional) és que comença ja pels drets. Que quan vas a un metge, no et comencen els drets, és: "pren-te això i ja està". »

(usuari, home).

«Jo conec casos de gent que li han donat electroxocs sense consultar, no?... s'han consultat amb la família, i la família no és qui per decidir sobre el teu benestar. »

(usuari, home).

«Jo crec que ells no ho plantegen tant en clau de drets, no són tan reivindicatius però efectivament intenten moltes vegades negociar. Moltes vegades des d'un principi hi ha persones que et diuen: "no vull res que doni son, ni que engreixi", però sí ho negocien, encara que no ho plantegin tan explícitament, sí que ho estan negociant i bé, jo sí que ho considero un dret de la persona a negociar i a dir que no, són adults. A mi no m'agrada treballar amb menors perquè no poden decidir. Aquests sí, aquests són adults i tenen dret a dir que no. »

(professional, psiquiatre)





## Altres situacions per reflexionar al voltant dels drets...

- Sobre l'acompanyament o no, en les visites mèdiques: no està reconegut com a tal un «dret a estar acompanyat o sol a la consulta», però es tracta d'una facultat derivada del «dret a la intimitat» (art. 7, Llei 41/2002), que és un dret fonamental constitucionalment protegit (art. 18 de la Constitució). Les dades sobre la salut són sempre titularitat del pacient, de manera que només és ell qui decideix amb qui vol compartir-los.
- Dret a negar-se a un determinat tractament farmacològic i poder seguir mantenint les visites o el seguiment amb els professionals. El dret a la protecció de la salut està reconegut en la Constitució espanyola (art. 43).
- Necessitat de negociar o promoure la presa de decisions compartides. Dret al consentiment informat i acatament dels seus límits (arts. 8 i 9, Llei 41/2002).
- Dret a decidir lliurement de forma anticipada sobre les cures i els tractaments de la salut. Dret a atorgar instruccions prèvies (art.11, Llei 41/2002).

## 5.3. Exercint drets

### Algunes preguntes que es poden formular sobre la medicació

Els possibles dubtes que tinguis al voltant de la medicació hauran de ser resolts per l'equip professional sanitari que te l'ha prescrit. A continuació trobaràs un llistat de preguntes. Pensar aquestes qüestions i resoldre-les al costat del professional, pot ajudar-te a exercir millor els teus drets com a pacient/usuari i anticipar-te a una possible vulneració dels mateixos.

- Per què em donen aquesta indicació?
- Quins són els efectes beneficiosos?
- Quins són els efectes secundaris?
- Hi ha alguna contraindicació?
- Puc prendre aquesta medicació juntament amb la resta de fàrmacs que estic prenent ja?
- Quan he de prendre aquest medicament? És necessari seguir alguna pauta concreta, per exemple, després de dinar?
- Hi ha alguna alternativa ? Quina?
- He de passar algun examen mèdic abans i algun control durant el període en què el prengui?
- Hi ha alguna dosi màxima diària?
- Quins són els riscos en cas de sobreingesta?
- Hi ha alguna dosi diferent en cas d'estar indicada per a homes o dones?
- Quin és el temps de durada del tractament?

## **On dirigir-nos a l'hora de plantejar una queixa o situacions de vulneració de drets**

- **El mateix servei de salut mental on ens han atès**

Els serveis, recursos o dispositius de salut mental estan obligats legalment a tenir mecanismes adequats per canalitzar les queixes o reclamacions dels pacients. Pregunta al recurs sobre qui et pot informar el respecte.

- **El servei/oficina d'atenció al pacient**

En serveis sanitaris públics com els hospitals hi ha oficines d'atenció als pacients.

- **El Síndic de Greuges de Catalunya**

«El Síndic de Greuges té la funció d'atendre les queixes de totes les persones que es troben desemparedades davant l'actuació o la manca d'actuació de les administracions. Vetlla pel bon funcionament de les diferents administracions públiques. (...) Actua com a supervisor i col·laborador de l'Administració catalana, amb l'objectiu d'ajudar a millorar-ne el funcionament. També supervisa les empreses privades que prestin serveis d'interès públic. El Síndic és políticament independent. No depèn de cap govern i actua amb objectivitat, llibertat de criteri i independència».

<http://www.sindic.cat/>

El Síndic té un espai dedicat exclusivament a garantir els drets dels pacients i usuaris: el defensor del pacient.

<http://www.sindic.cat/es/page.asp>

- **L'Oficina per a la No Discriminació (OND)**

Des de l'any 1998, la ciutat de Barcelona disposa d'un servei municipal, anomenat Oficina per a la No Discriminació, dirigit a atendre les vulneracions de drets humans relacionades amb els àmbits de la discriminació. La OND ofereix informació, formació i sensibilització en igualtat de drets, així com també atenció i assessorament a persones víctimes de vulneracions de drets humans.

<https://ajuntament.barcelona.cat/oficina-no-discriminacio/es>

- **L'Observatori de Drets en Salut Mental**

Es tracta d'un espai d'informació crític i dinàmic, dedicat a fer un seguiment de les diferents polítiques i normatives que afecten de forma particular els drets de les persones amb un diagnòstic psiquiàtric i el seu entorn. L'Observatori de Drets en Salut Mental és una iniciativa de la Federació Veus de Catalunya.

[https://veus.cat/qui\\_som/](https://veus.cat/qui_som/)

## **Un espai de consulta: els comitès de bioètica**

Un comitè d'ètica assistencial és un òrgan consultiu i interdisciplinari, al servei dels professionals i usuaris dels centres sanitaris. Es constitueixen per analitzar i assessorar en la resolució de conflictes ètics que puguin sorgir com a conseqüència de la tasca assistencial i tenen per objectiu final millorar la dimensió ètica de la pràctica clínica i la qualitat de l'assistència sanitària.

Si bé poden resoldre consultes, s'ha de tenir en compte que la seva finalitat no és la d'assessorar jurídicament i les seves decisions no són vinculants.

## 5.4. Normativa i legislació bàsica en salut mental

### Legislació bàsica

- Nacions Unides, Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, 2006.

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

- Constitució Espanyola, 1978, article 18, que reconeix el dret a la intimitat; art. 43, que reconeix el dret a la salut; i art.49, que reconeix l'especial prevenció i atenció especialitzada de les persones amb discapacitat.
- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica vigent.
- Resolució de Consell de Drets Humans de l'Organització de les Nacions Unides «Promoció i protecció de tots els drets humans, civils, polítics, econòmics, socials i culturals, inclòs el dret al desenvolupament: salut mental i drets humans», setembre 2017.
- Püras, D. (2017). Informe del relator especial sobre el dret de tota persona a gaudir del més alt nivell possible de salut física i mental, Consell de Drets Humans de Nacions Unides.

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>

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

<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/reclamacions-i-sugeriments>

## Documents sobre drets elaborats per la societat civil/activisme i professionals

- Guia de drets de la Federació Veus.  
<https://veus.cat/es/derechos/>
- Informe Alternatiu ActivamentMent-Hierbabuena sobre la situació dels drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial a Espanya (2019).  
[http://www.activament.org/wp-content/uploads/2019/03/Informe-Alternativo-del-Reino-de-España\\_Discapacidad-Psicosocial\\_Español.pdf](http://www.activament.org/wp-content/uploads/2019/03/Informe-Alternativo-del-Reino-de-España_Discapacidad-Psicosocial_Español.pdf)
- Document de voluntats anticipades i la planificació de decisions anticipades. Comitè de Bioètica de Catalunya (2018).  
[http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticia/respecte\\_voluntat\\_persona\\_trastorn\\_mental](http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticia/respecte_voluntat_persona_trastorn_mental)
- Informe sobre l'estat dels drets humans de les persones amb problemes de salut mental a Espanya de la Confederació Salut Mental Espanya (2018).  
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/derechos-humanos-discapacidad-2018-46460/>
- Manifest al voltant de la coerció en els serveis de salut mental. AEN (2016).  
<https://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/>
- Drets humans i hospitalització psiquiàtrica. Per una ètica de la capacitat. La vida diagnosticada. Fundació Congrés Català de Salut Mental. FCCSM (2016).  
<http://www.fccsm.net/portfolio/derechos-humanos-y-hospitalizacion-psiquiatrica/>

- Document de planificació anticipada de decisions en salut mental. Guia de suport per a professionals i persones usuàries dels serveis de salut mental de l'Escola Andalus de Salut Pública (2015).
- Drets Humans, Ètica i Salut Mental (I). Tractament Ambulatori Obligatori. Mesures Restrictives. Fundació Congrés Català de Salut Mental. FCCSM (2005).



## Capítol 6. Condicions per al diàleg



Per a la majoria de les persones passar per una experiència de patiment mental greu, com són les crisis psicòtiques, suposa una desconexió del món social. Aquesta situació es pot veure agreujada a partir de certes intervencions professionals que constitueixen en si mateixes un exercici de poder i que, en alguns casos, poden arribar a vulnerar els drets més bàsics de les persones (Beviá y Bono del Trigo, 2017). El fet d'habilitar un «espai segur» on sigui possible parlar dels seus patiments i símptomes, sense risc a patir ingressos forçosos o altres intervencions coercitives, pot afavorir o restaurar els ponts de comunicació entre els diferents subjectes, incloent també els professionals. Diverses investigacions han demostrat com les aproximacions que desatenen la comunicació i les relacions socials de qualitat únicament contribueixen a un empitjorament i estancament de la situació dels pacients. Autors com Jaakko Seikkula, a propòsit del model finlandès de l'Open Dialogue (Seikkula & Arnkil, 2016), refereix com a eix central del seu treball la qüestió de la comunicació. La seva possible fractura o deteriorament contribueix a empitjorar la pròpia simptomatologia, que es veu encara més agreujada quan en situacions de malestar s'actua a partir d'estratègies que suposen hipermedicar o aïllar després d'un ingrés. Així mateix, refereixen que es produeix una notable millora dels pacients quan les condicions contextuais s'han disposat per poder treballar aquests canals comunicatius d'una manera estable i segura (Seikkula et al., 2016).

En les narratives de les persones amb les quals hem treballat en el Projecte de la GCM emergeixen demandes associades amb la comunicació. A partir dels relats obtinguts en entrevistes i grups focals i de discussió plantejarem seguidament algunes propostes per enfortir el diàleg i la comunicació entre els diferents actors implicats (Serrano-Miguel & Martínez-Hernández, 2020) (en premsa) «Apunts per al diàleg en salut mental». *Revista Polis i Psique*.

## 6.1. Condicions inicials

### Informació

Des del principi, els relats recollits parlen de la necessitat de tenir la informació suficient per intentar entendre què està succeint i el tractament que s'està rebent.

«Tenir sort és que et toqui un professional que empatitzi amb la teva situació, que t'escolti, que t'acompanyi, que t'expliqui les coses sobretot des del principi que no saps res... Que t'acompanyi en aquest aterratge. Que t'expliqui què et trobaràs. Que entengui que per al professional també és tot nou. El tema de la salut mental, si no has tingut ningú a la família, és una hòstia... no entens res.»

(usuari, home)

Una informació que les persones usuàries indiquen que ha de poder ser «prou comprensible» i que ha d'evitar caure en estereotips. Els efectes secundaris dels neurolèptics i la sobremedicació són, de fet, factors que s'han de tenir en compte a l'hora d'habilitar aquest possible espai de comunicació, ja que retallen la pròpia expressivitat del pacient i la seva possibilitat de negociació en l'escenari clínic i domèstic. Una informació que se sol·licita i que d'alguna manera, sempre atenent al dret de la persona perquè quedi preservat el seu dret a la intimitat, «hauria d'anar destinada a totes les parts», desprendre's de la unidireccionalitat i evitar crear jerarquies de sabers que dificulten l'intercanvi

d'informació sobre els tractaments, les cures i l'experiència de patiment.

### **Espai agradable, adequat**

Al mateix temps, sorgeix la demanda d'un espai adequat per a aquest diàleg. Un espai que físicament pugui concretar-se en «un lloc agradable, cuidat, on es pugui prendre una beguda quan s'arriba...». Un espai que simbòlicament pugui entendre's com un «espai segur», un lloc «que m'acull, que no m'expulsa» i que bé podria ser un lloc on se sostingui la incertesa (Seikkula, 2016) i es propiciï l'expressió de les emocions. Un lloc on «es respectin els vincles previs, els espais de confiança i les decisions preses».

## **6.2. Construir relacions basades en el diàleg**

«Sí, jo he tingut bona sort crec, jo he trobat una persona humana... és que hi ha alguns metges que no... que poden ser llumineres però són freds... no t'arriben. Jo és que m'anava de la consulta millor que entrava saps? [...] quan l'interval és molt llarg, clar... s'ha de fer un resum... deia: a veure, què li explico? però després sortia més contenta perquè em feia bromes, no sé, em donava esperança... veia que m'acceptava... veia que jo li queia bé. »»

(usuària, dona)

Un dels aspectes especialment valorats per les persones amb patiment mental és, sens dubte, la relació amb el professional o la professional. D'aquesta relació dependrà l'interès de la persona per explicar allò que li preocupa, ja que:

«És arran de la confiança que pot haver una mica de confidències. »»

(usuària, dona)

Es tracta d'un vincle que propicia el «bon tracte» (Leal, 2006) com a base per a qualsevol «bon tractament», cosa que una de les nostres informants transformava en un desig, el «d'aplicar un filtre d'humanitat a la psiquiatria».

### **Una relació que es basa idealment en:**

#### **L'empatia i la honestedat**

«...bé, jo penso que hi ha d'haver una relació empàtica on el psiquiatre sigui honest també amb ell mateix, simplement. »

(usuari, home)

#### **Afecto**

«Dels professionals busco afecte i comprensió. »

(usuari, home)

«Moltes vegades el rebuig al metge sorgeix perquè que marxés de la consulta pitjor del que has entrat... »

(usuari, home)

#### **Vincles sostinguts en el temps**

Una relació que, també, ha de poder sostenir-se en el temps amb certes garanties, sense que arribin a donar-se canvis aleatoris que solen generar «situacions que sense ser manifestacions hostils poden ser viscudes com a insuficientment adequades» (Leal, 2009: 167).

«Els canvis de psiquiatres són un problema i en tenim molts últimament, això és un problema perquè els canvis els noten. Jo no sé si un canvi el cuidem prou perquè això passa, hi ha baixes, una que es jubila, una persona que té una baixa llarga... sempre que hi ha canvis, els pacients tendeixen a comparar. »

(professional, psicòleg)

## La confiança

En aquest espai de relació que va prenent forma és d'especial importància la progressiva construcció d'un vincle de confiança, mitjançant el qual la persona senti que pot expressar-se i parlar sense por que pugui exercir-se sobre ella cap tipus d'acció coercitiva.

«Tu veus que una persona et vol medicar, per calmar-te, amb tota la bona intenció... però això et fa desconfiar. »

(usuari, home)

Una pèrdua de confiança que ve aparellada a certes ruptures i que usualment deriven d'un treball traçat de manera unidireccional o de l'escassa o nul·la existència d'un espai habilitat per a la trobada on, per exemple, la persona afectada esculli a qui desitja que s'incorpori a la feina terapèutica.

Aquest compendi de circumstàncies acaben emmudint certs relats. Sobre els motius que pot tenir una persona per no parlar en la consulta, un informant ens explicava:

«A vegades per falta de confiança, em fa por perquè he passat molt. A vegades parlem i ens posen les paraules a la boca. A vegades he percebut que altres llegien el meu pensament i no sé si és fàcil. Encara que sí és vàlid intercanviar informació. »

(usuari, home)

## La horitzontalitat

L'establiment d'una relació basada en el diàleg pot ser útil per inhabilitar un cert principi d'autoritat que el tractament farmacològic sembla arribar a imposar de manera oculta i que, de vegades, s'acaba materialitzant en amenaces d'ingrés, de pèrdua de recursos econòmics o d'habitatge protegit:

«Jo, per exemple, em trec la pastilla del migdia. Sí, ho admeto, de vegades, en temporades llargues. Però la resta de la medicina no me la trec mai perquè jo com li tinc tant de pànic als psiquiàtrics per què faré una neteja? Per acabar al psiquiàtric al cap d'un any? No, jo no vaig al psiquiàtric. Em van putejar una vegada, però no em putejaran dues. Me la van fer molt grossa en el Servei X, per això em dic: mai més no entraré al psiquiàtric. Ui! Per anar al psiquiatre millor em prenc la medicació. »

(usuari, home)

Ara bé, també apareixen en les narratives pràctiques i models que intenten revertir les lògiques coercitives. Durant un dels grups de treball que realitzem, un jove informant ens va explicar la forma en què el seu psiquiatre i ell havien aconseguit entrar en diàleg:

«Jo amb la meva psiquiatra parlo molt de literatura. En realitat, els dos sabem de què estem parlant, però no ho sento de forma tan agressiva, després en algun moment ella em pregunta com em veig... llavors ja sé que vol parlar de com em trobo... si vaig al psiquiatre i només parlo de símptomes no em sento una persona, sinó que al capdavall només sento les jerarquies, les pors i agraeixo parlar d'altres coses. »

(usuari, home)

## Utilitzar altres llenguatges

«És important utilitzar un llenguatge en el qual ens sentim tots còmodes. »

(usuari, homehombre)

## 6.3. Pràctiques dialògiques

### Repensar i afrontar lògiques (dis)funcionals

Un dels elements que ha estat evidenciat de forma més clara és la qüestió de l'anomenada pressió assistencial a la qual moltes persones professionals se senten sotmeses. Aquesta pressió imposa un ritme de treball i una freqüència de visites que impedeixen exercir l'atenció directa en el temps que consideren adequat. D'aquesta forma, es van generant progressivament dinàmiques de treball que ja parteixen d'un sistema disfuncional amb el qual els equips han de bregar quotidianament i amb el qual es troben constantment en tensió:

«Jo crec que un tema que ens dificulta molt és la pressió assistencial, tenim mitja hora per a cadascú que crec és bastant, però el fet que tinguem tants pacients fa que no els vegem amb la freqüència que voldríem i jo crec que això afecta moltíssim perquè ens centrem més en el tema de la medicació perquè és més ràpid i més àgil i això ens permet distanciar les visites. Jo crec que això sí és important. »

(professional, psiquiatre)

La precarietat en els temps assignats imposa, també, una precarització de les relacions. L'excessiva burocratització i la falta d'espais i de temps abonen les pràctiques mecanitzades com a estratègia de «supervivència» per part dels equips, tendeixen a crear espais d'atenció segmentats i, cosa que és més rellevant, dificulten les possibilitats d'una relació basada en el vincle i el «bon tracte». Sense espai ni temps perquè els professionals i les professionals puguin desenvolupar una escolta atenta dels relats de sofriment, el treball terapèutic entra en risc i l'ús, sovint defensiu, del protocol domina l'escena. Algunes famílies posen l'accent en aquesta precarització de les relacions:

«Jo crec que en els CSMA hi ha massa protocols. Pel tema de l'autonomia jo em quedava a la sala d'espera. Mai no em preguntaven a mi què havia passat aquests tres mesos. A pesar que el meu fill deia que podia entrar. Per què no em pregunta el professional? »

(familiar, mare)

Les persones cuidadores demanen participar en els espais d'atenció en els quals es tracta els seus familiars o, almenys, en una part d'ells. Enfront d'aquesta demanda, el funcionament dels serveis de salut mental tendeix a defensar el dret individual, al·legant moltes vegades la preservació de la suposada voluntat de la persona usuària a gestionar el seu espai clínic i recorrent per a això a la qüestió de la seva autonomia.

No obstant això, el dret del pacient no té per què entrar en contradicció amb la participació dels seus familiars, ja que sovint aquesta és desitjada i demandada per part de les persones usuàries. Es tractaria d'organitzar i planificar espais en els quals es generés atenció cap a totes les parts i s'evités la creació d'aquest «cercle de desconfiances creuades» en el qual les diferents persones implicades acaben moltes vegades atrapades.



## Treballar des del col·lectiu

La invitació a treballar des del col·lectiu es basa fonamentalment a integrar en el procés d'atenció totes les persones implicades, tots els sabers (incloent el saber de persones usuàries), entenent que tots tenen valor i tenen la seva particular potència de canvi. D'alguna forma es tracta de pensar en la possibilitat d'una cultura de treball transversal, en sentit ampli, un espai on, al mateix temps que es dóna entrada als diferents actors, es pugui anar teixint entorn de la persona una xarxa de suport i confiança. Una xarxa inclusiva que no acabi aïllant, sinó que constitueixi un espai de cures mútues que sostingui les persones afectades i les cuidadores principals. Es tracta de pensar en fórmules per «descentralitzar» el protagonisme de la família, en cap cas allunyar-la, però sí que integrar en els espais de diàleg altres persones que són també significatives per als afectats i que poden articular una comunitat de cures mútues. Referent a això i reflexionant sobre la seva pràctica quotidiana, una professional afirmava:

«Igual hauríem de deixar la porta oberta al fet que vingui una persona de confiança, potser no sols la família, deixar molt més oberta aquesta intervenció. »

(professional, psiquiatra)

Algunes xarxes associatives o iniciatives en primera persona responen a aquesta noció de cures col·lectives i «d'espai segur» en el qual poder expressar-se. Alguns pacients refereixen que la seva vida ha canviat radicalment en establir una relació amb aquests grups, ja que són espais on les persones poden començar a explicar allò que els passa, sense sentir-se qüestionades ni jutjades:

«La confiança és complexa, ara mateix no em fiaria de la meua família, no tenen la perspectiva que tinc jo i pateixen molt. La meua mare és capaç, per intentar ajudar-me, de trucar el psiquiatre i acabar medicant-me. Aquí, tenir algú que conegui els meus símptomes o que entengui que alguna cosa no està funcionant bé és fonamental. Jo estic a l'Associació XX i allí em coneixen molt, per exemple, quan no deixo de caminar, en el meu cas és el senyal d'alarma. La meua família m'estima molt, però crec que per intentar ajudar acabaria fent alguna cosa que jo no vull. »

(usuari, home)

És important reconèixer la funció de cures que poden arribar a assumir les xarxes informals i posar-les en valor. (Re)connectar-se amb la comunitat ha de ser central en el procés de tractament si aquest vol actuar com a motor de canvi per a un millor estar. En el món professional això implica introduir les cures col·lectives en la seva praxi.

La majoria dels professionals reivindiquen el treball en equip que duen a terme des del seu espai de treball. Seria interessant pensar una acció en equip entrelaçada amb les persones significatives que estan a l'entorn de la persona amb sofriment psíquic i així promoure una «expertes compartida» (Seikkula, 2016:39). Pel que fa a l'equip de professionals implicat en aquesta xarxa, podem pensar no necessàriament sempre en la persona professional assignada per protocol, sinó aquella que és més significativa per a la pròpia persona afectada.

## Democratitzar la salut

L'atenció i la cura de persones en situació de sofriment mental estan marcades habitualment per un entramat de múltiples jerarquies que acaben d'una o altra manera projectant-se en la persona i limitant la seva autonomia. Tant les jerarquies establertes amb i en l'equip de professionals, com les que es teixeixen en l'àmbit quotidià de la llar, conformen obstacles amb els quals la persona afectada ha de bregar per fer un espai a la seva paraula, a les seves decisions i a l'expressió del seu propi malestar.

Així, gran part dels equips de professionals semblen haver-se habituat a treballar en un marc jeràrquic en el qual cada professió té delimitades competències i responsabilitats sobre la base d'una compartimentació burocràtica del saber i del poder (Martínez-Hernández, 2008). En aquest context, el psiquiatre o la psiquiatra, com a garant últim de la prescripció, veurà condicionada així la seva acció professional. «T'acomodes a medicar», expressava una psiquiatra en un dels grups focals, assumint que en aquesta prerrogativa hi havia també certa *pèrdua* a l'hora d'interactuar amb el pacient, perquè l'espai de relació estava ja envaït amb l'imperatiu de la medicació.

Per contra, altres perfils professionals (infermeria, psicologia i treball social, entre altres) han vist en major mesura preservat el seu espai de dedicació a la cura, la paraula i el diàleg, encara que no disposen del mateix nivell de reconeixement intern i de poder de decisió. Addicionalment, les famílies semblen haver adoptat posicions de saber a partir de la delegació de responsabilitats concretes per part de professionals. Sabers que neixen, així, des de la lògica del sistema sanitari i no tant d'un reconeixement de les narratives dels afectats (Corretja-Urquiza, 2018). Responsables moltes vegades del compliment del tractament, el desenllaç és un exercici de poder simbòlic on les famílies acaben tenint una funció coercitiva i de control que mou intensos desajustos en les relacions. Aquestes lògiques coercitives únicament poden desactivar-se des de la negociació dels tractaments des d'una relació d'horitzontalitat que promogui l'autonomia de les persones afectades i l'aliança terapèutica entre tots els actors involucrats.



## Capítol 7. Autonomia i negociació



Aquest últim capítol, dedicat a la negociació, està orientat a formular i plantejar estratègies amb les quals les persones consumidores de psicofàrmacs puguin afrontar la presa de decisions respecte del tractament farmacològic, possibles canvis i/o discontinuació, i augmentar en general la seva capacitat de negociació entorn d'aquesta.

La proposta de la Guia GCM pretén ajudar la persona a disposar de més capacitat de crítica respecte del seu propi tractament i les circumstàncies en les quals aquest es dona. Així mateix, es busca la generació entre els participants d'un augment de la seva autonomia repensant aquesta qüestió no tant com una fita de caràcter individual, sinó com «un estar en xarxa» (Silveira & Cabral, 2019), un pensar i resoldre les situacions des del col·lectiu, integrant a la xarxa significativa de l'individu en el procés d'afrontament dels problemes de salut mental. D'aquesta forma, urgeix obrir aquests espais d'atenció a altres persones que són significatives i exerceixen cures amb la finalitat de crear una xarxa que pugui sostenir la persona en cas de malestar, un suport perquè el subjecte danyat pugui subjectar-se.

L'experiència de les persones que han col·laborat en l'elaboració d'aquesta guia deixa patent la importància de la corresponsabilització en els processos de modificació o discontinuació en la medicació. Qualsevol canvi que es generi en la medicació (a proposta del professional o del mateix usuari) ha de ser un procés molt dialogat, en el qual la persona pugui donar qualsevol signe d'alarma per intervenir immediatament.

## 7.1. Practicar una visió crítica per prendre decisions

- Manifestar interès, tenir ganes de saber.
- Interrogar-nos nosaltres mateixos sobre la realitat que vivim.
- Buscar informació en fonts de caràcter divers amb la finalitat de fer-nos una opinió pròpia.
- Verificar la independència de les fonts. En moltes ocasions les informacions de les pàgines web estan orientades pels interessos d'aquells mateixos que les financen. Per això, és important saber quin organisme les patrocina, quina és la seva història i d'on prové el seu finançament.
- Conèixer els nostres drets és un punt de partida necessari.
- Analitzar i valorar sempre els pros i contres de la decisió que s'ha de prendre.
- Estudiar de manera prudent totes aquelles noves notícies que ens puguin arribar sobre medicaments i nous tractaments.
- Començar per plantejar preguntes simples: què, qui, quan, on i per què.
- Ser obert i crític: és possible canviar d'opinió en algun moment i també qüestionar una possible solució que ens va resultar adequada durant un temps.
- Si pot ser, trobar l'organisme públic en el qual exposar el que es pensa.
- Sentir-se igual a l'altre. Reconèixer-se el saber que un té.

## **7.2. Gestió de la medicació: la possibilitat de continuar, modificar o disminuir la medicació**

En la pràctica hi pot haver nombroses i variades raons per voler plantejar-se un canvi en la medicació que s'està prenent: provar un nou producte pensant en la millora dels símptomes, canviar el format en el qual s'ingereix (d'oral a injectable o viceversa) per les molèsties que se senten, modificar la dosi per reduir-la parcial o totalment, o senzillament sentir que s'exerceix algun tipus de control sobre aquesta. Al mateix temps, per a algunes persones, la medicació és summament important i ha suposat, malgrat possibles efectes secundaris adversos, millores en la seva vida, per aquest motiu no volen plantejar-se fer cap mena de modificació:

### **«Em semblava que prenia molta medicació»**

«En el meu cas, des del 2011, que vaig començar amb el metge amb qui estic ara a la mútua, que fa un parell d'anys que comencem a baixar-la, perquè també li vaig comentar que em semblava que en prenia molta i li semblava que estava bastant estable. Després quan li dic que “mira que he tingut una petita baixada, però després vaig recuperar, eh? Després estic bé i ja està”. “No, no –em diu– aquesta vegada no baixarem res, a la següent”. Llavors, a la següent, quan ja estiguis bé del tot, ja baixem una miqueta. S'assegura molt, va amb molta cura. »

(usuària, dona)

## «A mi és que cap m'ha funcionat»

«És a dir, en el meu historial venen tantes medicacions, a mi és que cap m'ha funcionat. Cap, perquè jo... quan passa un temps... em deixen de fer efecte. O em deixen de fer efecte o em són contra-productents, és a dir... torno a recaure o torno a estar malament. Mai, mai, no han trobat la medicació adequada. He pres de tot, de tot: antipsicòtics, antidepressius, antiepilèptics, anti... anti tot. O sigui és que... Llavors, jo la medicació realment per una temporada dic: "ah, mira... Ara em trobo bé. Què bé estic! Perquè em va bé la medicació". Però arriba un punt en què perds la fe en la medicació, perquè després els canvis de medicació... Perquè, clar, quan recaic o estic malament, m'han de fer canvis de medicació i els canvis són horribles... És a dir, és que són horribles. És que en un canvi de medicació passes una transició aquí... que és que... ningú no sap el que es pateix, la qual cosa pot suposar també la síndrome d'abstinència de la medicació que estàs deixant, el canvi de l'altra; ho pots passar molt malament. Després hi ha medicacions que m'han fet sentir fatal. Que jo potser no havia tingut cap brot i he tingut un brot. És a dir, és que... he pres de tot. I jo, mai no he pres la mateixa medicació. Jo no tinc una pastilla que hagi pres 10 anys seguits, mai. »

(usuària, dona)

## «No la vull prendre, però compleixo»

«La família? Doncs, no ho sé, es pot interessar molt. O es pot desinteressar, no ho sé. La meua família per exemple... està sempre: "que l'haig de prendre, que l'haig de prendre". Jo en... jo l'he deixat i he tingut diverses recaigudes i al final em van haver d'ingressar. I bé, ara la prenc però no vull... és a dir, no la vull prendre. Però ho compleixo. I és per això, perquè em deixen xafat. A part sexualment estic inutilitzat. I bé, gràcies que no tinc parella, que visc sol, però... no ho sé, m'ha afectat... »

(usuari, home)



### «Prou per sentir-me estable»

«Jo al principi estava prenent una medicació molt bèstia que m'anul·lava totalment, després vaig anar tenint canvis de medicació i tal i últimament estava prenent una medicació i jo vaig pensar, mira aniré baixant-me la medicació i ja va arribar un moment que vaig dir: me la trec!, eh, unilateralment, gens consensuat, unilateralment, amb dues pilotes. [riures] eh, ho vaig fer així però em vaig adonar que havia de prendre'm la medicació, em vaig adonar per mi mateix, eh, per mi mateix i per la gent que m'envoltava, la meua companya sobretot, em va dir, "que estàs molt accelerat, no sé què, intenta controlar més i tal" i em vaig adonar que utilitzar la medicació en el meu benefici, no era utilitzar-la com me la mana el psiquiatre, sinó baixar la dosi bastant més, des de la meitat del que em receptava. Prenc la meitat del que tinc prescrit, però em va prou bé com per sentir-me estable i per no sentir-me... la paraula... hòstia no em surt la paraula. Per no sentir-me coaccionat, no? manipulat per la medicació, és a dir, la paraula seria manipulat. Seria, sí, eh... Bé és igual, manipulat està bé, s'entén bé, oi?»

(usuari, home)

### «Em veig capacitat per experimentar»

«... sóc molt experimental i molt... com que em veig capacitat per experimentar, com per poder saltar-me la indicació i fer-ho més ràpid i fer un experiment de dues setmanes, de canvi, com, per exemple, en comptes de prendre'm una pastilla prendre'm la meitat i potser... et diria que quan ho he fet és perquè estava una mica pujat [...]. Jo entenc que per part meua això està mal fet, les coses cal fer-les, doncs bé... si tens un equip darrere de tu, doncs bé, les coses no cal fer-les per lliure. Entenc que si em claven un esbronc tenen tota la raó per fer-ho.»

(usuari, home)

### «Jo no vull tocar-ho»

«... trobar el tractament apropiat, trobar les pastilles, el principi actiu... i bé, encertar amb la dosi costa... a mi m'ha costat molts anys. Jo no vull tocar-ho. De moment no vull tocar-ho per res, prefereixo seguir amb la sequedat de boca, prefereixo seguir amb les tremolors, llavors bé... els efectes secundaris són el preu que cal pagar però bé, ara em val la pena. »

(usuari, home)

### «No vull deixar-los un marró»

«Moltes vegades ho he pensat però si faig alguna cosa que em posa pitjor crec que hipoteco la vida dels meus fills. No vull deixar-los el marró. Si estigués sol, podria fer-ho. »

(usuari, home)

## 7.3. Elements que cal considerar abans de fer canvis en la medicació

### Possibles perills de dur a terme canvis bruscos amb la medicació

L'abandó brusco de la medicació i sense seguiment per part de professionals pot originar complicacions greus i fins i tot hospitalitzacions. Estar acostumat o acostumada a una certa dosi de medicació psiquiàtrica genera dependència i la reducció de dosi s'ha de poder fer de manera progressiva i controlada perquè no afecti nocivament el sistema nerviós central.

## **Qüestions que cal considerar...**

### **Per part de la pròpia persona:**

- Conèixer bé quin és el procés que s'inicia.
- Organitzar-se un pla d'acció: preveure qui serà la persona o les persones que ens ajudaran, preparar la negociació amb el metge o psiquiatre, preveure un calendari d'acció, conèixer els meus drets, conèixer els efectes d'una possible baixada o discontinuació de la medicació, pensar i valorar diferents escenaris, disposar i organitzar un entorn que pugui ser agradable, evitar fonts de possible estrès. És recomanable esperar a disposar dels suports suficients i d'una xarxa prou ben organitzada abans de realitzar cap canvi, ja que, si no és així, els riscos per al nostre benestar poden ser importants.

### **Sobre els medicaments que es prenen:**

- El tipus de medicament que es pren.
- La dosi i el seu efecte.
- La durada de la presa.
- Altres medicaments que s'ingereixen (possibles interaccions o reaccions).
- Altres substàncies (productes naturals, vitamines...).

### **Possibles suports per part de l'entorn:**

- Aclarir la possible ajuda per part de professionals de la salut.
- Concretar l'ajuda que et pot prestar cadascun d'aquests professionals.
- Disposar d'una xarxa de suport: aclarir qui la integra, quin temps poden posar a la disposició de la persona, si hi ha vincles entre aquestes persones, si es poden comunicar entre elles amb facilitat, si disposen d'un espai que pugui resultar còmode per poder estar-s'hi...

- Disposar d'un entorn que reuneixi les característiques necessàries per facilitar el canvi (entorn tranquil, poc estressant...).

### **Desavantatges de fer canvis en la medicació. Possibles riscos**

Com hem plantejat a l'inici, les reduccions de medicació han implicat per a algunes persones la vivència de situacions negatives a causa dels propis riscos que la discontinuació pot implicar:

#### **Risc de recaiguda si es deixa/modifica sense supervisió**

«Bé, si es troba bé i va millorant pot mirar una mica la medicació, jo crec que deixar-la del tot seria un error. Perquè pot tornar a la seva malaltia més profunda, més greu. Clar, si passés molt temps no ho sé, no? Però al principi a curt termini no ho veig bé. Jo he sentit casos que, encara que sigui pel seu compte, han dit: "Jo em trobo bé, ja ho deixo tot". I després han caigut una altra vegada però han caigut de manera terrible. »

(usuari, home)

#### **Temor davant del risc de possible pèrdua de recursos**

«Jo, per exemple, si no tingués dependència del pis d'assistència i visqués sola, intentaria la medicina natural encara que em sortís bé o malament, però tindria llibertat, però com que estic al centre de dia, em fa molta por que em diguin que per no prendre la medicació m'hagin d'ingressar a l'hospital psiquiàtric. A la referent del centre de dia no li explico com em trobo. He anat a dos psiquiatres i he estat tres vegades i no vull anar-hi més, ho vaig passar tan malament que jo callo. Quan em trobo nerviosa pinto mandales. »

(usuària, dona)

## Falta d'informació/ Incertesa

«Jo crec que sí, crec que falta informació. Faltarien més recursos per informar-nos dels perills que pot haver-hi tant per medicar-te tu mateix, perquè et pots tornar addicte a una substància, com de tot el contrari, per deixar una medicació que creus que no és important i posar-te malament. Hi ha persones que he conegut a l'hospital que pensen que no passa res per deixar les pastilles, o que estarien bé sense res perquè prenen poca quantitat. Jo també pensava que arribaria el dia que estaria bé sense prendre res, però ara ja penso que, si no em trobo molt malament, prefereixo prendre-les i mantenir-me estable abans de tornar a recaure. »

(usuari, home)

«No sabem què passarà si deixem la medicació, en realitat ningú no ho sap, no ho sabem mai. Però sí que podem conèixer els possibles riscos. »

(usuari, home)

## 7.4. Negociant amb el nostre o la nostra psiquiatre

«Jo és que sóc molt idealista i molt utòpic, m'agradaria pensar que entre el pacient i el metge hauria de poder parlar-se absolutament de tot, la qual cosa inclou la medicació i la malaltia. »

(usuari, home)

«Amb el temps distingeixes qui està visualitzant una persona i qui està visualitzant un malalt. »

(usuari, home)

## **Preparació de la trobada**

- Pots aprofitar el que has treballat en aquesta Guia. Utilitza si vols la informació recollida aquí i les reflexions que t'hem proposat com un punt de partida.
- Pot ser útil portar per escrit algunes reflexions entorn del perquè es desitja introduir un canvi en la medicació.
- Escriure els efectes beneficiosos, però també els efectes secundaris i perjudicials que té la medicació en nosaltres.
- Pensar prèviament i plantejar-nos quines han estat les millores que hem pogut experimentar i dur a terme en la nostra vida personal i social, en els últims mesos/anys.
- Tenir clars quins són els recursos dels quals es disposa: relacions personals, suports professionals, materials...
- Tenir clars quins són els nostres drets com a pacients o usuaris i usuàries d'un dispositiu sanitari o de salut mental.
- Informar-nos sobre situacions que han experimentat abans altres persones i tenir clares tant les experiències positives com les negatives. Ens serviran com a possible argumentari.

## **Exposar la nostra petició al professional**

- Exposar la proposta de canvi argumentant les raons per voler dur-la a terme.
- Escoltar les respostes i preguntar tot allò que no s'entengui bé.
- Si ens dóna més seguretat, assistir a la trobada acompanyat o acompanyada d'una persona de confiança.
- Demanar al professional que acompanyi aquest procés i que ens pugui ajudar tant a nosaltres com a la nostra xarxa social.

## Què fer en cas de resposta negativa

- És important poder aclarir amb el professional o la professional el perquè d'una possible negativa. És possible que des de la seva experiència conegui casos o tingui informació que nosaltres no tenim.
- Una possible opció és facilitar la trobada d'una o de diverses d'aquestes persones de la teva confiança amb el professional. És possible que això tranquil·litzi i l'ajudi a veure que tens el suport necessari per gestionar un possible canvi de medicació.

## 7.5. Autonomia. gestionant la nostra xarxa de relacions

Pensar a negociar el tractament farmacològic i modificar la medicació pot implicar moments de més o menys malestar, situacions d'alts i baixos tant físics com emocionals que poden requerir un acompanyament especialment delicat i acurat per part dels qui tenim a prop. Per suportar aquests moments és important que puguis haver organitzat una possible xarxa que inclogui persones del teu espai més personal, així com també professionals de la teva confiança als quals recórrer.

Et proposem ara que puguis configurar i organitzar aquesta xarxa entorn de les cures que voldries rebre en cas de necessitat i que puguis pensar en les condicions necessàries perquè es doni aquest **PACTE DE CURES**.

«Acompanyament abans de contenir. En un brot desapareix molta gent però la meua família no. Però sí, normalitzar que em pugui trobar malament. Si van malament les coses, aquesta persona estarà per mi. »

(usuari, home)

## Elaborant el nostre propi PACTE DE CURES

### 1. Punt de partida: pacte amb un mateix o una mateixa

- » Objectiu o objectius que m'he marcat respecte de la medicació i del tractament en general:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Per què vull dur a terme aquest canvi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- » Límits que em plantejo (fins on podria arribar i que no estaria disposat o disposada a fer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 2. Organitzar la meva xarxa de suport

- » És possible que en cas que et trobis malament o necessitis ajuda d'algú, tinguis les teves preferències a l'hora de triar qui és la persona (o persones) a la qual prefereixes avisar o tenir a prop.

Pots recollir aquí el nom d'aquesta persona, així com també el lloc (bé sigui centre sanitari o no) al qual prefereixes dirigir-te i altres dades de contacte importants:

.....  
.....  
.....

- » Et proposem també que puguis recollir algunes informacions importants que podrien permetre organitzar millor aquesta possible xarxa de cures en el cas que la necessitessis.

### Persona o persones integrants de la meva xarxa de suport

Nom i cognoms

.....  
.....

Telèfon de contacte

.....  
.....

Víncle (personal o professional)

.....  
.....

Lloc de trobada

.....  
.....

Nom i cognoms

.....  
.....

Telèfon de contacte

.....  
.....

Vincle (personal o professional)

.....  
.....

Lloc de trobada

.....  
.....

Nom i cognoms

.....  
.....

Telèfon de contacte

.....  
.....

Vincle (personal o professional)

.....  
.....

Lloc de trobada

.....  
.....



Disposen d'un espai que pugui resultar còmode per poder estar, on?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. L'acompanyament dels professionals

» Aclarir la possible ajuda que podries rebre per part de **PROFESSIONALS** de la salut. Pot ser un professional o diversos. Concretar l'ajuda que et pot prestar cadascun d'aquests professionals, si estan situats en algun servei de salut mental específic o no (per exemple, xarxa assistencial privada, xarxa d'activisme/associacionisme, altres...)

Professional 1

.....

.....

.....

Professional 2

.....

.....

.....

Professional 3

.....

.....

.....

#### 4. Disposar d'un espai adequat

- » Disposar d'un ENTORN que reuneixi les característiques necessàries per facilitar el canvi o qualsevol altra modificació en la medicació (entorn tranquil, poc estressant...) serà imprescindible.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 5. Què no fer

- » I amb tot, també és important aclarir...

A QUI NO AVISAR - I QUÈ NO FER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **7.6. Altres possibles maneres d'abordar el patiment**

Si vols disposar de més informació sobre com abordar canvis o modificacions en la medicació et proposem algunes referències:

### **Guia Icarus**

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

Guia l'objectiu principal del qual és informar les persones que estan prenent medicaments psiquiàtrics, sobre les opcions que tenen si decideixen explorar la discontinuació.

[www.theicarusproject.net](http://www.theicarusproject.net)

### **Guia de la GAM (gestió autònoma de la medicació) Canadàa**

Guia personal per a la gestió autònoma de la medicació. Ofereix un procés de reflexió i acció, dirigit a conèixer i comprendre millor la medicació, el seu paper i els seus efectes en tots els aspectes de la seva vida. Ajuda la persona a reconèixer les seves necessitats i a estar més informada respecte de la presa de decisions.

<http://www.rrasmq.com/gam/documentation.php>

### **Guia de la GAM (gestió autònoma de la medicació) el Brasil/Guia do Moderador**

Guia elaborada a partir del treball desenvolupat en la guia canadenca i adaptat a la realitat brasilera. Inclou també una guia per al moderador o conductor de grup.

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

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

Una guia que intenta respondre algunes de les preguntes que el patiment mental pot generar. Està pensada com a eina per a familiars, integrants de la xarxa social i persones amb experiències pròpies, i busca respondre a les necessitats d'una manera col·lectiva, allunyada dels individualismes i posant el focus en recursos com els pactes de cura, els grups de suport mutu o l'acompanyament.

[www.infocop.es › pdf › saldremos-de-esta](http://www.infocop.es/pdf/saldremos-de-esta)

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

Conjunt d'eines pràctiques amb les quals abordar el que en termes clínics s'anomenen deliris, idees obsessives o pensaments intrusius. Obra de Tamasin Knight, autora que ha passat per un procés de sofriment mental i tractament psiquiàtric. En aquest material, l'autora intenta «proporcionar ajuda a l'hora d'afrontar i conviure amb les creences inusuals en comptes de centrar tots els esforços a tractar d'erradicar-les».

<https://www.traficantes.net/libros/m%C3%A1s-all%C3%A1-de-las-creencias>

## Bibliografía

- 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).
- CHOU DHURY, 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.
- ORTIZ LOBO, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Valladolid: Editorial Grupo 5.
- 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) (en prensa). Apuntes para el diálogo en salud mental. *Revista Polis e Psique*.

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>

## Altres fonts d'informació

Guia Icarus

[www.theicarusproject.net](http://www.theicarusproject.net)

<https://theicarusproject.net/resources/publications/>

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

[www.infocop.es](http://www.infocop.es) › pdf › [saldremos-de-esta](#)

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

<http://www.activament.org/wp-content/uploads/2018/11/Manual-per-a-la-Recuperaci%C3%B3-i-lAutogesti%C3%B3-del-Benestar.pdf>

Biblioteca de salut mental del projecte Activa't SMC

<http://activatperlasalutmental.org/recursos/>

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

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/competencia\\_intercultural.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/competencia_intercultural.htm)

## Pàgines web de consulta

Collegi de Farmacèutics de Barcelona

<https://www.farmaceuticonline.com/index.php>

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

<https://www.aemps.gob.es>

## Legislació

«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 vigent».

«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. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

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

[http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/drets\\_i\\_deures/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/drets_i_deures/)

# Documents de consulta elaborats por la societat civil/activisme i/o professionals

Guía de drets de la Federació Veus.

<http://www.activament.org/es/Guía-de-dretsensalutmental/#sthash.vCQdFz3M.dpbs>

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

<https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>

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).

<https://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-Guía-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>

«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.

<https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf>

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

<http://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/>

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).

<https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>

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

<http://asaenec.org/wp-content/uploads/2014/02/Gu%C3%A- Da-de-atencion-a-mujeres-maltratadas-con-trastorno-mental-grave.pdf>

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.



### Annex 1. Glossari: alguns termes que cal definir

#### **Apatia:**

En psicologia, el terme té un significat negatiu i es refereix a la indifèrència afectiva per situacions que normalment suscitaven interès o emoció (Galimberti, 2002). L'apatia es pot presentar en els trastorns depressius, en els trastorns psicòtics i «pot manifestar-se també en subjectes que viuen per llarg temps situacions rutinàries o frustrants, en persones que han viscut recentment un fort estat d'ansietat o d'excitació, o una forta crisi afectiva, i finalment en els qui pateixen prolongades permanències en hospitals, manicomis, presons o altres tipus d'institucions que redueixen l'intercanvi amb el món exterior» (Galimberti, 2002: 99).

#### **Atípics:**

En els anys 90 es va introduir una nova generació de fàrmacs antipsicòtics, que a vegades es denominen «atípics». Aquests van seguir la clozapina, l'antipsicòtic atípic arquetípic, que va ser reintroduït el 1990, després d'haver estat abandonat en la dècada de 1970 quan es va fer evident el seu potencial per causar trastorns sanguinis potencialment mortals. L'èxit de la clozapina per a les persones que es considerava que tenien «esquizofrènia resistent al tractament», juntament amb els problemes que es van fer evidents amb els fàrmacs més antics, particularment l'afecció neurològica induïda pel fàrmac coneguda com discinèsia tardana, va encoratjar els intents de desenvolupar altres fàrmacs similars a la clozapina per a l'esquizofrènia i la psicosi. La risperidona, també coneguda per la seva marca Risperdal, va ser degudament autoritzada i llançada el 1994, i l'olanzapina, o Zyprexa, el 1996. La quetiapina, comercialitzada sota el nom de Seroquel, va ser aprovada pel

Departament d'Aliments i Medicaments dels Estats Units el 1994 i al Regne Unit el 1997» (Moncrieff, 2013:5).

### **Contraindicació:**

Un procediment o tractament generalment acceptat està contraindicat quan hi ha un aspecte especial de la condició del pacient que prediu un perill o fa segur un resultat desfavorable. Es considera (en la literatura de prescripció) un advertiment més fort que la «precaució» (o la precaució especial), on el medicament pot ser utilitzat amb «cura especial», per exemple, un monitoratge més pròxim que l'habitual, una dosi més baixa que l'habitual (Laurance i Carpenter, 1998).

### **Efecte advers:**

Un efecte nociu o significativament desagradable causat per un fàrmac a dosis destinades a un efecte terapèutic (o profilàctic o diagnòstic) que justifica la reducció de la dosi o la retirada del fàrmac i/o prediu el perill d'una futura administració (Laurance i Carpenter, 1998).

### **Efectes secundaris:**

Els efectes d'un medicament que no siguin aquells pels quals normalment es classifica la droga. Els efectes poden ser menors o adversos. Veure efecte advers (Laurance i Carpenter, 1998).

### **Efecte terapèutic:**

L'efecte d'un medicament que produeix resultats beneficiosos o desitjats.

**Retraïment afectiu (també aplanament afectiu):**

«Trastorn de l'afectivitat caracteritzat per un empobriment general de la reactivitat emotiva, que mai no resulta adequada a l'estímul. El subjecte amb una afectivitat aplanada és descrit generalment com a monòton, emotivament apagat, privat de vivacitat, insensible i fred. Qui sofreix d'aplanament es lamenta que la realitat li sembla estranya i que, per consegüent, les seves respostes li resulten forçades, falses i inautèntiques» (Galimberti, 2002: 100).

**Genèrics:**

Quan una patent (monopoli d'un inventor) sobre un producte o formulació patentats expira (després de 16-20 anys en molts països), qualsevol pot fabricar i vendre el producte en competència amb l'inventor, com un medicament genèric (Laurance i Carpenter, 1998).

**Indicació:**

Objectiu per al qual es prescriu un medicament.

**Inhibidor:**

Substància que alenteix o suprimeix completament una reacció química o psicològica.

**Interaccions:**

Relació o influència recíproca que es pot donar entre dos o més medicaments. L'administració simultània de dos o més fàrmacs pot produir que interaccionin entre ells. La interacció pot resultar en la potenciació o l'antagonisme d'un fàrmac per un altre, o de vegades, algun altre efecte.

**Posologia:**

Dosi determinada en la qual ha d'administrar-se un medicament.

**Principi actiu:**

Molècula que es troba en la composició d'un medicament i que li confereix les seves propietats terapèutiques.

## Annex 2. Abreviatures i sigles

**EFG:** efervescent.

**CAD:** caducitat (data de).

**CSMA:** Centre de Salut Mental d'Adults.

**CSMIJ:** Centre de Salut Mental Infanto Juvenil.

**CIE-10:** Classificació internacional de malalties, 10a edició (en anglès, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health*, abreujat ICD), està editat per l'Organització Mundial de la Salut.

**DSM-IV:** Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (en anglès, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreujat DSM), està editat per l'Associació Americana de Psiquiatria (en anglès, American Psychiatric Association (APA)).

**PSI:** Programa de Seguiment Individualitzat (abreujat Programa PSI).

## Annex 3. Llista de medicaments psiquiàtrics

Ordre alfabètic per nom genèric del medicament

Nom genèric	Nom comercial	Tipus de medicament
Àcid valproïc/ Valproat sòdic	<i>Depakine;</i> <i>Depakine Crono</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Agomelatina	<i>Aglonex; Thymanax;</i> <i>Valdoxan</i>	Antidepressiu, agonista de la melatonina
Alprazolam	<i>Trankimazin,</i> <i>Trankimazin Ret</i>	Benzodiazepina
Amitriptilina	<i>Deprelío; Tryptizol</i>	Antidepressiu tricíclic
Amisulprida	<i>Aracalm; Solian</i>	Neurolèptic atípic
Aripiprazol	<i>Abilify; Adexyl;</i> <i>Apaloz; Tractiva;</i> <i>Zykalar,...</i>	Neurolèptic atípic
Aripiprazol	<i>Abilify Maintena</i>	Neurolèptic atípic, en injecció mensual
Asenapina	<i>Sycrest</i>	Neurolèptic atípic
Atomoxetina	<i>Dezaprez; Stratera</i>	Inhibidor selectiu de la recaptació de noradrenalina, utilitzat en el TDAH
Biperidè	<i>Akineton; Akineton</i> <i>Retard</i>	Antiparkinsonià anticolinèrgic
Bromazepam	<i>Lexatin</i>	Benzodiazepina
Bupropion	<i>Elontril, Zyntabac</i>	Antidepressiu
Carbamazepina	<i>Tegretol</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Clordiazepòxid	<i>Huberplex</i>	Benzodiazepina
Clorpromazina	<i>Largactil</i>	Primer neurolèptic inventat

Nom genèric	Nom comercial	Tipus de medicament
Citalopram	<i>Citalvir; Prisdal; Seregra; Seropram</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Clomipramina	<i>Anafranil</i>	Antidepressiu tricíclic
Clorazepato	<i>Tranxilium</i>	Benzodiazepina
Clozapina	<i>Leponex; Nemea</i>	Primer neuroleptic atípic
Desvenlafaxina	<i>Enzude; Pristiq</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina i de la noradrenalina (ISRSN)
Diazepam	<i>Valium</i>	Benzodiazepina
Duloxetina	<i>Dulotex</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina i de la noradrenalina (ISRSN)
Escitalopram	<i>Cipralext; Esertia; Heipram</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Fluoxetina	<i>Adofen; Prozac; Reneuron</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Flufenazina, Decanoato	<i>Modecate</i>	Neuroleptic de primera generació, injectable
Flurazepam	<i>Dormodor</i>	Benzodiazepina
Fluvoxamina	<i>Dumirox</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Gabapentina	<i>Gabatur; Neurontin</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Haloperidol	<i>Haloperidol</i>	Neuroleptic de primera generació

Nom genèric	Nom comercial	Tipus de medicament
Imipramina	<i>Tofranil</i>	Antidepressiu tricíclic
Lamotrigina	<i>Crisomet; Labileno; Lamictal</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Levomepromazina	<i>Sinogan</i>	Neurolèptic de primera generació
Litio, carbonato	<i>Plenur</i>	Estabilitzador de l'ànim
Lorazepam	<i>Donix; Orfidal; Placinoral</i>	Benzodiazepina
Lormetazepam	<i>Aldosomnil; Loramed; Noctamid</i>	Benzodiazepina
Metilfenidato	<i>Concerta; Doprilten; Equasym; Medicebran; Medikinet; Rubifen</i>	Psicoestimulant
Mirtazapina	<i>Afloyan; Rexer</i>	Antidepressiu atípic
Modafinilo	<i>Modiodal</i>	Psicoestimulant
Nortriptilina	<i>Norfenzin; Paxtibi; Tropargal</i>	Antidepressiu tricíclic
Olanzapina	<i>Zyprexa, Zolafren, Zyprexa Zypadhera...</i>	Neurolèptic atípic (Zypadhera és la formulació de llarga durada d'ús hospitalari)
Oxcarbazepina	<i>Trileptal</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Paliperidona, Palmitato	<i>Invega; Trevicta; Xeplion</i>	Neurolèptic atípic, injectable
Paroxetina	<i>Daparox; Frosinor; Motivan; Seroxat</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Perfenazina	<i>Decentan</i>	Neurolèptic atípic



Nom genèric	Nom comercial	Tipus de medicament
Pimozida	<i>Orap</i>	Neurolèptic de primera generació
Pregabalina	<i>Aciryf; Frida; Gatica; Lyrica; Pramep; Premax</i>	Anticonvulsivant
Prociclidina	<i>Kemadren</i>	Antiparkinsonià anticolinèrgic
Propranolol	<i>Sumial</i>	Antihipertensiu, betabloquejador, prescrit per a l'acatisia i tremolor.
Quetiapina	<i>Atrolak Prolong; Ilufren; Psicotric; Qudix; Quentiax; Rocoz; Seroquel; Seroquel Prolong; Yadina</i>	Neurolèptic atípic
Risperidona	<i>Arketin; Calmapride; Diaforin; Risperdal, Rispemylan flas</i>	Neurolèptic atípic
Risperidona	<i>Risperdal Consta</i>	Neurolèptic atípic, injectable
Sertindol	<i>Serdoctel</i>	Neurolèptic atípic
Sertralina	<i>Altisben; Aremis; Aserin; Besitran</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina (ISRS)
Topiramato	<i>Acomicil; Fagodol; Roklisan; Topamax; Topibrain</i>	Anticonvulsivant i estabilitzador de l'ànim
Trazodona	<i>Depraser; Deprax; Suxatrin</i>	Antidepressiu heterocíclic
Triazolam	<i>Halcion</i>	Benzodiazepina

Nom genèric	Nom comercial	Tipus de medicament
Trihexifenidilo	<i>Artane</i>	Antiparkinsonià anticolinèrgic
Venlafaxina	<i>Arafaxina; Dislaven; Dobupal; Levest; Vandral; Venlamylan; Venlapine; Zarelis</i>	Antidepressiu inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina i de la noradrenalina (ISRSN)
Ziprasidona	<i>Zeldox; Zypsilan</i>	Neurolèptic atípic
Zopiclona	<i>Datolan; Limovan; Siaten; Zopicalma</i>	Hipnòtic
Zuclopentixol, Decanoato	<i>Clopixol depot; Clopixol Acuphase</i>	Neurolèptic de primera generació, (Depot- injectable d'efecte perllongat; Acuphase- injectable d'efecte ràpid)





recerCaixa

**UOC** Universitat Oberta  
de Catalunya

 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI