

# CAIXA D'EINES DE DRETS

per a professionals  
de la salut mental



**VEUS**  
Federació Catalana d'Entitats  
De Salut Mental en la Persona

**GRIP** |





## Elaboració

Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus

## Entitats acadèmiques participants

Universidad de Barcelona  
Universidad de Girona  
Universidad Yale

## Autoria

Francisco José Eiroá Orosa  
Cristina Pradillo Caimari

## Assessorament jurídic

Maria Àngels Porxas Roig

## Revisió

Cecília Rebeca Sánchez Moscona  
Elvira Rodríguez Calderón

## Finançament

Ajuntament de Barcelona  
Comissió Europea  
Diputació de Barcelona  
Fundació Víctor Grífols i Lucas  
Ministeri de Ciència i Innovació  
Obertament



Ajuntament  
de Barcelona



Diputació  
Barcelona

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS



## Cita

Eiroa-Orosa, F.J.; Pradillo Caimari, C. (2022). *Caixa d'eines de drets per a professionals de la salut mental*. Barcelona: Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus

# TAULA DE CONTINGUTS

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

Garantir els drets: el paper professional

Una tasca compartida

4  
5  
6

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

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

1.1. Altres discriminacions

1.2. Els mitjans de comunicació i l'estigma

10  
12  
13

### 2. Rebre informació comprensible (Arts. 9 i 21 CDPD)

2.1. El diagnòstic, les possibles causes i les possibilitats de recuperació.

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

2.3. Ingressos involuntaris

2.4. Els nostres drets

14  
17  
19  
21  
22

### 3. Expressar-nos lliurement (Art. 21 CDPD)

3.1. El paternalisme en la pràctica clínica

3.2. Avaluació de la praxis professional

3.3. Grups d'ajuda Mutua (GAM)

24  
27  
28  
28

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

4.1. Tractament farmacològic i alternatives

4.2. La planificació de Voluntats Anticipades (PDA) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA)

4.3. El problema de la capacitat i la incapacitació

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

30  
34  
36  
38  
42

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

5.1. La (in)ofensiva vulneració de la confidencialitat

5.2. Què posem als informes?

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

5.4. Dubtes de la persona sobre què ha de dir del seu diagnòstic

44  
47  
49  
49  
50

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

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

6.2. La teràpia electro-convulsiva (TEC) aplicada sense consentiment informat

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

52  
56  
57  
59

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

7.1. Les pensions, les ajudes i la feina

7.2. L'habitatge

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

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

62  
65  
67  
68  
69

### 8. Rebre educació (Art. 24 CDPD)

70

### Agraïments

73

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

Aquesta guia pretén ser un instrument de consulta sobre algunes de les eines que teniu els i les professionals<sup>1</sup> a l'hora de garantir els drets de les persones amb un diagnòstic de salut mental<sup>2</sup>. Per a la seva elaboració, des del Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus – Entitats Catalanes de Salut Mental en Primera Persona –hem realitzat una recerca qualitativa que ha inclòs 11 grups de discussió amb professionals de diferents dispositius d'atenció a la salut mental del nostre territori. Paral·lelament, hem fet una recerca d'instruments que poden contribuir a garantir l'exercici dels drets de les persones usuàries de serveis de salut mental. Així, el document que teniu a les vostres mans consisteix en un recull breu sobre els resultats de l'anàlisi dels grups i les troballes de la recerca. El document s'adreça a tots els i les professionals de la salut mental interessats en garantir els drets durant la pràctica professional.

El marc legal en què s'inscriu aquest treball és la "Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat" (CDPD a continuació), aprovada el 2006 per les Nacions Unides, i part de l'ordenament jurídic espanyol des del 2008.

---

1. Al llarg de la guia intentarà utilitzar llenguatge inclusiu, però de vegades s'utilitzarà el masculí genèric per facilitar la lectura. No obstant, som conscients que moltes de les persones que ens dediquem professionalment a la salut mental i moltes de les persones usuàries dels serveis no ens identifiquem amb aquest gènere.

2. Per tal d'agilitar la lectura, quan s'utilitzi "diagnòstic" o "diagnosticada" al llarg de la guia ens estarem referint exclusivament a l'àmbit de la salut mental.

*“Perquè al final un ciutadà és algú que pot sumar la seva opinió a les decisions col·lectives, més enllà de les individuals, que també són importants”.<sup>3</sup>*

## Garantir els drets: el paper professional

Garantir els drets de les persones amb experiència de patiment emocional no és una tasca exclusiva dels i les professionals de la salut mental, no obstant, el vostre paper és essencial. Els i les professionals esteu en contacte amb les persones diagnosticades i en molts casos s'estableix una relació propera i de confiança. Basar l'assistència en els drets de les persones usuàries suposa un canvi de paradigma en la manera d'entendre l'atenció.

*“Hi ha una part relacionada amb la societat, però també té a veure amb els i les professionals. Molts dels i les professionals estan avançant, però molts altres encara no.”*

Tenir un diagnòstic de salut mental comporta un estigma social<sup>4</sup>. Es tendeix a pensar que les persones afectades per malestar psíquic tenen dificultats per fer-se càrrec de la seva vida i això dona peu a rebuig i discriminació, però també a actituds paternalistes. Així doncs, els i les professionals us trobeu en una posició complicada ja que hi ha, d'una banda, una demanda social emmarcada en un context complex i, d'altra, la persona diagnosticada amb les seves necessitats i aspiracions.

---

3. Les cites literals del document estan extretes dels grups focals realitzats amb professionals de la salut mental esmentats. Les úniques modificacions que s'han fet han estat per fer-les intel·ligibles fora del cos discursiu complet. Per assegurar la confidencialitat no s'hi inclouen dades personals.

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

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

*“Jo volia ressaltar una cosa que em sembla molt important que és l'actitud amb què ens posem davant de l'altre”.*

Per tal de poder dur a terme aquest canvi de posició és necessari dotar-se de noves eines. Des de diferents moviments de persones usuàries i professionals s'han proposat els conceptes de Recuperació i Ciutadania per tal de centrar el procés terapèutic en fortaleses i el desenvolupament d'un projecte de vida. Així doncs, els paradigmes basats en la Recuperació i la Ciutadania ens permetran generar alternatives i poder centrar el model assistencial en les persones i els seus drets, així com acompanyar-les en el procés segons els seus valors, preferències i possibilitats.

### **Una tasca compartida**

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

Per això considerem essencial generar aliances i reclamar a les institucions públiques que ofereixin informació sobre els marcs legals que emparen els nostres drets. També és essencial que els espais en els quals es porta a terme la pràctica clínica siguin els adients per afavorir els drets de les persones ateses i disposin dels recursos necessaris.

*“Sense recursos les respostes sempre són més deficients. Segurament sovint utilitzem fàrmacs perquè no hi ha res més a oferir.”*

En una línia similar, hem pogut detectar que els i les professionals reivindiquen espais reflexius on poder compartir allò relatiu a la pràctica clínica. Des de la Federació Veus recolzem aquestes reivindicacions i us animem a tirar endavant amb elles.

*“Hi havia un temps que es podien fer supervisions en equips, que és com una eina perquè també els i les professionals puguin cuidar-se i reflexionar sobre el que fan i com ho fan.”*

*“En general falten espais d’higiene mental pels i les professionals. A mi m’ajudaria bastant. Jo crec que aquests espais no estan inclosos amb l’equip amb qui treballes. Parlem molt de com tractem al pacient, però no de com ens tractem nosaltres mateixos.”*







REBRE UN  
TRACTE IGUALITARI I  
NO DISCRIMINATORI

(Arts.3, 5 i 6 CDPD)

---

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

*Totes les persones tenim dret a rebre un tracte igualitari i no discriminatori.*

*Obertament*<sup>5</sup> ha realitzat una sèrie d'informes en els quals s'evidencia el tipus de creences estigmatitzants que operen en el discurs i la pràctica clínica. És essencial ser conscient de quins prejudicis estan vinculats a les categories psiquiàtriques per poder fer-los explícits i eliminar-los o reduir el seu efecte en la praxis professional.

Així doncs, un primer pas per assolir un model centrat en els drets de la persona atesa és ser conscient que, tot i ser professionals de la salut mental, no esteu lliures de prejudicis.

*"També som ciutadans, estem condicionats al que és l'estigma social. També tenim interioritzat l'estigma cap als pacients."*

Com a professionals és important que reflexioneu sobre la pròpia posició i sobre quines pràctiques contribueixen a reproduir i mantenir la discriminació cap a les persones amb diagnòstics.

En la mateixa línia, les persones diagnosticades, com a membres d'aquesta societat, també estem condicionades pels prejudicis. Això és el que s'anomena autoestigma. Per aquest motiu, és important que els i les professionals ens

---

5. Obertament (2016) *L'estigma i la discriminació a la atenció a la salut*. Consultable a: <http://www.spora.ws/wp-content/uploads/2017/03/2016.-Cat.-Estigma-a-Catalunya.pdf>

acompanyeu en el procés de deslliurar-nos de les creences estigmatitzants que hem assumit en relació al nostre diagnòstic.

Finalment, és important ser conscients que el model assistencial actual es troba molt marcat per una cultura paternalista. Això afavoreix que s'estableixi una relació de poder en què el professional és qui decideix diferents qüestions de la vida de la persona<sup>6</sup>.

*“Es decideixen coses com si es pot treballar o no; però és que a més decidim si pot tenir habitatge, on viurà, on treballarà si treballa, si ha de relacionar-se o tenir parella, o inclús coses pitjors. Als resultats d'Obertament del 2016 el 20% opina que no han de tenir fill; és a dir, decidim sobre aquest tipus de coses també.”*

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

*“Reconèixer a l'altre és escoltar la seva opinió i integrar-la. Jo crec que no ho fem gaire quan es tracta d'una persona amb un problema de salut mental.”*

---

6. Veure l'apartat *“Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament”*

## 1.1. Altres discriminacions.

La discriminació no es dona únicament pel fet de tenir un diagnòstic de trastorn mental. Hi ha altres característiques que afavoreixen que apareguin prejudicis sobre la persona: el gènere, la nacionalitat, l'estatus econòmic... Per tal d'intentar minimitzar aquests prejudicis s'ha de ser conscient dels mateixos.

*"Als serveis públics atensem les persones més vulnerables. Les que tenen més recursos poden buscar altres alternatives i allà l'atenció pot variar, en el sentit de tenir més present a la persona. Les que veig més vulnerables, al menys des de la meva experiència, són les que tenen menys recursos."*

Un altre aspecte important és el gènere. Les dones amb un diagnòstic de salut mental comptem amb una pitjor perspectiva d'accés a una feina remunerada i disposem de menys eines i/o recursos per ocupar un paper actiu que ens permeti prendre el control de les nostres vides. Això es deu, en part, a l'educació rebuda i a l'assumpció dels rols de gènere dominants en la nostra cultura. Per tant, és important que la pràctica clínica sigui sensible a les perspectives de gènere. També ens trobem que hi ha una manca de recursos de suport per a exercir la maternitat.

*"Respecte a les dones que tenen algun problema de salut mental important està tot el tema de presa de decisions respecte a la seva salut sexual i reproductiva, la maternitat... Allà hi ha un tema a millorar, perquè són qüestions delicades i amb implicacions ètiques. Però sí que és cert que moltes vegades decidim per elles o no els hi donem la informació."*

Com a eines, hi ha una sèrie de guies sobre com aplicar la perspectiva de gènere a la pràctica clínica:

- *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género.*

Consultable a: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

- *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en Fedeaefes.*

Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudio-mujer-discriminacion-FEDEAFES.pdf>

## 1.2. Els mitjans de comunicació i l'estigma.

Els mitjans de comunicació emeten missatges sobre la salut mental carregats de prejudicis. Aquests creen opinió pública i generen representacions socials sobre allò del que parlen. Per tant, és molt important denunciar els missatges discriminants que s'emeten. A la web d'Obertament<sup>7</sup> es poden denunciar aquells missatges que tenen un contingut estigmatitzant cap a la salut mental.

A més, el diagnòstic de trastorn mental s'acostuma a utilitzar per explicar les conductes socialment indesitjables. Això provoca que els membres de la societat evitin cercar explicacions complexes que comprometin mecanismes socials afavorint aquestes conductes i, alhora, genera prejudicis i discriminació cap a les persones diagnosticades. Així doncs, la utilització del diagnòstic de salut mental com a explicació davant d'una conducta indesitjable té una funció de protecció de la societat, alhora que legitima que es despleguin mecanismes de control sobre les persones que patim.

---

7. Es poden tramitar les denúncies a: <https://obertament.org/ca/alerta-estigma>



# REBRE INFORMACIÓ COMPENSIBLE

(Arts.9 i 21 CDPD)

---

## 2. Rebre informació comprensible

[Arts. 9 i 21 CDPD]

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

No sempre rebem tota la informació sobre el nostre diagnòstic. Això sovint està relacionat amb la manca de temps durant les consultes. No obstant, els i les professionals heu de tenir present que el model assistencial tradicional assumeix que la persona diagnosticada és un agent passiu i, per tant, en ocasions obvieu que cal oferir-nos les eines perquè ens transformem en subjectes actius del nostre procés de recuperació.

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

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

*“Ens sembla que hem de poder arribar a controlar tota la vida de la persona, no només el tractament, sinó que a vegades ens fa por arriscar depenent de quines decisions pugui prendre la persona.”*



Cal tenir present que la informació sobre la nostra salut, pel que fa al diagnòstic, al tractament, als efectes secundaris, així com a les alternatives al tractament, és un dret de la persona. No poden ser les pors del professional les que invalidin l'exercici dels nostres drets. A més, el fet que com a professionals compartiu la informació amb nosaltres, ens ajuda a confiar i ens dona eines per entendre'ns.

## 2.1. El diagnòstic, les possibles causes i les possibilitats de recuperació.

En els centres de salut mental es dóna poca informació sobre d'on venen i què volen dir exactament les categories que apareixen al diagnòstic. Això provoca que la persona assumeixi totes les creences socials i culturals que s'associen a la categoria, afavorint així l'aparició d'autoestigma. Per evitar-ho és necessari posar damunt la taula què vol dir exactament el diagnòstic en cada cas, així com les incerteses que aquest comporta. Les explicacions basades exclusivament en factors biològics moltes vegades són mal enteses com a "cròniques" i per tant "de per vida", dificultant la nostra recuperació i la possibilitat de donar significat al nostre patiment.

D'una banda, els i les professionals sabeu que els determinants socials es relacionen fortament amb el decurs del trastorn. Explicitar aquesta informació ens ajuda a anar més enllà de les idees prèvies que poguéssim tenir sobre un diagnòstic.

*“He treballat en dos llocs diferents de Barcelona i la diferència social condiona moltíssim. Crec que la xarxa aquí [zona més benestant] s'utilitza millor, allà s'abandona més sovint el tractament, no hi ha seguiment. I això influeix moltíssim en les recaigudes, la percepció del problema, la falta de suport, l'abandonament del tractament, en la consciència de malaltia,... I és un bucle: cada vegada l'ingrés és pitjor i arriba un moment que han d'acabar ingressats de per vida.”*

D'altra banda, quan els i les professionals considereu que l'usuari no té “consciència de malaltia”, no sols assumiu que és un problema personal, sinó que s'infravaloren les dificultats que comporta acceptar el diagnòstic degut a les connotacions associades. Per tant, pensem que la vostra tasca s'ha d'enfocar en acompanyar-nos en el nostre sofriment i oferir-nos recursos explicatius amb els quals puguem significar-lo.

Les persones tenim dret a no acceptar el diagnòstic i a posar-hi objeccions. Els i les professionals heu de poder reflexionar sobre les implicacions que té el diagnòstic a les nostres vides. Així doncs, heu de poder oferir-nos informació comprensible que ens permeti relacionar-nos amb el nostre patiment de la manera que decidim.

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

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

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

## 2.2. Alternatives de tractament existents, efectes i recursos de suport comunitaris.

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

*“Ser conscient del risc que comporta i saber què fer si alguna cosa passa; jo crec que això forma part de la responsabilitat i del dret a la informació de la persona.”*

*“També és el dret a tenir informació fidedigna: quins són els efectes positius i quins poden ser els efectes secundaris d'un tractament sobre la salut física. Tot el tema de l'augment de pes, l'augment de l'angoixa o de les possibles problemàtiques dentals, entre altres.”*

*“Amb una medicació que atenua els símptomes que desestabilitzen, jo crec que si expliques les conseqüències i els efectes adversos, l'adherència al tractament és millor.”*

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

*"Amb el tema de la informació, ara s'ha integrat el consentiment informat. Abans això no es feia. A la gent li posaves el liti i no li explicaves de què anava. Són tractaments que, a veure, són eficaços, però la persona ha d'estar informada dels riscos que comporta i acceptar-ho i sinó, doncs no els hi pots donar i punt. I ara sí que ho fem sistemàticament, informem a la persona. També expliquem els avantatges que té, que en són molts. Però de vegades costa una mica que la persona pugui acceptar el tractament, però bé, és el seu dret i punt."*

A més, els i les professionals ens heu de facilitar les alternatives de tractament no farmacològiques. Existeixen teràpies psicològiques que ens poden funcionar o recursos comunitaris que poden cobrir les nostres demandes.

Tampoc podeu oblidar que és un dret decidir no seguir cap tractament o canviar-ho. A continuació enllacem una sèrie de recursos que us poden facilitar la tasca:

• *Instrument d'ajuda a la presa de decisions en salut mental: OptionGrid (anglès)*

Consultable a: <https://health.ebsco.com/products/option-grid>

• *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una guía basada en la reducción de daños (castellà).*

Consultable a: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParalmpimir.pdf>

## 2.3. Ingressos involuntaris.

Els ingressos involuntaris són una de les pràctiques clíniques que generen més controvèrsia.

*“La demanda social és que la persona amb trastorn mental greu sigui tractada: que tot i no voler-ho, sigui ingressada. Tot i no voler-ho. O sigui, la demanda social, el que ens demanen les famílies, la societat en general, són les intervencions involuntàries, en contra de l'autonomia quan el pacient té un trastorn mental.”*

Per a la persona pot ser una experiència molt traumàtica, especialment quan s'apliquen mesures de contenció, aïllament o medicació forçosa. Això pot afavorir que responguem de forma agressiva produint que aquesta resposta s'acabi entenent com “irracional” o com un símptoma més del “trastorn”.

*“Evidentment que una situació d'ingrés, si és involuntari, això pot afavorir respostes d'agressió, depèn de com es faci. Si es fan més ingressos i més contenció mecànica és perquè hi ha menys personal? Pot ser una resposta.”*

Per tant, s'ha de tenir present la influència de l'ambient com a modulador de la nostra (i de la vostra) conducta. És important recordar que la persona continua estant allà i que necessita que li doneu informació per tal que pugui respondre segons la seva voluntat. A més, cal escoltar les seves preferències de tracte, ja que ajudarà a reduir la necessitat de mesures extremes millorant així la qualitat de l'atenció. Per poder treballar en aquesta línia, disposeu d'eines com la planificació de decisions anticipades, que s'explicaran més endavant.

*“Si estic en fase aguda i a una unitat d’ingrés, com em vingui algú que em doni mil opcions potser també em costa més. Llavors, si volen saber com m’agradaria que em tractessin, millor que m’ho preguntin en un moment d’estabilitat, no quan acabi d’ingressar a una unitat d’aguts.”*

## 2.4. Els nostres drets.

Les persones amb un diagnòstic podem haver estat sotmeses a diferents situacions de discriminació i haver interioritzat l’estigma social. Això comporta que haguem pogut assumir i naturalitzar la vulneració de drets.

*“Jo crec que s’ha avançat molt, però quan et poses en el dia a dia, veus que la gent amb qui treballes no és conscient que té drets. Llavors qualsevol pregunta tonta que facis sobre una decisió de la seva vida et diuen “tu com ho veus?” o “parlaré amb ma mare a veure que en pensa” o “parlaré amb la meva psiquiatra a veure que pensa ella”. Jo crec que hem de treballar moltíssim aquest tema.”*

*“Crec que a vegades la persona té una història al darrera que l’ha portat a creure que no té drets, o que no té tots els drets que tenim els demés. Jo he hagut de treballar molts cops en aquest sentit.”*

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

- *Guia de drets en salut mental.*

Consultable a: [http://gr1p.cat/wp-content/uploads/Perez\\_Eiroa\\_2017\\_Guia\\_CAT.pdf](http://gr1p.cat/wp-content/uploads/Perez_Eiroa_2017_Guia_CAT.pdf)

- *Activa't per la salut mental.*

(web catalana amb diferents recursos).

Consultable a: <http://activatperlasalutmental.org>

- *Empoderamiento y defensa de derechos: Guía para la autodefensa de los derechos de las personas con discapacidad.* (castellà).

Consultable a: [http://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Folleto\\_Empoderamiento\\_y\\_Defensa\\_de\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Folleto_Empoderamiento_y_Defensa_de_Derechos_Humanos.pdf)

- *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales en España.* (castellà).

Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2016.pdf>

- *Derechos humanos y salud mental en Andalucía.* (castellà).

Consultable a: [http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod\\_label/intro/EASP\\_Informe\\_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf](http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod_label/intro/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf)

- Bhugra, D. (2016). Bill of Rights for Persons with Mental Illness. *International Review of Psychiatry*, 28, 335–335.

Consultable a: <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210580>





# EXPRESSAR-NOS LLIUREMENT

(Art.21 CDPD)

---

## 3. Expressar-nos lliurement (Art. 21 CDPD)

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

En la pràctica clínica les persones amb un diagnòstic no sempre ens sentim còmodes expressant la nostra opinió o el desig d'un canvi. Molts cops tenim por a que els i les professionals interpreteu les nostres queixes o el nostre desacord com un símptoma. Sabeu que aquesta por no és infundada, ja que molts coneixeu casos en els quals les persones hem sigut ingressades o incapacitades pel fet d'expressar disconformitat. Per això, heu de procurar un clima en què puguem sentir-nos còmodes per expressar les nostres preferències.

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

El dret a la lliure expressió és fonamental, ja que és el que ens permet denunciar les pràctiques i les situacions en les quals se'ns discrimina.

Al següent enllaç trobareu una guia que tracta la importància de poder compartir, així com una sèrie de consells per a generar-ne espais adients (*castellà*): <http://www.infocop.es/pdf/saldremos-de-esta.pdf>

### 3.1. El paternalisme en la pràctica clínica.

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

*"Hem passat d'un model molt paternalista, quasi sense cap tipus de dret per a les persones que patien algun problema mental, a un model més social on la persona té dret a opinar, a poder exercir els seus drets i a reclamar-los."*


Això provoca que en la pràctica clínica encara trobem professionals que es senten incòmodes amb les preguntes que realitzem o amb la nostra demanda d'informació. Les persones amb un diagnòstic sovint ens trobem en moments complicats i agraim molt que els i les professionals ens permeteu fer preguntes sobre tot allò que ens preocupa.

*"I si ets dels que et queixes o pregunten doncs ja t'etiqueten: Mira, ja està la pesada aquesta..."*

El fet que els i les professionals ens tracteu des de l'horitzontalitat fa que ens sentim reconeguts, que sentim que podem expressar les nostres queixes i que aquestes siguin escoltades.

## 3.2. Avaluació de la praxis professional.

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



*"Darrere d'un professional ha d'haver-hi unes actituds. El fet de comptar amb uns indicadors d'avaluació seria genial."*

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

- *Making Complaints: A guide for mental health service users (anglès)*

Consultable a: [https://www.hrc.co.nz/files/4814/2396/8217/15\\_Dec-2010\\_11-52-40\\_MakingComplaints.pdf](https://www.hrc.co.nz/files/4814/2396/8217/15_Dec-2010_11-52-40_MakingComplaints.pdf)

## 3.3. Grups d'ajuda mutua (GAM).

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

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

- *Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua. (castellà)*

Consultable a: [https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod\\_label/intro/GUIA\\_MODERADOR\\_GRUPOS\\_AYUDA\\_MUTUA.pdf](https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod_label/intro/GUIA_MODERADOR_GRUPOS_AYUDA_MUTUA.pdf)

- *Guia per a Grups d'Ajuda Mutua de Salut Mental en primera persona..*

Consultable a: [http://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2018/03/guia-1a-persona-21\\_03-1530.pdf](http://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2018/03/guia-1a-persona-21_03-1530.pdf)



DECIDIR SOBRE LES  
NOSTRES VIDES I  
SOBRE EL NOSTRE  
TRACTAMENT

(Arts.3,5,12,14,19,23,25 i 26 CDPD)

---

## 4. Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament

(Arts. 3,5,12,14,19,23,25 i 26 CDPD)

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

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

Malgrat que l'administració de medicació sense cap tipus de consentiment és una pràctica gairebé extinta, excepte durant els ingressos, les persones amb un diagnòstic no sempre decidim sobre el nostre tractament.

*“Ara ningú pensaria que això es podria fer, però fa uns anys, aquesta pràctica de donar medicació sense el consentiment del pacient o dient que eren vitamines, es feia sovint.”*

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



*“Llavors la capacitat és la que a vegades se’ns queda allà, com si la persona l’hagués perdut del tot des del principi i ja no l’hagués tornat a recuperar.”*

*“Jo crec que es tendeix al model anterior, al del paternalisme. El decidir per l’altre perquè ja suposes que la persona és poc competent...”*

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

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

No respectar el dret a decidir suposa reproduir i reforçar la idea que som incapaços de ser autònoms pel fet de tenir un diagnòstic.

*“El tema de la autonomia, està “machacada” pel fet de decidir per l’altre.”*

Som conscients que, en molts casos, els i les professionals que intenteu respectar aquest dret heu de realitzar un esforç personal i enfrontar-vos a crítiques.

*"Si decideixes que no, en contra del sistema, ja ets un activista, un antipsiquiatra. I a nivell professional igual; als professionals que pensem així se'ns posen barreres contínuament..."*

Garantir aquest dret és essencial per al nostre procés de recuperació. Des de la Federació Veus promovem un model basat en la recuperació, entesa com un procés personal i idiosincràtic en el qual la persona és la protagonista. En aquest model, el paper del professional és el de facilitar les condicions i acompanyar a la persona amb les seves decisions, tenint present que la persona prendrà el camí que cregui convenient i no necessàriament el que triaria el professional.

*"Escollir a l'altre i integrar l'opinió de l'altre vol dir acceptar que l'altre també es pot equivocar. És la seva decisió. No t'equivoques tu, s'equivoca ell. Tu pots oferir consell, però al final és la seva elecció i el seu dret."*

#### 4.1. Tractament farmacològic i alternatives.

En relació al tractament, molts professionals presenten reticències a que les persones diagnosticades opinem. No obstant, cal recordar que qui ha de seguir el tractament és la persona diagnosticada i que la medicació pot tenir efectes que en dificultin l'adherència.

*“L’usuari et diu que quan surti no es prendrà la medicació, però hi ha com aquesta desconexió de “mentre estiguis aquí, sí” i després surten i t’adones que fan el que et van dir. No es prenen la medicació i penses que és una cosa que es podria treballar. A vegades no som conscients que després la persona seguirà amb la seva vida i que realment s’han de respectar les seves decisions inclús dins l’hospital.”*

S’ha demostrat que quan s’acorda el tractament i les persones prenem decisions al respecte (independentment de quina sigui aquesta decisió), millora tant l’adherència com la satisfacció personal. Així doncs, com a professionals compromesos amb l’exercici dels drets, ens heu de facilitar la informació pertinent perquè les persones siguem competents per a decidir<sup>8</sup>.

És important recordar que:

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

*“El pacient té dret a escollir el tractament? Hi ha possibilitat d’escollir un tractament o sovint només hi ha la possibilitat d’un tractament farmacològic amb els trastorns mentals severes? Nosaltres intentem que sí i que hi hagi possibilitat de portar a terme abordatges més psicoterapèutics.”*

---

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

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

*“Una alternativa seria conviure amb les veus. I això no es tracta a cap lloc. I el dret a no rebre tractament també és un dret.”*

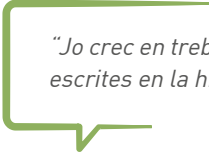
*“Clar, podem donar la informació i acompanyar la decisió que prengui la persona. La persona pot decidir per ella mateixa, sabent que pot comptar amb tu i que hi pot tornar si ho necessita”*

## 4.2. La Planificació de Voluntats Anticipades (PDA) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA).

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

*“Hi ha tot el tema de les voluntats anticipades. Que és un tema que de moment no s'està posant en pràctica, però suposo que anirà agafant força. I això, aquí és important: una cosa són els drets que tingui i una altra com vull ser tractat.”*

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



*“Jo crec en treballar amb coses així i eines com les PDA, ben escrites en la història clínica i que hi quedin reflectides.”*

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

• *Planificación anticipada de decisiones en salud mental: guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental (castellà)*

Consultable a: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM\\_2020\\_0.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf)

• *Guia per a l'aplicació pràctica de la planificació de decisions anticipades.*

Consultable a: [https://salutweb.gencat.cat/web/content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/guia\\_pda\\_definitivav11.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/guia_pda_definitivav11.pdf)

### 4.3. El problema de la capacitat i la incapacitació<sup>9</sup>.

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

*"Hem de recordar-li que en algun moment té la capacitat per poder dir no".*

Per tant, la capacitat de prendre decisions es troba estretament relacionada amb la informació de la qual disposem. Els i les professionals heu d'oferir-nos informació de qualitat per tal de fer-nos competents en les nostres decisions<sup>10</sup>.

9. Els testimoniatges que es presenten a continuació es corresponen amb el període previ a l'aprovació de la llei 8/2021, en vigor des de setembre del mateix any, que posa fi a la incapacitació judicial a Espanya pel que s'elimina la tutela i la pàtria potestat prorrogada o rehabilitada.

10. Veure: "Rebre informació comprensible"

Inclús en les situacions més extremes<sup>11</sup>, si disposem de suports flexibles i adequats, les persones som capaces de decidir. Així doncs, és una tasca professional garantir que es donin les condicions perquè les persones puguem desenvolupar les nostres potencialitats.

A partir de l'aprovació de la llei 08/2021 que reforma la legislació civil i processal per al suport a les persones amb discapacitat, desapareixen del llenguatge jurídic els termes "incapaç" i "incapacitat" en eliminar-se la incapacitació judicial. Aquesta mesura era contrària als postulats de la *Convenció dels Drets de les Persones amb Discapacitat*. No obstant, en nom de la seguretat i la protecció es tractava d'una mesura àmpliament utilitzada en el nostre context i socialment força acceptada.

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

*"Una de les persones que jo atenia tenia una malaltia que li provocava hemorràgies digestives. Aquesta persona, per por, no es volia operar. En lloc de buscar una incapacitació temporal per aquest tema en concret, estava rebent transfusions de sang contínuament. Necessitava l'operació i no tenia les competències per decidir sobre aquest aspecte, però la resta de la seva vida funcionava perfectament. Ja està, simplement tenia por, com podia tenir-ne jo. Es va promoure una incapacitació per part de la família, nosaltres vam fer l'informe i vam recomanar que només es fes una incapacitació parcial i temporal en aquell acte mèdic en concret, que això existeix. Aquesta persona va quedar incapacitada cent per cent."*

---

11. Veure: "Decidir sobre les nostres vides i el nostre tractament: El pla de voluntats anticipades (PDA) i el Document de voluntats anticipades (DVA)"

A més, en qüestions legals, moltes vegades les persones del nostre entorn tenen una manca d'informació o informació inadequada, malgrat que són qui acaben sol·licitant accions com l'antiga incapacitació.

*"Es plantegen la incapacitació del familiar per resoldre el problema que tenen. Ells pensen que es l'única manera que el tractin, que ingressi i estigui ingressat el temps que necessiti. Molts cops el que es busca és això, quan la incapacitació no té aquests objectius. S'ha d'informar què és i quins objectius planteja la incapacitació."*

*"Has d'explicar-ho a la persona i també al familiar perquè pensa que quan l'incapaciti, l'agafarà, el posarà a una residència i se n'oblidarà. Quantes vegades ens hem trobat amb això? I has d'explicar: "No, si ell no vol anar a una residència no hi anirà." "Ah, i llavors per a què em serveix la incapacitació?"*

Tot i que la llei preveu revertir les incapacitacions dictaminades prèviament, recuperant així l'exercici dels drets, aquesta revisió particular de cada un dels casos tindrà una durada estimada de dos a tres anys. El procés d'adaptació a la nova llei requereix canvis considerables a diversos àmbits. Per ara, la persona incapacitada no pot accedir a la justícia de manera autònoma, de manera que cal que intervingui el representant legal assignat. A més, la cultura jurídica del nostre entorn facilita i promou si no ja la incapacitació, les mesures de màxims que la substitueixen.

La curatela, que encara es vigent a l'Estat Espanyol, ja no existeix a Catalunya a partir de l'aprovació del Decret Llei 19/2021 del 31 d'agost. També suposa una modificació de la capacitat d'obrar de la persona, però limitada a certs aspectes de la vida, que decidirà el jutge. En principi, la persona que actua com a curador no pot prendre decisions



per l'altre, sinó que ha de complementar la seva capacitat i ajudar-lo a decidir. A la pràctica, no obstant, i degut a un desconeixement de l'abast exacte d'aquesta figura, el curador s'acaba comportant com un tutor, prenent decisions per la persona afectada i excedint-se així en les seves funcions.

*“Una persona que estava amb una curatela va dir “jo tinc una curatela perquè hi ha alguns aspectes de la meua vida que no sé gestionar, i necessito ajuda, però només en uns aspectes de la meua vida. I la fundació, o la persona que té la meua curatela, no em deixa fer res. No hi ha cap elecció que jo pugui prendre de forma lliure.”*

Com a professionals podeu sol·licitar als òrgans fiscals que intervinguin demanant i accelerant els processos de recapacitació. A més, heu de saber que tant els antics tutors, com els curadors tenen el deure de promoure la recuperació de les capacitats de la persona.

També podeu promoure l'ús de figures concordes amb el nou ordenament jurídic com:

• **L'ASSISTENT PERSONAL:**

figura de confiança que escull i sol·licita la persona davant un jutge per a realitzar una tasca de suport a la presa de decisions, sense la modificació de la seva capacitat d'obrar.

• **LA GUARDA DE FET:**

persona de l'entorn que exerceix les funcions de vetllar i protegir la persona sense necessitat de ser nomenada per un jutge o modificar les capacitats d'obrar de la persona.

*“Jo ara començo a fer servir bastant la figura d'assistència perquè crec que és molt millor. Però fins ara és que no hi havia una alternativa per evitar a una persona endeutar-se, i perdre-ho tot, o regalar-ho. Només tenies la curatela.”*

*“És un esforç de cada professional de formar-se, investigar, i defensar-ho davant els fiscals i jutges. I amb la família, reconec costa molt.”*

Sobretot, us preguem que, com a professionals, us informeu abans de donar informació i consells en relació a aquestes mesures jurídiques. Com bé sabeu, es tracta d'un tema molt complex i amb infinitud d'efectes sobre la nostra vida.

#### **4.4. L'apoderament: eines per aconseguir que la persona sigui realment particip del seu procés.**

L'apoderament és un concepte complex que es podria definir com el procés pel qual un grup desafavorit recupera el poder i la independència per a decidir sobre la seva vida i relacionar-se amb la seva comunitat de la forma que consideri. En el camp de la salut mental els models assistencials que s'han articulats històricament s'han construït al voltant de les idees de malaltia, dèficit o debilitat. Els i les professionals heu de contemplar que, d'una banda, encara som hereus d'un model paternalista, i d'altra, que molts de nosaltres hem “après” a viure desproveïts de drets.

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

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

En els següents enllaços trobareu alguns dels recursos disponibles per a afavorir l'apoderament en el camp de la salut mental:

- *Empoderamiento del usuario de salud mental. (castellà)*

Consultable a: [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)

- *Guía PARTISAM: promoción de la participación y la autonomía en Salud Mental .*

Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/PARTISAM.pdf>



MANTENIR LA  
NOSTRA CONFIDEN-  
CIALITAT I INTIMITAT


(Art.22 CDPD)

---

## 5. Mantenir la nostra confidencialitat i intimitat (Art. 22 CDPD)

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

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



*"Moltes vegades la manera de fer les coses als hospitals incompleix qualsevol normativa de confidencialitat."*

En la pràctica clínica en salut mental és fonamental la confiança. Les persones hem de poder explicar allò que ens passa amb la garantia del secret professional. Aquest és un deure del professional i de l'equip. Afortunadament, la majoria de professionals sou conscients de la importància de la confidencialitat en el transcurs del tractament i les situacions de vulneració es donen només puntualment. Tot i així, heu de poder denunciar la vulneració d'aquest dret.

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

*“La Teràpia Electroconvulsiva (TEC), en els casos que he vist, després de fer-ho d’una forma totalment sense intimitat, sense preparació prèvia, només li donaven una bosseta i els seus slips per la pèrdua d’orina. Sincerament, em costa molt després seguir treballant, en tots els aspectes.”*

## 5.1. La (in)ofensiva vulneració de la confidencialitat.

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

*“El tema de la privacitat, intimitat, confidencialitat ... s’etiqueta sense problema, o sigui, nosaltres diem: “És un esquizofrènic”. Ho seguim fent en general, els i les professionals”*

També són comunes les bromes sobre nosaltres. Sota l’aparença inofensiva de l’humor, es reproduïxen prejudicis socials i es dona informació que afecta a la nostra intimitat. Així, us demanem que eviteu les bromes sobre les persones a qui ateneu.

*“La confidencialitat, sí, ens omplim la boca, estem dient que la respectem, però quantes vegades algun acudit, alguna broma fem entre persones diferents i són persones que estem atenent ...”*

Un altre punt important és la informació que ens sol·liciteu. De vegades ens trobem amb professionals que ens pregunten per aspectes de les nostres vides que no són rellevants per a la praxis clínica i que vulneren el nostre dret a la intimitat.

*"Els diferents professionals tenim accés a un tipus d'informació concreta. Perquè segons la categoria professional hi ha coses que no... que potser no tenim dret a saber."*

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

*"El dret a la privacitat. Estem massa acostumats a ficar-nos a casa seva sense demanar permís."*

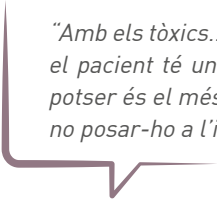
En el cas de les unitats de règim tancat ens trobem amb professionals que estan al corrent de les converses i les relacions que es mantenen entre les persones que estem ingressades, de vegades degut a un excés d'intromissió en la nostra vida.

*"Elles [les infermeres] potser s'assabenten molt més sobre les converses que tenen entre ells."*



## 5.2. Què posem als informes?

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



*“Amb els tòxics... que sempre és una mica...Posar si saps que el pacient té un trastorn per dependència de cànnabis, que potser és el més freqüent. Fins a quin punt convé posar-ho o no posar-ho a l'informe.”*

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

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

Quan una història clínica cau en mans de personal sanitari generalista, sovint es despleguen prejudicis, dificultant que se'ns escolti en la demanda mèdica que fem i fent sobre-atribucions en les quals el diagnòstic sembla ser omniexplicatiu. Això pot derivar en tractes discriminatoris. És molt important que es garanteixi l'ús de la història clínica amb la finalitat amb la qual es va crear, que és la d'oferir una assistència adequada. Tampoc heu d'oblidar que els i les professionals no podeu donar informació a la nostra família si nosaltres no ho autoritzem.

Com a professionals heu de recordar que la història clínica pertany a la persona, de manera que la pot sol·licitar en qualsevol moment. Els proveïdors de serveis de salut mental, tant públics com privats, estan obligats a facilitar una còpia de la història clínica sense cost addicional. Si la institució en la que trebal·leu es nega a lliurar-la, podeu facilitar-nos la direcció de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades<sup>12</sup>. Aquesta entitat, de forma gratuïta, ens ajudarà a aconseguir-la.

Actualment, a Catalunya també disposem d'un espai digital, La Meva Salut<sup>13</sup>, on podem accedir a la nostra història clínica i a altra informació personal.

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

Les persones diagnosticades sabem que podem patir discriminacions en diferents àmbits de la nostra vida: a la feina, amb els amics, amb la parella, a la sanitat, etc. Molt sovint no sabem si hem de parlar o no del nostre diagnòstic i tenim por a que la gent ho descobreixi. Els i les professionals heu de ser conscients de l'estigma social que comporta i ens heu d'acompanyar i recolzar quan decidim explicar-ho, o no, al nostre entorn. A més, ens podeu recordar que no és necessari que explicitem el nostre diagnòstic si no volem, ja que tenim dret a la intimitat i confidencialitat del nostre estat de salut.

---

12. <http://www.agpd.es>

13. <https://lamevasalut.gencat.cat/>

---

6. Gaudir de la nostra llibertat i rebre protecció contra la tortura i altres tractes cruels





GAUDIR DE LA  
NOSTRA LLIBERTAT  
I REBRE PROTECCIÓ  
CONTRA LA TORTURA  
I ALTRES TRACTES  
CRUELS

(Art.14, 15 i 16 CDPD)

---

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

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

Des de les Nacions Unides, s'ha manifestat que alguns dels tractaments que es practiquen responen a lògiques de tortura i maltractament<sup>14</sup>. Això es deu a que s'exerceix violència directa sobre la persona.

*“Encara s'apliquen tractaments que són coercitius en salut mental, com el tractament involuntari. Portar a terme mesures coercitives o restrictives, com són l'aïllament i les contencions, no és respectar els drets humans.”*

Hi ha situacions de crisi on un ingrés ens pot salvar la vida. No obstant, a mig i a llarg termini no té un efecte terapèutic i, a més, el podem viure de forma molt traumàtica. Per tant, us demanem als professionals que seguïu els protocols proposats per la Organització Mundial de la Salut a l'hora de tramitar un ingrés involuntari<sup>15</sup>.

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

15. World Health Organization. *Polícies i practiques per a la salut mental a Europa* (Anglès). [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)

*“Al capdavall és un segrest legal el que fem nosaltres. Sona molt bèstia, però és la veritat. I per ajudar i protegir a la persona en aquell moment és necessari.”*

Tot i que semblin necessaris, existeixen recursos que ens plantegen la possibilitat d'eliminar aquesta pràctica.

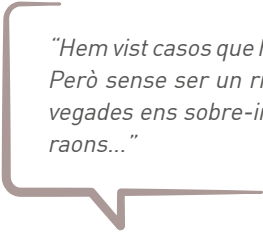
*“A Anglaterra, per exemple, tenen els stayed-houses que són uns pisos on es pot enviar a nois joves uns dies. Nois que a casa no estan bé o no tenen un suport familiar, hi van uns dies. A mi m'encantaria poder fer això.”*

No obstant, aquest canvi de model no es troba únicament en mans dels i les professionals; necessita de l'aliança amb l'administració i que es destini una part del pressupost a generar aquest tipus de recursos. El paper directe del professional pot ser el de pal·liar l'experiència traumàtica que suposa un ingrés involuntari. Abans de portar-ho a terme, s'ha de tenir present que aquest pot ser viscut molt violentament.

*“Una cosa és involuntari i una altra es forçós. Forçós vol dir intervenir més violentament.”*

*“Una persona que ha patit un ingrés involuntari molt traumàtic, on no s'ha fet l'ingrés com havia de ser, després no confia en nosaltres. Llavors, per desgràcia, no es pot treballar.”*

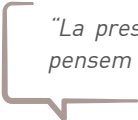
És important assegurar-se que els ingressos no s'allarguin més del necessari. També cal tenir present que el fet d'incomplir les vostres prescripcions, no implica que necessitem un ingrés.



*"Hem vist casos que han estat dos anys bé i que ingressen. Però sense ser un risc per a un mateix, ni pels altres; a vegades ens sobre-impliquem i els ingressem per altres raons..."*

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

Alguns professionals pensen que l'aïllament a aguts és necessari i ha de ser total per ser coherents amb l'espai hospitalari i per respondre a una demanda de seguretat pels i les professionals. No obstant, aquestes creences no estan pas justificades amb l'eficàcia del tractament.



*"La pressió social obliga a que els i les professionals pensem en la nostra seguretat."*

També trobem moltes resistències professionals a deixar d'implementar les contencions mecàniques i respectar les preferències de la persona usuària. A nivell estatal s'ha organitzat una campanya (0contenciones) de denúncia a les contencions que ofereix recursos per a la seva eliminació



- El tractament involuntari, la medicació forçosa i la sobre-medicació: medicar més del necessari o forçadament com a estratègia per sotmetre a la persona.

Una creença professional és que les intervencions involuntàries poden facilitar la relació terapèutica. No obstant, qualsevol intervenció involuntària suposa que s'invalidin els nostres drets, dificultant així el nostre procés de recuperació i minvant la confiança en els i les professionals.

*"A vegades hem de fer intervencions involuntàries amb una persona jove que no té un bon vincle amb cap professional de salut mental. Quan ja existeix un vincle és més difícil fer un involuntari perquè s'acostuma a demanar ajuda. I s'accepta l'ajuda perquè hi ha confiança."*

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

## 6.2. La teràpia electro-convulsiva (TEC) aplicada sense consentiment informat.

*"Jo no conec ningú que rebi TEC i que disposi dels recursos adequats per poder decidir."*

Tal i com apunten alguns professionals, molts cops les persones accedim a rebre aquesta teràpia amb certa

coacció encoberta. Aquest fet ha de ser denunciat pels i les professionals i s'ha d'evitar formar part d'aquestes estratègies de persuasió.

*"Jo no crec que fos una decisió realment... El que passa és que veia que cada vegada que ho rebutjava, després hi havia unes conseqüències: un ingrés involuntari."*

- L'abús de mesures d'incapacitació<sup>16</sup>: El problema que presenten les incapacitacions en el nostre territori és que generalment són permanents, de per vida, impossibilitant el desenvolupament personal.

Amés, quan aquestes no són totals, de vegades les fundacions tutelars o els familiars acaben per exercir mesures màximes.

*"I si tu tens tan sols la part mèdica però aquella persona es descompensa perquè no arriba al final de mes, acabes administrant, informalment, la seva economia. A l'hora d'exercir com entitat tutelar, es fa a màxims perquè sabem que si no es poden trobar amb casos que no es compleixi la part de la curatela."*

---

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

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

A nivell internacional hi ha centres assistencials que han reorganitzat les seves pràctiques terapèutiques prioritzant el respecte dels drets humans i prescindint de l'aplicació de mesures coercitives. Aquestes experiències tenen molts beneficis: les persones usuàries veiem respectada la nostra ciutadania, afavorint així la recuperació i, els i les professionals es troben més còmodes en no haver de portar a terme accions que poden anar en contra de la seva posició ètica. A més, aquest tipus d'atenció redueix la inquietud i l'ansietat de familiars i persones properes, oferint una imatge sense prejudicis dels processos de salut mental.

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

També es tracta d'una reorganització dels recursos i dels centres assistencials prioritzant la minimització i eliminació de pràctiques coercitives. El nou Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya 2017-2019, recull una línia estratègica que té per objectiu garantir els drets de les persones en contextos assistencials. Es preveu, entre altres coses, disminuir l'ús de contencions mecàniques amb l'objectiu de minimitzar-les, tot i que des de la Federació Veus exigim eliminar-les. Per la nostra part considerem que, per disminuir l'ús de mesures

coercitives, és necessari invertir més en recursos humans i equips d'atenció domiciliària per a la intervenció en crisis, i reduir així la despesa derivada dels ingressos involuntaris en unitats d'atenció continuada.

Una transformació d'aquest tipus no serà fàcil, però millorarà el benestar de totes les persones implicades. Per tal que aquest canvi es produeixi, ha d'existir una aliança sòlida entre professionals, familiars, persones usuàries i gestors. Demanem a les entitats proveïdores de salut mental i als equips professionals que es comprometin a reorganitzar l'atenció que ofereixen per tal que garanteixin els nostres drets.

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

• *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.*

Consultable a:  
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

• *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

Consultable a: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>

• *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación.*

Consultable a: <https://consaludmental.org/publicaciones/ManualrecursosOMS/SaludMental.pdf>

---

7. Viure independents, ser inclosos/es a la comunitat i treballar





VIURE  
INDEPENDENTS,  
SER INCLOSOS/ES  
A LA COMUNITAT I  
TREBALLAR

(Art.19 i 27 CDPD)

---

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

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

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

*"Això posa a la gent en una situació de baixa autoestima de per vida. És a dir, sempre ha de dependre dels altres per subsistir."*

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



## 7.1. Les pensions, les ajudes i la feina.

En qüestió de salut mental (i de salut en general) és ben sabut que les desigualtats econòmiques juguen un paper fonamental a l'hora de garantir la recuperació.

*"Les persones més cròniques, que portem atenent més temps; les persones soles, força aïllades, amb pocs recursos econòmics i amb molt temps de tractament, normalment no tenen molta qualitat de vida. No viuen molts anys."*

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

D'altra banda, el sistema de pensions dificulta enormement la nostra reinserció laboral, ja que si acceptem una feina, ens exposem a perdre la pensió i no recuperar-la si tornem a passar per un mal moment. És important remarcar que rebre una pensió no contributiva no ens permet adquirir un habitatge ni autonomia.

*"Drets tan bàsics com el dret a la independència, el dret a treballar, el dret a tenir un habitatge...Són drets que no existeixen. És a dir, d'entrada, et poden donar una pensió no contributiva amb la qual no pots viure, llavors tu no tens dret a l'habitatge."*

Si tenim dret a una pensió, no podem treballar, ni a jornada parcial, sense risc a perdre-la. En el cas dels problemes de salut mental això suposa un risc molt elevat, ja que un empitjorament en la salut pot suposar quedar-se sense res. Per tant, en aquest punt hem de forjar aliances per reivindicar que les institucions modifiquin el sistema de pensions i que aquest respongui a les nostres necessitats.

*"No tens dret a deixar la pensió durant un temps per a treballar i intentar tirar endavant la teva vida. Estàs obligat a acceptar la pensió per sempre o perdre-la i quedar-te sense res."*

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

*"Tenim un pacient crònic amb un trastorn psíquic greu que, quan anava a les entrevistes de certificat, els deia que no, que ell aniria a treballar l'endemà i que volia deixar les ajudes per a algú que les necessités més que ell."*

A més, les exigències del món laboral poden suposar un problema quan tens un diagnòstic de salut mental.

*"I les jornades adequades: o pots treballar vuit hores o no pots treballar"*

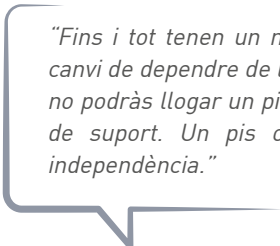
*"Em sentiria còmode si una persona amb trastorn mental fos professor en una escola?" A veure, així en general he posat que no... Potser la resposta seria diferent. Penso que una persona amb trastorn mental pot tenir qualsevol tipus de professió, i conec professionals de l'educació que tenen un trastorn mental greu."*

Com a professionals la vostra tasca és la d'estar al nostre costat i reivindicar conjuntament la necessitat de generar espais de treball en els quals no patim discriminació. D'altra banda, és important que valoreu i reflexioneu sobre les limitacions que ens imposeu degut a l'estigma social. La vostra valoració té repercussions. Els privilegis associats al vostre rol professional us fa responsables de reproduir (o no) els prejudicis socials que hi ha al voltant de la salut mental.

## 7.2. L'habitatge.

Una de les fites que es cerquen en els models de recuperació és la de poder viure de forma independent si ho volem. Per això s'han de donar una sèrie de condicions que passen essencialment per la feina i l'accés a l'habitatge.

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




*"Fins i tot tenen un matís: els donem independència a canvi de dependre de la xarxa. És a dir: "Tu no tens dret, no podràs llogar un pis mai però jo et dono un habitatge de suport. Un pis on tindràs un seguiment, sense independència."*

Tal i com expresseu alguns dels i les professionals, quan sol·licitem un pis tutelat acostuma a ser la fundació tutelar qui s'encarrega de decidir amb qui hem de viure. Per tant, no hi ha la possibilitat de gaudir d'un habitatge que garanteixi la

independència i l'autonomia real. A més, la dificultat d'accés als recursos econòmics, així com l'elevat cost que suposen els mateixos, ens imposen una dependència de la xarxa o la família.

### 7.3. Participar de les activitats de la comunitat i el voluntariat.

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



*“Ara estem en un grup que fem activitats a la comunitat, futbol al pavelló, senderisme i tal. Al centre jove.”*

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

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

Reconèixer el valor de l'experiència pròpia a l'hora d'oferir suport a altres persones suposa un punt clau en el paradigma de la recuperació. Tot i que hi ha molt consens i molta acceptació entre els i les professionals per a la creació de figures "expertes en primera persona", també s'observen reticències a l'hora d'integrar-les a la xarxa assistencial.

*"A mi em sembla bé tenir en compte la possibilitat que les persones que han viscut aquesta experiència puguin prendre part i puguin donar suport a altres. De fet,estic amb tu en que és molt més potent."*

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

- *Implementació de la figura d'agent de suport entre iguals en salut mental:*

<https://www.som360.org/ca/monografic/recuperacio-salut-mental/article/implementacio-figura-dagent-suport-iguals-salut-mental>

- *Curs de formació professional "peer2peer". (castellà/anglès)*

<http://p2p.intras.es/index.php/es/>



# REBRE EDUCACIÓ

(Art.24 CDPD)

---

## 8. Rebre educació (Art. 24 CDPD)

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

És fonamental garantir el dret a l'educació, ja que aquesta permet que les persones puguem desenvolupar les nostres capacitats i tinguem accés al món laboral. Com en els diferents àmbits, en l'educatiu també hi ha molt estigma cap a les persones que tenim un diagnòstic. No obstant, com a societat no podem acceptar que això passi. L'educació ha de ser un espai on puguem desenvolupar les nostres potencialitats i on els i les professionals que us hi dediqueu confieu en nosaltres i ens encoratgeu a aconseguir les nostres fites. Per això, des de la Federació Veus reivindicuem el treball sobre l'estigma en educació i demanem que els i les professionals s'esforcin per superar els seus prejudicis i ens acompanyin en el nostre procés d'aprenentatge i desenvolupament.

*"Els professors diuen:" No, en aquesta escola millor que no, que hi ha un grup de "bullying" que no ho podem controlar, millor que no vingui " És clar, té tot el dret a venir si vol!"*

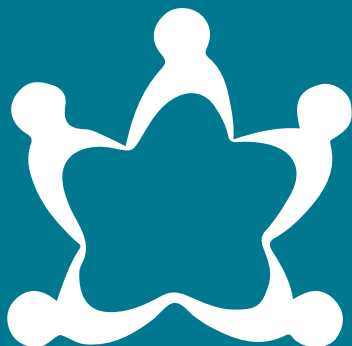


## Agraïments

---

Si ens has llegit fins aquí, volem donar-te les gràcies, tu fas que tot aquest treball tingui sentit. Així mateix agraim la participació de totes les professionals implicades que ho han fet possible, així com a les universitats i institucions que ens han ofert la seva confiança i suport, a més dels recursos que ens sostenen per a continuar avançant en la implementació d'un model d'atenció a la salut mental centrat en la recuperació i els drets de ciutadania.





Yale

Universitat  
de Girona



Licencia Creative Commons



*Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España*