

La situación de la Salud Mental en España

2023





Edición:



Informe elaborado por:



Maquetación gracias a la colaboración de:



Diseño y maquetación:



Grupo motor del Estudio:

- Basilio García Copín
- Elena Briongos Rica
- José Leal Rubio
- Fernando Lamata Cotanda
- Nel Anxelu González Zapico
- Teresa Campos del Palacio

Publicación:

Madrid. Marzo de 2023.

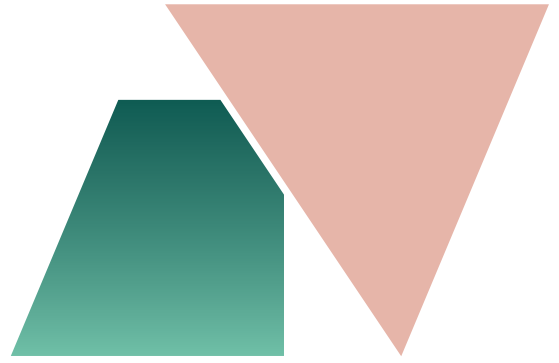
El informe 'La situación de la salud mental en España' es un documento cuyos derechos de autoría pertenecen a la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y a Fundación Mutua Madrileña.



Licencia de contenidos Creative Commons: Reconocimiento – NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales.

Índice

Prólogo de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA	6	3.5 El sistema de salud mental	53
Prólogo de Fundación Mutua Madrileña	7	3.5.1 La puerta de entrada: el Centro de Atención Primaria	54
Presentación	8	3.5.2 El segundo nivel: los Centros o Unidades de salud mental	57
1. OBJETIVOS	10	3.5.3 La Atención en Urgencias y los “ingresos”	60
2. METODOLOGÍA	12	3.5.4 Los Centros y Hospitales de Día, y los Centros de Rehabilitación	62
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS	15	3.5.5 Las figuras de los y las profesionales de Psiquiatría y Psicología	62
3.1 Introducción: caracterización de los grupos	17	3.5.6 El fenómeno de la sobremedicación	64
3.2 El momento actual: situación, estado de ánimo y principales preocupaciones	21	3.5.7 La terapia privada	66
3.2.1 La perspectiva del personal sanitario	22	3.6 El papel de las asociaciones	68
3.2.2 El momento actual para las personas con experiencia propia en problemas de salud mental (PEP)	27	3.7 Necesidades y demandas desde los colectivos consultados	71
3.2.3 La visión de las familias	31	4. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS	74
3.3 La salud mental: significados y actitudes	33	Ficha técnica del estudio cuantitativo y segmentación	76
3.3.1 Asociaciones y significados	33	4.1 Estado de ánimo de la sociedad española y estilos de vida	77
3.3.2 Actitudes hacia la salud mental	36	4.2 Vivencias personales en torno a la salud mental	87
3.3.3 Factores condicionantes	39	4.3 Caracterización de las personas con experiencia propia en salud mental	100
3.4 La experiencia de las personas con problemas de salud mental y sus familias	41	4.4 Caracterización de las personas con un diagnóstico relativo a la salud mental	111
3.4.1 El proceso	41		
3.4.2 La experiencia de las PEP	47		
3.4.3 La experiencia de sus familias	50		



4.5 Percepción social de la salud mental: significados y actitudes	119	5.4 Los colectivos más vulnerables	144
4.6 Percepción de los recursos humanos y materiales disponibles	125	5.4.1 Las personas jóvenes	145
4.7 Los condicionantes socioeconómicos y de hábitos en la salud mental: un análisis avanzado	129	5.4.2 Las mujeres	146
4.8 Anexo cuantitativo	133	5.4.3 Las personas de clase baja y media-baja	147
5. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	135	5.4.4 El colectivo LGTB	147
5.1 La salud mental en España: la importancia del contexto socioeconómico y los hábitos personales	137	5.4.5 Otros colectivos	148
5.2 El estado de salud mental	138	5.5 Recomendaciones	149
5.2.1 Caracterización	138	5.5.1 La importancia de la salud mental: atención a los colectivos más vulnerables	149
5.2.2 Consumo de psicofármacos	139	5.5.2 Visibilización, desestigmatización y combatir la discriminación	149
5.2.3 Asistencia a especialista o servicio de atención a la salud mental	139	5.5.3 Prevención y detección temprana	150
5.2.4 Vulneración de la autonomía y los derechos humanos	141	5.5.4 Diagnóstico, atención y recuperación	151
5.2.5 Necesidades y demandas con relación a la salud mental desde la perspectiva de la población general	141	5.5.5 Medidas sociales, laborales y de integración	154
5.3 La relación entre salud mental y bienestar	142	6. ANEXO: CUESTIONARIO	155
5.3.1 Análisis comparado de la población con experiencia propia en salud mental	142		
5.3.2 Estigma y discriminación por razón de salud mental	143		

Prólogo de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Desde SALUD MENTAL ESPAÑA, pensamos que hacerse preguntas es algo esencial porque nos permite llegar a respuestas que pueden sentar las bases para transformar la sociedad.

Cuando nos planteamos desarrollar, junto con la Fundación Mutua Madrileña, el estudio *‘La situación de la salud mental en España’*, teníamos muchas más preguntas que respuestas. ¿Cuál es el estado de la salud mental de la población española? ¿En qué punto estamos tras los duros acontecimientos de los últimos años? ¿Existen factores externos que influyen en el bienestar de las personas? Si es así, ¿cuáles son? ¿Cómo es la realidad que viven las personas con problemas de salud mental?

El presente informe arroja luz a todas estas cuestiones y, por primera vez, revela una fotografía clara y precisa de cuál es la situación de la salud mental y el bienestar de las españolas y los españoles. Los resultados, que retratan el malestar psíquico por el que atraviesan muchas personas en un contexto de falta de recursos públicos, nos permiten plantear una serie de propuestas de actuación con el objetivo de mejorar la atención a la salud mental en nuestro país.

Algunos datos que recoge el estudio, elaborado en 2022, son muy significativos. Por ejemplo, el 22,8% de la población española tiene experiencia propia en salud mental. Nada menos que el 18,9% consume psicofármacos. Y un 26,2% acude actualmente a un especialista en salud mental. El 44,9% de la población afronta la situación actual con preocupación.

A la luz de estos resultados, podemos obtener varias conclusiones que ya intuíamos y a las que habíamos llegado a través de nuestra experiencia y la de las más de 340 entidades de nuestro movimiento asociativo, que ahora, por primera vez se confirman y certifican en una investigación. Entre ellas, que la salud mental está íntimamente relacionada con las circunstancias que rodean a la persona y las discriminaciones que la atraviesan; que las mujeres manifiestan, en general, un mayor malestar que los hombres; y que la situación de las personas jóvenes es, en este sentido, preocupante. Las conclusiones del informe vienen por tanto a confirmar que la desigualdad socioeconómica, la discriminación por sexo, la edad, la orientación se-

xual... son factores que intervienen y afectan de forma relevante a la salud mental. Este estudio es pionero, tanto por su metodología como por su transversalidad. En la parte cualitativa, se plasman discursos, percepciones y opiniones de personas con problemas de salud mental, familiares, profesionales de Medicina, Psiquiatría y Psicología, que orientan posteriormente las temáticas clave a investigar con la encuesta. En la parte cuantitativa, el tamaño de la muestra encuestada y las cuotas de sexo, edad y comunidad autónoma, hacen que sea representativo de la población general y que, por tanto, nos ofrezca una imagen completa del punto en que nos encontramos.

Una vez conocemos la realidad, es hora de seguir haciéndonos preguntas: ¿cómo podemos mejorar el bienestar de la población? ¿A qué aspectos debemos dar prioridad? ¿Dónde debemos poner los recursos? ¿Cómo hacer para que lleguen a quien lo necesita y se respeten los derechos humanos?

En SALUD MENTAL ESPAÑA, llevamos 40 años luchando por los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus familias y poniendo sobre la mesa la importancia de hablar de salud mental, porque lo que no se nombra, no existe. Como entidad generadora y gestora de conocimiento, nos parece fundamental comprender y entender bien la situación a la que nos enfrentamos y en la que queremos intervenir. Prueba de ello es la reciente puesta en marcha de nuestro Observatorio Estatal de Salud Mental, Derechos e Igualdad, concebido como un espacio de intercambio y difusión de conocimiento, además de ser una herramienta fundamental para la recogida de vulneraciones, y para la incidencia política y social.

En definitiva, para SALUD MENTAL ESPAÑA, es un orgullo formar parte de este proyecto y confiamos en que sirva para hacernos reflexionar, a todas y todos. Esperamos que, como sociedad, nos ayude a replantearnos cómo queremos que sea el bienestar de las personas en el futuro más próximo.

Nel González Zapico

Presidente de la Confederación
SALUD MENTAL ESPAÑA

Prólogo de Fundación Mutua Madrileña

El desgaste de la salud mental de la población es una realidad en nuestra sociedad actual. Los devastadores efectos del aislamiento social, el estrés por la situación económica, la soledad y el duelo ocasionados por la pandemia han dejado huella, en mayor o menor medida, en todos nosotros, aunque quizás más en los jóvenes.

Resulta especialmente preocupante el deterioro de la salud mental en ese colectivo, porque ello se ha traducido en un aumento de los intentos de suicidio y de los ingresos hospitalarios en estos grupos de edad. Una situación grave y que nos produce un enorme desasosiego como sociedad, por la falta de horizontes e ilusiones que muestran las generaciones venideras.

En la Fundación Mutua Madrileña llevamos 20 años comprometidos con la mejora social a través de distintas líneas de trabajo y, coincidiendo con nuestro 20 aniversario, hemos abierto una nueva línea de ayudas para impulsar la investigación médica y sociológica que contribuyan a mejorar la salud mental de la población española.

A través de nuestra Convocatoria Anual de Ayudas a la Investigación en Salud financiaremos desde este año diferentes proyectos de investigación médica en este terreno, con especial atención a los trastornos mentales infanto-juveniles. Estas Ayudas a la Investigación en Salud de la Fundación Mutua Madrileña han servido para impulsar en los últimos 20 años la realización de más de 1.400 estudios clínicos a los que hemos contribuido con más de 68 millones de euros.

Conocer la dimensión real de un problema es el primer paso para atajarlo. Este es el motivo que nos llevó hace ya un año a impulsar el estudio “La situación de la salud mental en España”, en el que nos hemos embarcado con el mejor compañero de viaje posible en este tema, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, que integra a 18 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, las cuales agrupan a más de 340 asociaciones, una situación que les confiere una información privilegiada acerca de las personas que conviven con un trastorno de salud mental y sus circunstancias.

“La situación de la salud mental en España” es una investigación exhaustiva y rigurosa en la que no he-

mos escatimado recursos para poder disponer de la mejor panorámica de la salud mental en nuestro país, tanto desde el punto de vista de la población general, como de las personas con un diagnóstico de trastorno mental.

Para su realización, hemos contado con prestigiosos colaboradores en el terreno de la investigación y el análisis, así como con un planteamiento metodológico mixto -cualitativo y cuantitativo- y secuencial, de forma que el cuestionario que ha respondido la población general se basa en los temas y preocupaciones percibidas en la escucha previa a grupos de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

El enfoque, la amplitud, la diversidad del cuestionario y el tamaño de la muestra, que incluye también un grupo representativo de personas con diagnóstico de haber sufrido un trastorno de salud mental, hacen que este informe sea pionero y único a la hora de tomar el pulso a la situación de la salud mental en nuestro país.

Confiamos en que las conclusiones que se extraigan de este informe sirvan a todos los actores implicados para tomar decisiones y adoptar, por un lado, medidas encaminadas a mejorar el bienestar emocional de la población general y, por otro, a perfeccionar la atención e incrementar los recursos destinados a las personas que padecen un trastorno de salud mental.

En la Fundación Mutua Madrileña nuestra razón de ser es mejorar la vida de las personas. Sin duda, el bienestar y la salud psíquica son una parte esencial en este fin.

Ignacio Garralda

Presidente de la Fundación
Mutua Madrileña

Presentación



La salud mental se ha convertido en una de las principales preocupaciones para la población española. Así consta en numerosas publicaciones desde la pandemia, y así lo hemos corroborado a través de la investigación que hemos realizado. **Un 74,7% de la población considera que la salud mental de la sociedad española ha empeorado.**

La situación de pandemia vivida ha hecho mella en una gran parte de la sociedad española y, sobre todo, ha afectado a la salud mental de la población, en muchos casos provocando la aparición de problemas de salud mental y, en otros, empeorando los ya existentes.

En este contexto, la Fundación Mutua Madrileña y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA hemos emprendido un proyecto de colaboración, para elaborar este informe que analiza la situación de la salud mental de la población en nuestro país, el primero que se realiza de esta magnitud y características.

Este estudio que ahora presentamos arroja luz sobre la salud mental y su relación con el bienestar, intrínsecamente conectados. De acuerdo con los datos obtenidos, la salud mental obtiene una importancia de 4,5 en una escala de 1 a 5, en su efecto sobre el bienestar general de las personas.

La salud mental es, por tanto, parte integral de nuestro bienestar general. Asumimos que no hay una definición única de bienestar, pero incluimos, sin duda, en esa definición la certeza de que el bienestar tiene que ver con la necesidad de sentir que nuestra vida es satisfactoria y valiosa y de que estamos contribuyendo a nuestra comunidad. Si atendemos a la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) da de la salud mental, **“estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”**, queda aún más claro el enorme peso que una adecuada salud mental tiene en el bienestar de todas las personas y, por tanto, de la sociedad.

Los datos que arroja el estudio en ese sentido son inequívocos: las personas con experiencia propia en salud mental están más preocupadas por las

cuestiones materiales, como no poder hacer frente a sus facturas, alquiler y/o hipoteca y perder su trabajo, sienten mayor insatisfacción con todos los aspectos de su vida y se sienten más deprimidas y ansiosas y con mayor estrés, que las personas que no han experimentado problemas de salud mental. Cuestiones todas estas que afectan a esa condición de persona “útil y valiosa” para la sociedad que, de acuerdo con la definición de la OMS, es crucial para tener una buena salud mental.

Pero estos datos también tienen otra lectura: cómo las condiciones de vida de las personas y su situación social afectan a su salud mental y su bienestar. Datos que, en definitiva, vienen a corroborar que los condicionantes sociales influyen en un deterioro de la salud mental de las personas.

El estudio no solo refleja una realidad, la alta incidencia de problemas de salud mental entre la población, sino que va más allá, “dando voz” a ese alto porcentaje de población general que tiene o ha tenido un diagnóstico o que, sin tenerlo, siente que su salud mental es mala o muy mala. Conocer la salud mental no es solo conocer el porcentaje de población que ha sido diagnosticada, sino también conocer qué situaciones de falta de recursos, estigma, desconocimiento, etc., enfrentan las personas para lograr una adecuada atención a su salud mental.

Este estudio nos interpela a todos y todas. Cualquier persona puede verse afectada por un problema de salud mental, por la necesidad de recibir atención por parte de profesionales y no poder permitírselo, por el rechazo de su propio entorno o por la discriminación en el ámbito laboral. De acuerdo con los resultados del estudio, **un 22,8% de la población ha atravesado o atraviesa algún problema de salud mental y/o sufrimiento psíquico, englobando tanto a las personas que cuentan con un diagnóstico, como a quienes perciben su salud mental como mala o muy mala.** Cifras que se acercan a ese 25% de personas que tiene o tendrá un problema de salud mental, tal y como pronostica la OMS.

Abordar la salud mental es complejo. Son muchos los factores que influyen y que deben tenerse en cuenta para ofrecer esa radiografía certera que nos habíamos propuesto. Por ello, el estudio ha conta-

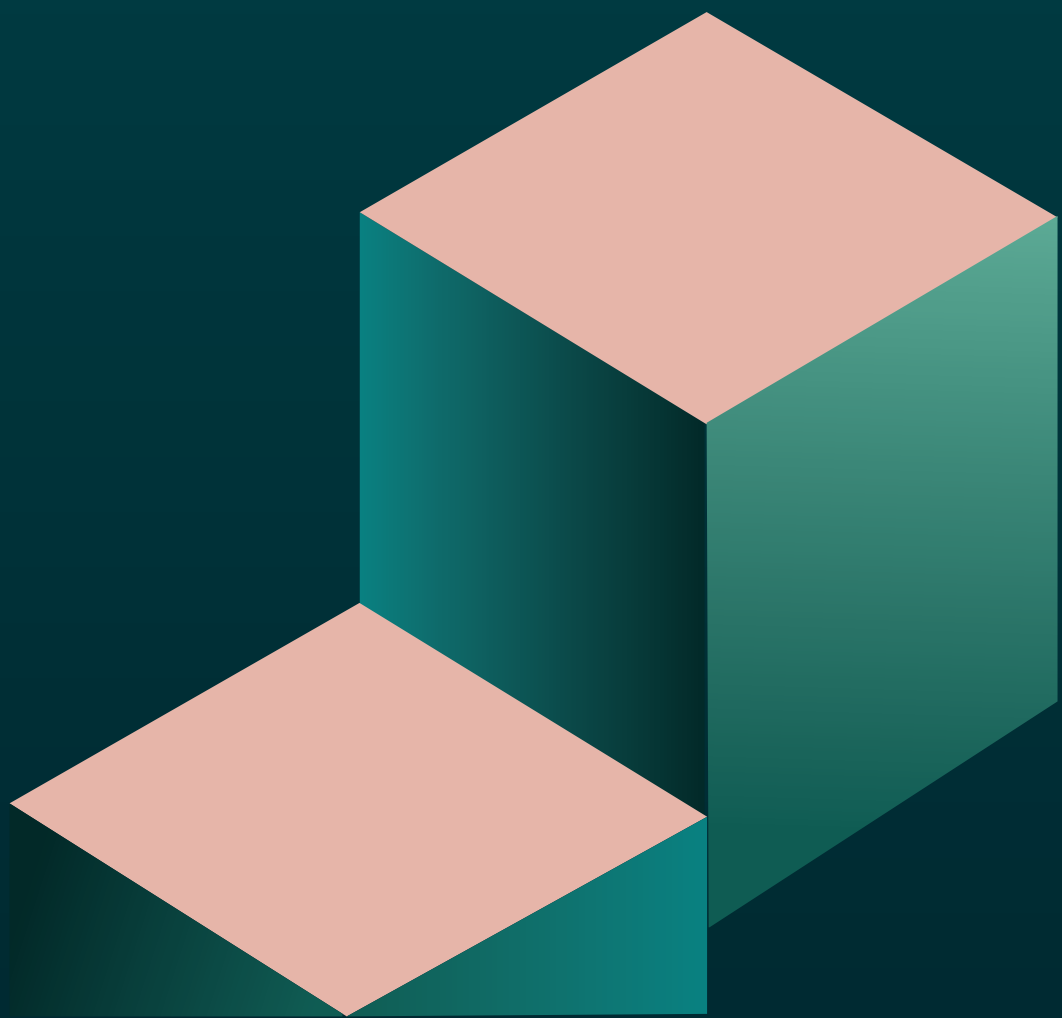
do con un enfoque metodológico mixto, partiendo de una fase cualitativa en la que, a través del discurso de tres grupos de población diferenciados, personas con experiencia propia, familiares y profesionales de la atención primaria y especializada, se pudieron detectar las problemáticas, necesidades y demandas que, sin duda, debían aparecer en la encuesta a población general que abordamos posteriormente. Consideramos que ese abordaje del estudio ha permitido indagar en aspectos fundamentales y frecuentemente olvidados en salud mental, como la autonomía para la toma de decisiones y las vulneraciones de derechos.

A lo largo del desarrollo del estudio, hemos contado además con la asesoría permanente de voces expertas en salud mental, un Grupo Motor formado por personas con experiencia propia en salud mental, pertenecientes al movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, por personas pertenecientes al Consejo Consultivo de SALUD MENTAL ESPAÑA y por perfiles técnicos de las dos entidades promotoras del estudio. Fruto de esta colaboración, asesoramiento y reflexiones, hemos logrado realizar un estudio exhaustivo y que pone el foco en asuntos de suma importancia tanto para la Confederación, por ser parte de sus reivindicaciones, como para la Fundación Mutua Madrileña, que trabaja para conocer en profundidad el problema como vía para poder mejorarlo, y para toda la sociedad española.

Un 74,7% de la población considera que la salud mental de la sociedad española ha empeorado.

Este estudio, tan importante y demandado por todas las personas que componen la red SALUD MENTAL ESPAÑA, **se configura como una herramienta informativa, pero también pretende ser una llamada a la acción.** Un documento sobre el que reflexionar y tomar decisiones. Somos conscientes de los avances, pero también de que falta aún muchísimo camino por recorrer en la búsqueda de soluciones para la mejora de la salud mental y el bienestar.

1 OBJETIVOS



La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña han llevado a cabo una **investigación sobre la situación de la salud mental en España y su relación con el bienestar**, con un triple propósito:

- Conocer, a través de la recogida y análisis de datos, la situación de la salud mental, la percepción de las personas afectadas y el funcionamiento y calidad de los servicios.
- Dar visibilidad a la salud mental y sus problemas, promoviendo una toma de conciencia de la ciudadanía y de los poderes públicos.
- Contribuir al desarrollo de propuestas y recomendaciones de políticas públicas relativas a salud mental.

El objetivo general del estudio ha sido obtener una fotografía del estado de la salud mental de la población española, explorando asimismo su relación con el bienestar y detectando necesidades y demandas al respecto.

En cuanto a los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** del estudio, se han estudiado los siguientes aspectos:

- Estado de ánimo de la población y principales preocupaciones.
- Asociaciones y significados de la salud mental.
- Actitudes de la población hacia la salud mental.
 - Percepciones, estigma y tabú.
 - Grado de importancia asociado.
 - Autovaloración de la propia salud mental.
- Vivencia de la salud mental por parte de las personas con experiencia propia en salud mental (PEP).
- Percepción y valoración de los recursos humanos y materiales disponibles (recorrido, tiempo de espera, dificultades asociadas).

- La salud mental y su relación con el bienestar.
- Factores de riesgo que se asocian a la salud mental.
- Necesidades y demandas detectadas desde la perspectiva de la sociedad, de las PEP y de los profesionales de la salud.
- Propuestas y recomendaciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud.



El objetivo general del estudio ha sido obtener una fotografía del estado de la salud mental de la población española, explorando asimismo su relación con el bienestar y detectando necesidades y demandas al respecto.

2

METODOLOGÍA



Se ha seguido un enfoque metodológico mixto en dos fases. La primera de ellas, de carácter cualitativo, tenía como objeto llevar a cabo una escucha del discurso de diversos colectivos (PEP -personas con experiencia propia en salud mental-, familiares de PEP y profesionales de la salud) en torno a la salud mental. De ese modo, tanto en la selección de los temas a tratar en el cuestionario, como en su propio diseño, así como para la elección del lenguaje, hemos buscado asegurarnos de no dejar fuera aquellas dimensiones relevantes para los colectivos citados, evitando posibles sesgos de atención en los que pueden incurrir las personas investigadoras o las expertas en la materia.

Sobre la base del análisis de los discursos cualitativos, **se han seleccionado los indicadores a explorar en la fase cuantitativa y se ha diseñado el cuestionario**. La encuesta resultante ha ido dirigida a la población general, con un módulo de preguntas adicionales para aquellas personas que, durante la entrevista, se detectara que contaban con un diagnóstico de problema de salud mental.

A continuación, se describen ambas fases en más detalle.



FASE CUALITATIVA

Se han llevado a cabo **6 grupos de discusión de 2 horas de duración**, a través de plataforma digital, a lo largo de las semanas del 23 y 30 de mayo de 2022, con los siguientes perfiles:

1. PEP (persona con experiencia propia en problemas de salud mental), 2 grupos por tramos de edad (18-25 y 30-60), categoría en cuya definición se han incluido los siguientes perfiles:

- Personas que necesitan el apoyo de fármacos.
- Personas usuarias de las unidades de Salud Mental, con trastorno mental grave, que pueden llevar una vida normalizada.
- Personas con bajo bienestar emocional y que no han solicitado ayuda (incluye personas que manifestaron malestar psíquico y que aparecieron en los estudios durante la pandemia, quizá por la incertidumbre sobrevenida).
- Persona con trastorno mental menos grave.

Como se verá en el análisis de resultados, esta definición amplia de PEP va a tener sus implicaciones en términos de la diversidad recogida, con múltiples realidades que han hecho más complejo el análisis, a la vez más rico y lleno de matices. Como se verá a lo largo del informe, algunas de las vivencias que se recogen son comunes y extensibles a toda la población PEP, mientras que otras únicamente recogen la experiencia que afronta una persona con un problema de salud mental grave.

En el informe, y para mayor claridad de cara a la presentación de resultados, en ocasiones vamos a distinguir entre:

- **PEP con problema de salud leve:** problemas de mayor prevalencia, que pueden obstaculizar el desarrollo de algunas actividades de la vida normal, pero sin impedir el desarrollo de esa normalidad de forma completa (estudios o trabajo). Se ha podido interrumpir temporalmente el flujo 'normal' (estudios, trabajo) porque el problema se agravó, para volver a ella tras la recuperación.

- **PEP con problema de salud grave:** sufren un trastorno mental grave, que a menudo se considera crónico, y cuentan con una amplia experiencia en el sistema de atención a la salud mental en los diferentes niveles. Aunque desarrollan actividades de la vida normal, algunas de ellas han interrumpido su actividad educativa o han dejado de ejercer su profesión.

Esta distinción no es caprichosa, sino que va aliñada con la homogeneidad discursiva dentro de cada colectivo que, a su vez, se diferencia de la perspectiva del otro perfil.

Aprovechamos para aclarar aquí que, a lo largo del informe, cuando hablamos de PEP vamos a utilizar artículos y pronombres femeninos, no porque hagamos referencia a personas de género femenino, sino porque nos estamos refiriendo a las personas con experiencia propia en salud mental.

2. FAMILIARES DE PEP, dos grupos que fueron reclutados por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, a partir de familias asociadas a distintas entidades de diversas áreas geográficas.

3. PROFESIONALES DE LA SANIDAD, se compuso de un grupo de **médicos y médicas de Atención Primaria (MAP)** y **otro de profesionales de Atención Especializada (AE)**: de Psiquiatría y Psicología de la sanidad pública, con una representación menor de profesionales que ejercen en la práctica privada.

Todas las reuniones han funcionado de forma satisfactoria y han resultado altamente productivas.

[...] hemos buscado asegurarnos de no dejar fuera aquellas dimensiones relevantes para los colectivos citados, evitando posibles sesgos de atención en los que pueden incurrir las personas investigadoras o las expertas en materia.

FASE CUANTITATIVA

Se ha llevado a cabo una encuesta dirigida a la población general, con un módulo adicional aplicado a todas aquellas personas con un diagnóstico de problemas de salud mental.

La ficha técnica de la encuesta es la siguiente:

Ámbito: nacional, incluyendo las provincias insulares, y excluyendo Ceuta y Melilla.

Universo: población residente de 18 años o más.

Tamaño de la muestra: 2.000 entrevistas. Cuotas por sexo, edad, comunidad autónoma y tamaño de hábitat.

Error muestral: para un nivel de confianza del 95% en el supuesto de máxima heterogeneidad del universo ($p=q=50\%$), el error para el conjunto de la muestra es de +2,19%.

Tipo de encuesta: CAWI.

Fecha de realización: 22/07/2022 al 11/08/2022.

3 ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS



3. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

El presente informe cualitativo comienza con una breve caracterización de las reuniones celebradas.

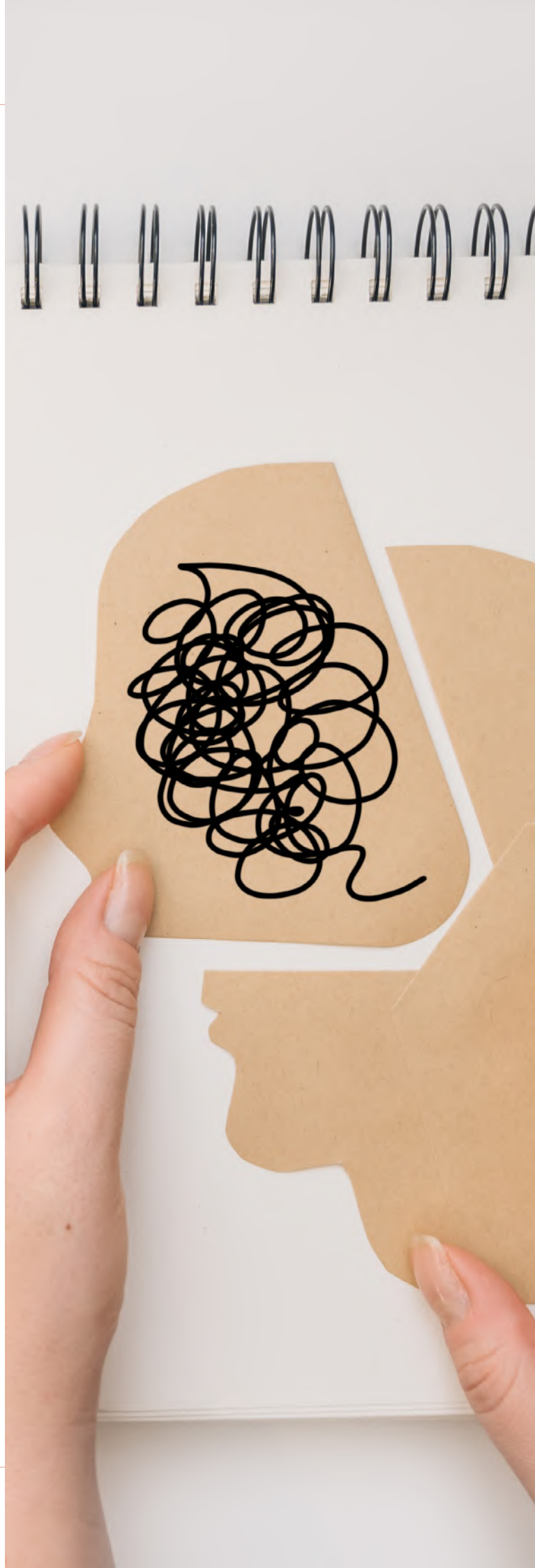
A continuación, se lleva a cabo un **análisis del momento actual**, explorándose en qué situación se encuentra cada colectivo, cuál es su estado de ánimo y cuáles son sus principales preocupaciones. En este apartado se analiza el efecto de la pandemia y el momento postpandemia.

Seguidamente se lleva a cabo **una reflexión sobre el significado de la salud mental**, las actitudes hacia la misma y los factores condicionantes, desde la perspectiva de cada uno de los colectivos.

El siguiente capítulo dibuja el proceso y vivencia de las PEP con problemas graves y sus familiares, distinguiendo entre las diferentes etapas que se atraviesan desde que se manifiesta el problema.

A continuación, se pone el foco en el sistema de salud desde la perspectiva de los tres colectivos.

Para finalizar, el capítulo de **conclusiones** combina la recogida de las necesidades detectadas con una serie de propuestas o líneas de actuación que buscan dar respuesta a las mismas.



3.1 Introducción: caracterización de los grupos

Se recoge a continuación una breve semblanza, a modo de instantánea, de cada una de las reuniones y lo que en ellas acontece. El conocimiento de las muestras nos va a permitir comprender mejor a cada perfil de público, así como conocer las bases sobre las que se sostienen sus experiencias y perspectivas.

GRUPO 1: JÓVENES PEP

Tres mujeres y tres hombres de entre 19 y 25 años. Todos y todas estudiando, diferentes niveles desde Bachillerato y Formación Profesional hasta máster, y uno de ellos combinando con trabajo. Residen en Madrid, Barcelona, Ciudad Real y Málaga. Dos de estas personas con problema de salud mental diagnosticado (TOC y anorexia nerviosa, y TDAH con altas capacidades) y cuatro que manifiestan síntomas de ansiedad, angustia y/o bajo ánimo (uno de ellos acudiendo a terapia psicológica en la actualidad; y otros dos han acudido en algún momento en el pasado). Las dos primeras con prescripción farmacológica (dos antidepresivos y un ansiolítico en el primer caso, y psicotrópicos en el segundo). Respecto a las cuatro restantes, consumen algún tipo de medicación que requiere prescripción, bien de forma esporádica o regular, aunque no les ha sido prescrita por su médico/a de cabecera.

La reunión se desarrolla de forma muy productiva. El discurso es fluido y la implicación alta. La actitud es de escucha, curiosidad y respeto. La conformación como grupo se produce casi en los primeros minutos, generándose una alta conexión. La participación por género resulta muy equilibrada. En la ronda de cierre van a manifestar su satisfacción y agradecimiento por lo que han podido explorar en sí mismos y mismas y lo que el resto ha compartido. Expresan un sentimiento de pertenencia, aun estando con personas desconocidas. El ciclo vital que atraviesan parece tener más peso que las circunstancias particulares de cada participante. El propio desarrollo del grupo revela que en las nuevas generaciones los temas relativos a salud mental se viven con más normalidad, más allá de que se aprecia un malestar emocional compartido por todos y todas.

GRUPO 2: ADULTOS Y ADULTAS PEP

Tres mujeres y tres hombres de entre 30 y 60 años. Tres pertenecen al movimiento asociativo de salud mental y tres no tienen ningún vínculo con el mismo. Cuatro desarrollan una actividad profesional remunerada (profesora, administrativos, cajera de supermercado) y dos desarrollan labores de voluntariado y cobran una pensión. Tres tienen un problema de salud mental grave, una atravesó una depresión grave y actualmente tiene episodios de ansiedad, y dos combinan síntomas de ansiedad y apatía. Tres personas son usuarias de unidades de salud mental por problema grave, una lo fue en el pasado (depresión) y ahora acude a terapia psicológica, dos no reciben apoyo profesional, aunque han acudido puntualmente a terapia en el pasado. Cuatro consumen medicación de forma regular y dos personas lo hacen puntualmente.

Grupo en el que, desde el inicio, se distinguen dos discursos muy diferenciados. Por un lado, el **discurso asociativo**, informado y educado, con una alta conciencia, sensibles al lenguaje, de denuncia y reivindicativo. Este discurso pone el foco y habla desde la experiencia del problema de salud mental grave, que distingue de otros problemas más prevalentes como la ansiedad o la depresión (leve). El propio problema ha tenido un alto impacto en su vida, no pudiendo desarrollar una actividad profesional remunerada (esta mención se hace casi al inicio de la reunión) o accediendo al mercado laboral de forma esporádica y no de una manera regular. Por otro lado, nos encontramos con un **discurso de baja elaboración en materia de salud mental**, más próximo a un público general, menos informado y concienciado. Aunque estas últimas personas conviven con dificultades de salud mental, siguen desarrollando sus actividades diarias, mantienen su trabajo y llevan una vida 'normalizada' (ocupadas, con pareja estable, con hijos/hijas).

La presencia de estos dos perfiles diferenciados dificulta la conformación de grupo. En ocasiones, las intervenciones de cada participante tienen un carácter más atomizado y no están entrelazadas. La moderadora adopta una posición más directiva, con mayor intervención. A pesar de ello, en términos de contenido, se obtiene información valiosa y diversa a partir de las distintas realidades. Como fenómeno resaltamos que se observa una actitud

de interés y sorpresa en las personas participantes más cercanas a la población general ante una realidad asistencial desconocida que relatan aquellas con problemas graves, usuarias de unidades de salud mental.

GRUPO 3: FAMILIARES PEP

Tres mujeres y tres hombres. Dos de Cantabria, dos de Ceuta, una de Murcia y una de Valladolid. En tres casos el familiar PEP es el hijo, en dos es el hermano y en uno se trata de un familiar lejano. En todos los casos el problema, de carácter grave, se manifestó en la adolescencia o juventud, y en la mayor parte llevan algo más de dos décadas conviviendo con el problema de salud mental (en un caso la PEP ha fallecido recientemente).

La reunión discurre de forma fluida. Se establece un espacio de encuentro y las personas participantes manifiestan afinidad y conexión, a pesar de no conocerse previamente (salvo dos de ellas). Al final expresan agradecimiento por el espacio de puesta en común y plantean la posibilidad de celebrar más reuniones para compartir experiencias.

La larga trayectoria a la que hacíamos referencia dota de perspectiva al grupo, y la variable tiempo permite además poner el acento en algunos cambios sociales y sanitarios. Asimismo, permite dibu-



jar un proceso, caracterizado por el sufrimiento y la soledad, que refleja las diferentes fases por las que se atraviesa.

En la reunión se menciona la necesidad de una **perspectiva más humanizada por parte de la figura profesional** de Psiquiatría y también con relación a los internamientos. La integración laboral queda como asignatura pendiente. Y destaca la importancia de la asociación: un antes y un después en la vida de las familias y de la PEP.

GRUPO 4: FAMILIARES PEP

Tres mujeres y dos hombres. Dos de la Comunidad Valenciana, una de Canarias y dos de Castilla-La Mancha. En todos los casos el familiar PEP es el hijo/a y sus problemas se manifestaron en la adolescencia y juventud, estando en la actualidad en la década de los 30 o 40 años (uno de ellos ha fallecido recientemente). Este grado de parentesco afecta probablemente al grado de intensidad con la que se manifiestan y expresan su sufrimiento durante la reunión. En el caso de cuatro de estas personas, los hijos y las hijas consumían sustancias cuando comenzaron los síntomas.

Con un perfil muy significado, ostentan en su mayoría posiciones de presidencia en sus respectivas asociaciones y federaciones, mostrando a menudo una actitud reivindicativa y de denuncia.

El grupo se caracteriza por intervenciones largas, que dificultan la interacción grupal y favorecen las interrupciones de unos a otros. Se percibe mucha necesidad de escucha, con expresiones de frustración y enfado con los poderes públicos, que a veces se manifiesta en forma de impaciencia hacia el resto de participantes. La intensidad de las emociones combina dolor y enojo.

Técnicamente la gestión del grupo resulta más trabajosa. La moderadora pone el foco en la escucha de lo que desean expresar, más que en seguir la guía. En cualquier caso, el grupo resulta rico y altamente informativo.

Se repiten muchos de los códigos presentes en la reunión anterior de familiares.

GRUPO 5: MÉDICOS Y MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP)

Cinco MAP de Madrid (3), Barcelona (1) y Palma de Mallorca (1). El anterior destino de este último médico fue una zona rural en Baleares, por lo que va a relatar el contraste entre ambas experiencias. Tres hombres y dos mujeres. Tres ejerciendo en zona con renta per cápita media-baja y dos en media-alta.

A lo largo de la reunión se respira cierto malestar y desánimo, aunque se perciben diferencias entre comunidades autónomas. En algunas situaciones, los/as MAP parecen experimentar un sistema con mayor inversión, más cohesionado, con un mayor sentido de pertenencia y con una mayor consideración hacia el colectivo.

En otras, la experiencia es distinta. En ocasiones, desde una actitud reivindicativa, se hará responsable a la gestión/los poderes públicos, mientras que en otros se adoptará una actitud beligerante hacia Atención Especializada y, concretamente, hacia la AE en salud mental. Se vive el ejercicio de la profesión desde un sentimiento de soledad, con bajo apoyo por parte de los poderes públicos y de la Atención Especializada en Salud Mental, y no se confía en que las cosas vayan a cambiar.

GRUPO 6: PROFESIONALES ATENCIÓN ESPECIALIZADA (AE)

Tres psiquiatras y tres psicólogos/as. Cuatro ejercen en la sanidad pública (aunque al menos dos de ellos compaginan con privada y una con ejercicio en una asociación) y dos (psicólogos/as) tienen consulta privada (hospital privado y consulta propia). Cinco ejercen en la Comunidad de Madrid y una en Cataluña (área metropolitana BCN). Tres mujeres y tres hombres. Tres ejercen en zonas con renta media y media-alta, y tres en áreas de renta media y media-baja, o de nivel socioeconómico variado. Amplia diversidad en términos del lugar en el que ejercen: Centro de Salud Mental (CSM), Unidad de Agudos y Servicio de Urgencias en hospital público; Unidad de Hospitalización breve de agudos de psicogeriatría en hospital público; Unidad de Trastornos de Personalidad graves (principalmente mujeres jóvenes), tanto en hospital de día, como en

planta de un hospital público; Unidad hospitalaria privada y consulta privada.

El perfil diverso en términos del ámbito en el que ejercen y el perfil de persona a la que atienden se va a reflejar en sus discursos y perspectivas: grupo rico y complejo, pues se despliegan diferentes experiencias. La curiosidad por el descubrimiento de otras realidades que viven los compañeros y las compañeras va a dominar el discurso, a la vez que se constata una serie de perspectivas comunes dentro del colectivo. En línea con lo que se observaba en AP, el mayor desánimo se detecta en los primeros niveles, CSM (Madrid, a pesar de que ejerce en área de clase social media-alta): saturación del sistema de salud mental (listas de espera de 7-9 meses) por falta de recursos/inversión en AE, pero previamente en AP, que no cuenta con recursos para ejercer su labor de contención y filtro. Asimismo, la relación con AP desde CSM de Madrid se expresa en términos ambivalentes (comprensión de situación y necesidades de MAP y, a la vez, ausencia de vínculo o relación con este primer nivel). En la práctica -concluyen-, esto se traduce en un sistema dual donde el que tiene recursos termina dirigiéndose a la privada y, el que no, debe aceptar las limitaciones del sistema (listas de espera, baja periodicidad de las visitas, rotación de profesionales, variedad de diagnósticos, incertidumbre sobre plan y objetivos de tratamiento y recuperación).



3.2 El momento actual: situación, estado de ánimo y principales preocupaciones

El contexto y clima social, y la vivencia de estos por parte de cada colectivo, tiene un impacto en su forma de experimentar la realidad y se refleja en sus discursos. Analizar la información aportada de cada perfil en torno a la situación actual nos permite, por tanto, conocer el lugar desde el que cada persona nos habla y, de ese modo, comprender y dar sentido a lo que expresan.

Así, por ejemplo, elementos como el **momento vital** que se atraviesa desempeñan un relevante papel. Desde este lugar, las PEP jóvenes con un proyecto por construir y una vida, a pesar de las dificultades, con todo el potencial por delante, expresan en su discurso una mayor confianza en que su vida está por escribir, manifestando inquietudes sobre qué les deparará. La curiosidad y la búsqueda forman parte de su forma de afrontar la vida. Por su parte, el discurso de las PEP mayores, con la vulnerabilidad de la edad y con la experiencia vital de una larga trayectoria, refleja una mayor desesperanza, aunque sin ser un discurso derrotista. Queda menos margen de maniobra y el peso de las circunstancias se impone en mayor medida sobre estas personas. El impacto del elemento **edad** es también un factor visible entre las familias, que constatan que el paso del tiempo afecta a su energía y capacidad de acción, y, sobre todo, despierta un temor latente al futuro, cuando ellos y ellas no estén presentes o no conserven las facultades para estarlo.


No obstante, y aunque en los próximos subapartados nos detendremos específicamente en cada uno de los perfiles, distinguimos aquí de antemano entre **dos formas de percibir la realidad**, que tienen como eje segmentador la mayor o menor centralidad de los problemas de salud mental en la vida de la persona. De ese modo:

- De una parte, identificamos una composición de lugar que se construye sobre la **situación de coyuntura presente**, donde la influencia de lo fáctico (el aquí y el ahora) y de los factores externos, determina, en mayor o menor medida, la percepción, los temas que preocupan y el estado de ánimo. Aquí se ubican las PEP jóvenes y aquellas PEP mayores con problemas leves o puntuales, los médicos y las médicas de Atención Primaria y algunos/as profesionales de Atención Especializada (según el lugar donde ejercen: centros de salud o unidades de salud

mental, atención a público de población general, joven o geriátrico, práctica privada). Se trata de los colectivos más sensibles o sujetos a la coyuntura.

- De otra, detectamos una **percepción de la realidad con un carácter más estable/estático**. No la marca tanto la coyuntura externa, sino la centralidad del problema de salud mental en sus vidas y el tratamiento y los recursos disponibles para afrontarla. Esta realidad eclipsa otros factores externos y más coyunturales, porque la vivencia de la realidad viene mediatizada, en cierta medida, por el problema, su impacto y la atención recibida. Es el caso de las PEP con problema de salud grave, las familias de PEP y aquellos/as profesionales de Atención Especializada que trabajan en unidades de ingreso de agudos (problemas psiquiátricos graves, cuyo número tiene un carácter relativamente más estable y ajeno a la coyuntura externa, salvo el incremento de casos que han experimentado recientemente a través de las urgencias e intentos de suicidio).

A continuación, analizamos la perspectiva del momento actual desde la experiencia de cada uno de los colectivos: profesionales de la sanidad, PEP y familias. Como es lógico, la pandemia del COVID-19 ocupa un espacio importante en la vivencia de los tres perfiles, distinguiéndose a menudo entre dos momentos, a saber, la pandemia y la post pandemia. Y a la vez es importante volver a insistir en que, aunque la coyuntura externa tiene una importante influencia sobre la salud mental, no afecta por igual a los distintos colectivos. Un claro ejemplo es el contraste entre PEP leve y PEP grave, o entre PEP joven y PEP adulta.



El contexto y clima social, y la vivencia de estos por parte de cada colectivo, tiene un impacto en su forma de experimentar la realidad y se refleja en sus discursos.



3.2.1 La perspectiva del personal sanitario

La pandemia y su impacto a nivel social y sanitario va a ser el eje principal en torno al que va a girar la primera parte de las reuniones en las que el personal sanitario analiza el contexto actual con relación a la salud mental.

El **efecto que la pandemia ha tenido en el personal sanitario** influye en mayor medida a las y los profesionales en los primeros niveles, que han permanecido en primera línea de manejo de la pandemia, incluso en aquellos casos en los que no se mantuvo la presencialidad, como es el caso de los médicos y las médicas de Atención Primaria (MAP) o, en mucha menor medida, los y las psiquiatras de

Centro de Salud Mental. Curiosamente, y como se verá más adelante, este efecto de la pandemia en el ánimo, la motivación y el bienestar emocional de los médicos y las médicas de familia, no necesariamente ha ido siempre ligado a una mayor carga asistencial, al menos en lo que se refiere a casos de salud mental. Una de las posibles explicaciones puede tener que ver con el estrés y la presión continuados, provocados por el hecho de ser responsables de manejar la pandemia a nivel ambulatorio, peso al que hay que añadir la situación estructural de falta de medios que arrastra este colectivo.

Los médicos y las médicas de Atención Primaria perciben:

- **Un fuerte impacto de la pandemia en la salud mental de la profesión sanitaria**, tanto en

quienes estuvieron en primera fila atendiendo los casos más graves en los hospitales (bajas expedidas a compañeros/as por la experiencia traumática vivida sobre todo en la primera ola), como en sí mismos/as (algún caso de episodios de ansiedad cuando nunca antes habían manifestado síntomas). Todo ello se traduce en un aumento de visitas a consulta de Atención Primaria, bajas médicas, petición de derivación a Salud Mental o visitas a terapia privada por parte del personal sanitario que trabajó en primera línea durante los periodos más trágicos de la pandemia.

- **Una sensación de abandono y baja inversión en Primaria y en el sistema de salud:** plazas que quedan sin cubrir, rotación de personal, puestos que nadie quiere, percepción de deterioro ‘constante’ del sistema, que viene ya de antes. Nuevamente, esta vivencia es diferente según la comunidad autónoma. Algunos y algunas profesionales experimentan falta de apoyo de las instituciones, pero también, aunque no de forma extendida, falta de relación y vínculo con CSM, a diferencia de otros casos, como se verá en próximos capítulos. El colectivo de MAP muestra su decepción al comprobar que la demanda de sobreesfuerzo ante una situación excepcional se mantiene en el tiempo, con una tendencia a la precarización de la Atención Primaria.



Ahora está siendo un estrés mantenido en el tiempo, con condiciones de trabajo muy malas: no se cubren bajas, no se cubren vacaciones y la gente está a reventar. Y una opción de muchos compañeros es: ‘no puedo más, dame la baja y me voy al Centro de Salud Mental’. Y es que te lo piden ellos. (MAP)

¹ Deseamos matizar aquí que en el presente estudio no se lleva a cabo un análisis por comunidades (en esta primera fase cualitativa no se buscó una representatividad geográfica), sino que simplemente se recogen las diferencias que surgieron en el discurso, dado que en las reuniones participaron personas de diferentes comunidades autónomas.

- **Sobrecarga y retrasos acumulados** como consecuencia de la prioridad establecida por la pandemia del COVID-19, que siguen teniendo un impacto en la consulta diaria: falta de tiempo para cada persona, lo que tiene un efecto, entre otras cosas, en la atención a la salud mental.



Si todas las patologías requieren disposición de tiempo, esta especialmente. (MAP)

Los/as profesionales de AE que, en algunos casos han experimentado una mayor carga asistencial, con un agravamiento de los casos, no parecen sufrir, sin embargo, un ánimo tan bajo, salvo en el caso del psiquiatra del CSM, aunque como hemos dicho, en este caso en menor medida.

En lo que se refiere al **impacto del periodo de pandemia en la salud mental de la población general**, y desde la perspectiva del/la MAP, observamos que, aunque en una primera parte de la reunión, algunos/as MAP definen el periodo de pandemia como un ‘paréntesis’ tras el cual la población ha vuelto a la normalidad, este análisis precipitado va a evolucionar a un escenario muy distinto. Inicialmente una parte de las personas asistentes concluye que la pandemia, al contrario de lo que esperaban y de lo que ha sucedido entre el personal sanitario, no parece haber tenido un efecto significativo en la salud mental de la población general, aspecto que no deja de sorprenderles, pues la pandemia, en cambio, sí ha tenido un impacto en sus propias vidas y bienestar. Este ‘paréntesis’ se caracterizó por lo que ellos/as mismos/as denominan como ‘manga ancha’ por parte del/la MAP, ante circunstancias excepcionales y ante una atención telefónica, para prescribir fármacos como benzodiazepinas y anti-depresivos.

No obstante, otras personas participantes van a rebatir esta percepción inicial de no incidencia de la pandemia, incorporando datos que consideran relevantes para interpretar y comprender el alcance de la pandemia en la población. Un análisis más

global, reforzado a su vez por la experiencia de los/as profesionales de AE, proporciona una perspectiva más integral. Así, a partir del discurso de MAP y AE, se concluye lo siguiente:

- **El impacto inicial de la pandemia se manifiesta ya en el periodo de confinamiento.** La primera parte de la pandemia, caracterizada por el confinamiento estricto, se define por un aumento de prescripciones de fármacos como las benzodiazepinas para conciliar el sueño. Se percibe que la demanda fue superior en aquellos centros de perfil socioeconómico muy bajo (por la incertidumbre laboral y pérdida de ingresos). Se detectan también situaciones de ansiedad a raíz de las dificultades para la conciliación, con el cierre de los colegios, hasta que se instauró el teletrabajo o en el caso de profesionales de la sanidad (dos miembros pareja, trabajo presencial e hijos en hogar), manifestándose también cuadros de hipocondría, somatización y trastornos adaptativos.
- **Esta primera fase es también un momento de shock**, de seguir adelante, de no parar, de ‘arriar el hombro’ (especialmente en el caso del personal sanitario), **y de dar prioridad a otras personas** (pacientes de COVID-19 o casos graves), por lo que los/as profesionales sanitarios/as no son conscientes en esos momentos del impacto que la situación está teniendo en su bienestar.



En situación de supervivencia no te preocupas por satisfacer necesidades psicológicas o de sentido. (MAP)

- **Existe una falsa percepción de que los casos de personas con problemas de salud mental descienden en esas fechas, porque no se notifican:** durante el periodo de pandemia, la población no accedía de la misma forma a su médico/a. La situación excepcional hace que la gente se retraiga a la hora de expresar y solicitar ayuda:

- Teléfonos saturados y con prioridad para la pandemia, atención telefónica (malestares de salud mental requieren de tiempo y presencia), estrés y prisa del propio personal sanitario, problemas de ansiedad más difíciles de detectar por teléfono (somatización), rotación de MAP en la atención a pacientes (listas comunes donde el seguimiento puede hacerlo, a su vez, un/a tercer/a médico/a).



La gente está peor de lo que pensamos, cada vez peor. (MAP)

- La mayor dificultad para recibir atención en CAP y CSM (listas de espera) no solo desincentiva a algunas personas, sino que orienta a otras a los servicios de urgencias, con un aumento de los casos que llegan y una situación más descompensada.



Saturación de urgencias por falta de atención adecuada en los Centros de Salud Mental. La gente con menos recursos acabó en urgencias o ingresada. (Psiquiatra)



Se adelantan manifestaciones que a lo mejor podrían haberse desencadenado en el futuro o patologías que estaban más contenidas en la vida cotidiana y que se descompensan en la pandemia y confinamiento, y que en circunstancias normales no habrían acabado en urgencias. (Psicóloga AE)

- En otros casos, el miedo a acudir por temor al contagio retrasa la atención y agudiza el problema.
- Adicionalmente, el ámbito privado absorbe una gran parte de la demanda, traduciéndose (según constatan los/as MAP, los/as especialistas que ejercen en la práctica privada o quienes ejercen tanto en la pública como en la privada) en un importante incremento de las visitas, con manifestaciones menos graves, relativas principalmente a ansiedad. La práctica privada no interrumpió sus servicios online y/o presenciales, lo que permitió que aquellas personas con más recursos pudieran utilizar esta vía.

■ **En la actualidad, con la vuelta a la normalidad, una parte de los/as MAP sí observa un incremento de las visitas relativas a problemas de salud mental.** Y ello se une a una falta de disposición de tiempo por parte del/la MAP (con sobrecarga de trabajo), lo que puede estar llevando a más medicación y, en algún caso y bajo petición, a más derivación.

■ Los perfiles de público en los que se refleja un incremento son los siguientes:

- **Persona mayor que vive sola:** duelo mal elaborado, depresión por aislamiento, soledad y miedo.



En la Unidad tenemos más carga asistencial de patología grave descompensada. La soledad y el aislamiento han sido duros para los mayores porque se cerraron los centros de día y las actividades ocupacionales. (Psiquiatra)

- **Perfil adolescente:** intentos autolíticos, malestar ante ausencia de interacción social, miedo al contagio, ansiedad, rebeldía. Los

y las profesionales de AE constatan el crecimiento de los casos infantojuveniles y de personas jóvenes en urgencias (depresión, trastornos de conducta, intentos parasuicidas).



En la privada vemos un descenso de la edad, arrastrado por el contexto familiar durante el confinamiento y la desesperanza ante el futuro. (Psicólogo)

- **Gente joven** con trastorno adaptativo o ansiedad: dificultades económicas, laborales, encaje en familia o pareja.

- **Perfil sanitario** sometido a estrés agudo y mantenido en el tiempo: médicos/as, auxiliares, enfermeras/os de UCI y urgencias que afrontaron la primera ola, y cuyas bajas se prolongan en el tiempo.



En Madrid tenemos el programa de ayuda integral al personal sanitario enfermo (PAIPSE) y allí tuvieron que aumentar recursos porque aumentó la incidencia de compañeros por el estrés de la primera ola, y esto no ha hecho más que empeorar. (MAP)



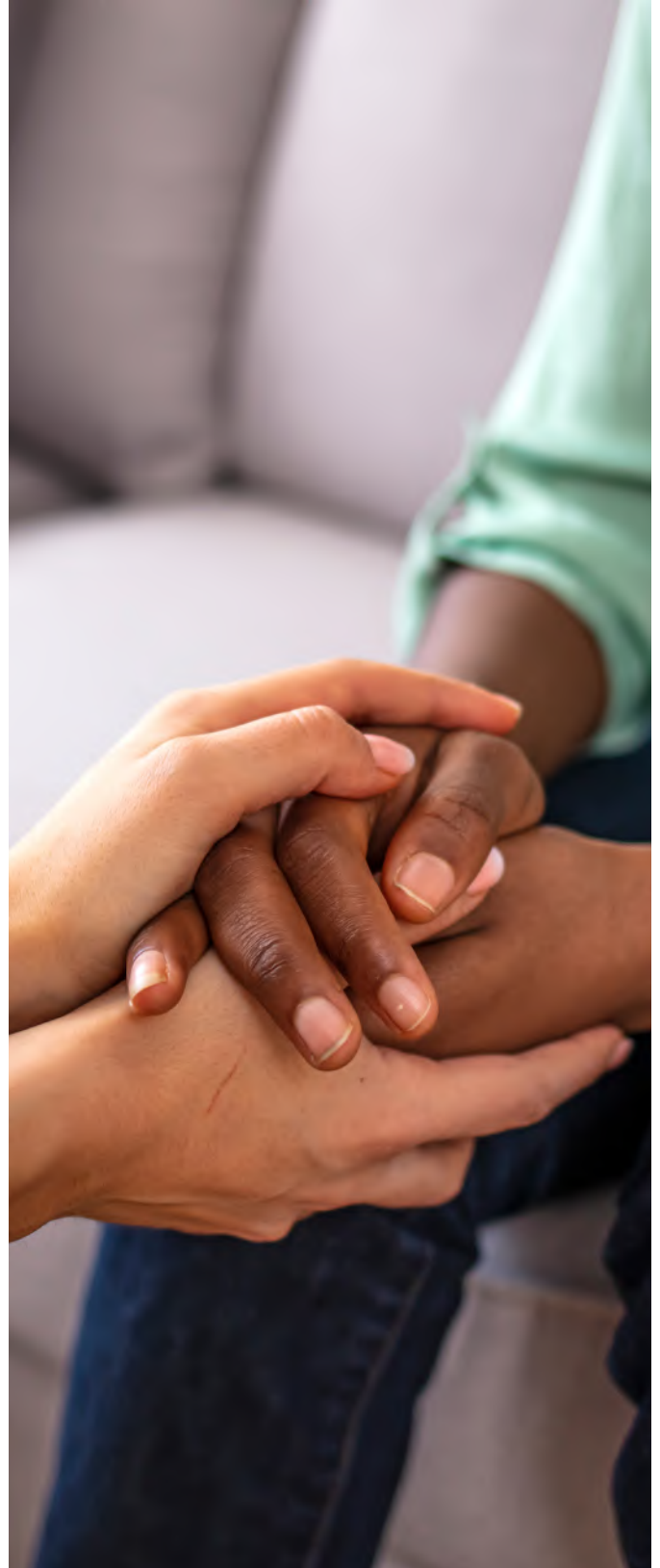
Yo también los estoy viendo en Palma: algunos padecen ansiedad e insomnio desde el inicio, pero no prestaron atención porque pensaron que el problema era menor. (MAP)

- **Personas de 50 años** en adelante con riesgo cardiovascular que han desarrollado fobia social por el miedo al contagio de COVID-19.

A su vez, de acuerdo con el personal sanitario, estas tendencias ‘sobreenvenidas’ como consecuencia del impacto de la pandemia del COVID-19 se insertan en un contexto más amplio que se define por una serie de tendencias sociales globales que venían perfilándose ya de antes.

Así, este aumento de síntomas, conjugado con el descenso en las escalas de atención (filtros de contención) de los primeros niveles, se da en un marco más amplio de cambios sociales y generacionales en el que:

- **Hay una tendencia a buscar más ayuda:** efecto normalización de la salud mental (se recurre más como forma de autocuidado).
En un contexto social más individualista, con menor contención, menor tolerancia al sufrimiento y menor apoyo social, lo que potencia las visitas a profesionales de la Psiquiatría a edades más jóvenes y un inicio más temprano en la medicación, ante situaciones que antes se contenían con otros recursos familiares y sociales.
- Con un **cambio generacional en la expresión de síntomas** (ansiedad, cortes, autolesiones) y malestares, y diferentes demandas y búsquedas de salidas.
- Para **una generación que ha vivido varias crisis económicas** y que se cuestiona la valía del ideal meritocrático y del esfuerzo, cuando es difícil visualizar un proyecto vital a largo plazo (falta de futuro, incertidumbre).



3.2.2 El momento actual para las personas con experiencia propia en problemas de salud mental (PEP)

Como anticipábamos anteriormente, aunque la coyuntura ‘externa’ afecta a la salud mental de todos los colectivos, no parece hacerlo por igual en cada uno de los perfiles y esto es especialmente evidente en el caso de las PEP. Así, mientras que en la reunión de las PEP jóvenes y en el discurso de las PEP adultas con problemas leves, la pandemia y sus efectos van a cobrar un gran protagonismo, esa intensidad no se refleja en las PEP adultas con problemas graves, probablemente porque el lugar desde el que se expresan tiene más que ver con su larga trayectoria por su experiencia con su problema de salud mental, y los acontecimientos de su vida a raíz de la misma.

Por esta razón, este apartado va a poner el foco sobre todo en la vivencia de las PEP jóvenes y aquellas PEP adultas con problemas leves, distinguiendo básicamente entre dos momentos de la actualidad: **la pandemia del COVID-19 y la post pandemia**. Por su parte, la perspectiva y experiencias de las PEP adultas con problemas graves se recogerán con mayor exhaustividad en el capítulo 4, que relata el proceso y experiencia de este colectivo desde que se manifiesta el problema.

El colectivo de las PEP es heterogéneo. Sin embargo, en el perfil más joven esta diversidad no la separa. Comparten un momento vital que se vive como un punto de partida. Se encuentran en una fase de ‘construcción’ de ellas mismas y de su futuro, todas estudiando y dependiendo económicamente de sus progenitores (uno de ellos combina trabajo y estudios, pero reside en el hogar familiar), con vivencias y preocupaciones muy similares. Todo esto les une y les permite compartir un lugar común en la visualización del momento actual y en la identificación de sus preocupaciones. Son capaces de verse y reconocerse en el discurso de la otra persona, aún a pesar de que las situaciones personales puedan ser más o menos complejas (algunas personas con problemas de salud mental grave y otras, simplemente, con bajo nivel de bienestar emocional).

En su vivencia del contexto actual, se distinguen: factores externos de carácter social, económico, global o también familiar; condicionantes que tienen que ver con el momento vital que atraviesan; y aquellos otros condicionantes que tienen que ver con la situación personal subjetiva o psicológica de cada persona, que se reflejan en las propias vivencias. Más adelante volveremos sobre ello.

En el caso de las PEP adultas, con una trayectoria, una vida ya forjada y una experiencia vital más o menos dilatada, una línea invisible divide al grupo, aunque esto no impide que se produzcan, a lo largo de la reunión, momentos de encuentro.

Así, aquellas personas con problemas de salud mental leves o graves pero puntuales en el tiempo, cuyo problema no ha condicionado que puedan llevar una vida ‘convencional’ (trabajo, pareja, hijos/as), van a tener preocupaciones y estados de ánimo que en ocasiones guardan similitud con las expresadas por las PEP jóvenes (adaptado, lógicamente, a su momento vital), sobre todo en lo relativo a la influencia de los factores externos socioeconómicos y globales en su bienestar.

Sin embargo, aquellas personas participantes mayores que tienen un problema de salud mental grave van a centrar su discurso en las dificultades que atraviesa una persona en su situación, pues es precisamente el problema de salud mental y el tratamiento que se le da al mismo desde las distintas esferas lo que, en mayor medida, condiciona su vida. Así, por ejemplo, aunque la pandemia habrá tenido sin duda un impacto en sus vidas, al igual que sucede con el resto de la muestra, observamos que estas PEP apenas hacen mención a ello o a otros acontecimientos globales con alto seguimiento mediático.

Comenzando con las PEP jóvenes, en su discurso nos llama la atención su tendencia a la introspección, a la búsqueda de comprensión y sentido, y a cuestionar las cosas, quizás precisamente por lo incierto del momento y por la velocidad con la que cambia el contexto. Este colectivo diferencia, sin especificarlo, entre dos momentos con un efecto distintivo en sus vidas, que aquí vamos a denominar: ‘momento pandemia’ y ‘momento post pandemia’ (en este último recogemos también las preocupaciones y vivencias de las PEP adultas con



problemas de salud mental leves, preocupaciones que se asemejan a las de las personas jóvenes).

MOMENTO PANDEMIA

La pandemia y las medidas adoptadas por el Gobierno, comenzando por el estricto confinamiento, suponen una interrupción brusca de los flujos y las rutinas diarias, lo que impacta de diversas maneras en la vida de las personas jóvenes:

- **Cancelación de sus actividades en un momento clave de su formación:** estancia educativa en el extranjero (programa Erasmus), prácticas laborales, crisis del propio sector profesional (estudios de turismo).
- **Interrupción del tratamiento médico integral** (visitas al Centro de día): retroceso y temor a la recaída.
- **Interrupción del propio flujo vital:** angustia ante el vacío, el ‘no-hacer’, tiempo para pensar.
- **Rupturas sentimentales,** por dificultades de relación, ante la ansiedad y malestar experimentados.

Todo ello genera desconcierto, al comprobar cómo una realidad que aparecía ordenada en la mente puede verse alterada de forma repentina y sin poderse calibrar las consecuencias:

- Se duda sobre los planes de vida y las decisiones adoptadas, y se cuestiona la idoneidad de estas.

“

¿Sigo estudiando o dejo de estudiar? ¿Qué hago? ¿Qué va a ser de mi futuro laboral? Es angustioso, nada es seguro... hacer algo que luego no sirva. Todo cambia tan rápido... Es fácil perder el ritmo. (PEP joven)

- La ‘parálisis’ externa genera bloqueo, desmotivación y apatía.
- Y, al mismo tiempo, autoexigencia y sentimiento de culpa por adoptar una actitud pasiva.

“

Bloqueado, desmotivado, paré de hacer cosas, pero a la vez me notaba una presión continua en el pecho. (PEP joven)

- Estos pensamientos se retroalimentan (“no he hecho..., he perdido la oportunidad...”), percibiéndose en ocasiones la acción o inacción como irreparables. Se adopta un pensamiento binario en el que solo existen dos opciones y que genera más angustia: “¿abandono o sigo?”.



MOMENTO POST PANDEMIA

El momento post pandemia es donde algunas personas van a tomar conciencia del impacto que la crisis pandémica ha tenido sobre su salud mental y aquí se incluye también a las PEP adultas con problemas leves. Algunas de ellas son preocupaciones que estaban latentes y se activan de forma más intensa en esta situación. La vivencia se caracteriza por los siguientes elementos:

- **Brusca vuelta a la normalidad:** en ocasiones se afrontó el COVID-19 como una interrupción, una desconexión, y ahora les cuesta recuperar el ritmo. El retorno a la 'normalidad' se percibe como repentino. Se tiene la sensación de velocidad y falta de control. Se activan miedos y ansiedades ante lugares concurridos o la interacción con grupos grandes (miedo al contagio, dificultad para relacionarse).
- **Noticias alarmantes que, sumadas, generan un estado de alarma y estrés:** tras un momento de contención de las emociones ante el estrés masivo al que ha sido sometida la sociedad, las personas comprueban que la realidad no da tregua: noticias alarmantes (guerra de Ucrania, huelga de transportistas, desabastecimiento, subida de precios, posible recesión económica...).



Todo va muy rápido, incierto, cambiante y lleno de noticias negativas. (PEP adulta)

■ Incertidumbre ante el futuro:

- **PEP adultas:** Problemas económicos o de inestabilidad laboral (+ de 50) y preocupación por el futuro de los hijos e hijas.
- **PEP jóvenes:** dificultad para proyectarse en el futuro (*“estudiar algo que no me sirva”, “estudiar algo que no me gusta”, precariedad e inestabilidad laboral*).

- **Autoexigencia:** presión por los logros, miedo a no estar a la altura o a no cumplir con los objetivos marcados. Se detecta en las PEP jóvenes, pero también en alguna PEP adulta (mujer con sensación de sobrecarga: trabajo, hijo, estudios). En esta línea, al final de la reunión de jóvenes, se menciona el malestar que generan las RRSS por la tendencia a compararse con otras personas y vidas (*“mensajes de vidas perfectas, éxito y felicidad”*): sensación de competición.



Ataques de ansiedad por no llegar a la nota. No me permito fallar porque soy muy perfeccionista y autoexigente con los estudios. (PEP joven)

Adicionalmente, a algunas PEP jóvenes no les llega la comprensión y empatía que requieren por parte de sus progenitores ante las situaciones que están atravesando, lo que les lleva a conductas y actitudes evitativas para llenar el tiempo y no tener que pensar. Perciben que:

- Se relativiza y se invalida lo que experimentan: se individualiza su sufrimiento y se les hace responsables (culpables) de lo que les pasa y de resolverlo.

“

Mis padres no quieren pagar un psicólogo: ‘eso es tu cabeza’... (PEP)

- A estas personas les cuesta legitimar lo que les pasa y restan importancia a su malestar.

“

Iba a ir al psicólogo de la universidad, que es gratuito, pero pensé que hay otros que están peor y que lo necesitan más que yo. (PEP joven)

Como consecuencia de las vivencias y preocupaciones expresadas, las PEP jóvenes experimentan los siguientes sentimientos:

- **Confusión:** con dificultades para comprenderse y ser comprendidas por las personas de alrededor, y para gestionar sus emociones.
- **Soledad,** al tener la sensación de que son las únicas personas que experimentan esas vivencias, lo que, en ocasiones, se refuerza con la incompreensión de los padres y las madres.
- **Bloqueo, impotencia, apatía y angustia:** falta de criterio.

“

Me meto en un bucle. (PEP joven)

“

Sé lo que me pasa, pero no tengo herramientas. (PEP joven)

En el caso de las PEP mayores, ante estas vivencias, se experimenta falta de control sobre sus vidas y ansiedad, tanto ante el futuro incierto, como por sobrecarga (esto último en el caso de una PEP mujer).

Por su parte, en el caso de las PEP adultas con problemas de salud mental grave, el foco se va a poner en el modelo de atención a la salud mental, un modelo que definen como “medicamentoso y con intereses económicos”, que no se ha modificado en años a pesar de que, desde su experiencia, no funciona, por lo que experimentan frustración e impotencia. Las personas participantes abogan por un modelo que dé prioridad a la atención personal y con enfoque multidisciplinar. Volveremos a ello en capítulos posteriores.

“

Ves que no cambia nada. Es como estar viviendo el día de la marmota. (PEP adulta)

En términos genéricos las PEP adultas hacen referencia a la soledad que se observa en la gente de alrededor, motivada por un modelo social individualista, basado en la competición, en vez de cultivar la colaboración. Probablemente, con estas expresiones impersonales están expresando, de una forma indirecta, su propio sentir.

Nos detendremos con más detalle en este colectivo en el capítulo relativo a la experiencia de las PEP.

3.2.3 La visión de las familias

Las preocupaciones, el estado de ánimo y los sentimientos de las familias van a estar condicionados por la situación de su familiar PEP, los recursos disponibles, la situación general de atención a problemas de salud mental y la perspectiva a futuro. En este sentido, se refleja un estado de ánimo cambiante y ciclotímico.



La mayoría de familiares participantes se encuentran, después de una larga trayectoria con el problema de salud mental, en una fase en la que el problema está estabilizado, la persona goza de una relativa sociabilidad y desarrolla actividades de desempeño cotidiano. No obstante, no siempre ha sido así, ni lo es en todos los casos. De ese modo, el ánimo va a estar determinado en cierta medida por el momento que se atraviesa, tanto en la propia familia como especialmente en el caso de la PEP. Estas circunstancias van a ocupar un lugar prioritario en las vivencias y preocupaciones de las familias, frente a otros problemas de carácter social o económico más globales. En ocasiones, el problema alcanza tal envergadura y afecta de tal manera a todos los ámbitos de la vida, que deja en un segundo plano a otros problemas que se viven como externos. No hay que olvidar que se trata de problemas de salud mental graves, en la mayoría de los casos extendidos en el tiempo y con los que la persona puede llegar a convivir durante toda la vida.

En esta compleja situación, se identifica una amalgama de sentimientos, cada uno de los cuales directamente asociado a la cuestión que este público está rememorando en cada momento. Las situaciones que se relatan y los sentimientos asociados son los siguientes:

- **El largo y difícil trayecto:** de sus relatos se desprende un alto grado de sufrimiento y soledad. En ocasiones se narran otros problemas con los que se ha convivido en el tiempo (enfermedad de un progenitor, demencia y, en algún caso, muerte; otra enfermedad de la PEP; toxicomanías; convivencia con otros/as hijos/as; familia monoparental).
- **El día a día,** con sus vaivenes, que genera un cansancio físico y mental.

“

Cada día es volver a empezar. (Familiar)

“

Decía que oía voces y se iba a dar vueltas por la ciudad con el coche por la noche. Yo tenía el tobillo partido, estaba en silla de ruedas y no podía ir a por ella. (Familiar)

- **Los insuficientes recursos destinados a salud mental, el bajo apoyo recibido y el propio concepto sobre el que se construye el modelo de atención,** que en ocasiones se califica como erróneo. En estos momentos emergen sentimientos como: frustración, impotencia, indignación y tristeza.

“

El abandono, la marginación que hemos dado a la enfermedad mental. (Familiar)

“

¿Dónde está la Administración? Tras 20 años no se ha hecho nada. Cuánto sufrimiento recae solo en las familias y cuando nos dan dinero, que no nos llega, pero es como que “creéis que es papá Estado. ¿Cómo? Yo hablo con los políticos de aquí y sí, sí, hay que hacer cosas, pero pasan los años y ¿qué has hecho? Nada porque es que no puedo, porque la ley, porque... Es frustración”. (Familiar)

- **La preocupación ante el futuro:** es lo más angustiante, especialmente en el caso en el que la PEP sea un/a hijo/a, pues los padres y las madres son conscientes de que probablemente su hijo o hija les sobreviva. En ocasiones esto lleva a tomar decisiones difíciles.

“

Mi hijo estuvo en centros por toda la geografía. Me he gastado en privados que ni te cuento. Le dieron una paliza con un bate que dije: ‘lo van a matar’. Soy viuda. Lo incapacité para que la Consellería se encargara de él si me pasaba algo. Lo hablé con él y lo entendió. (Familiar)

“

Yo ahora estoy más preocupado que hace 15 años porque ahora tengo 15 años más, y no hay una red de recursos para cuando yo no pueda dar el soporte que necesita mi hijo. (Familiar)

A la vez, en otras partes del discurso se revela esperanza y empoderamiento, cuando se hace referencia a:

- **El proceso de recuperación:** desde la perspectiva del camino recorrido y tras constatar la recuperación de un familiar (interacción social, recuperación de actividades cotidianas) se experimenta confianza, ilusión y esperanza. Esto sucede incluso en aquellos casos en los que no ha habido recuperación o en los que el familiar ha fallecido, al observar otros casos en la asociación a lo largo de los años.
- **El movimiento asociativo:** las personas participantes se muestran altamente informadas, concienciadas y movilizadas. Alejadas de una actitud derrotista, manifiestan un sentimiento de comunidad y expresan su compromiso, motivación y energía (en este sentido, llama la atención que dos participantes cuyo familiar había fallecido continuaban vinculadas al movimiento; asimismo, dos madres cuyos hijos no habían experimentado una recuperación eran perfiles muy activos).

3.3 La salud mental: significados y actitudes



3.3.1 Asociaciones y significados

La definición de la salud mental por parte de los diferentes públicos estudiados resulta compleja y llena de matices.

Así, **los/as profesionales sanitarios/as** comienzan definiendo la salud mental desde lo que no es: salud mental no es experimentar únicamente emociones agradables (o ‘positivas’, como ellos y ellas las llaman). En este sentido, **una buena salud mental no es sinónimo de felicidad**. Con esta reacción, **el personal sanitario parece reflejar una actitud defensiva que responde probablemente a la presión social que siente para resolver malestares personales o sociales desde la medicina**; de hecho, algunas PEP jóvenes van a tener una concepción de la salud mental en estos términos (supresión y evitación de emociones desagradables o ‘negativas’).

El personal sanitario va a hacer una crítica genérica de lo que denomina ‘cultura de la inmediatez’ (supresión de síntomas) e ‘intolerancia a la frustración’ (expectativas y visión idealizada de la vida), como rasgos de la sociedad actual y más presente, según explican, en las nuevas generaciones. En este sentido, hay eventos vitales (duelos por pér-

didias de ser querido, rupturas sentimentales, pérdida de un trabajo...) que de forma natural requieren un proceso y la sucesión de una serie de fases para su superación, o estados (ej.: insomnio) que se resuelven con un cambio de hábitos (ejercicio físico). Desde su perspectiva, estos malestares no son un problema de salud mental. Esta diferencia entre contratiempos de la vida cotidiana y problemas psiquiátricos va a estar presente también en el discurso de algunas PEP adultas con problema de salud mental grave.



Hay que diferenciar entre no saber gestionar el estrés o una emoción o frustración, y la enfermedad mental. (PEP adulta)

A la vez, los sanitarios y las sanitarias se apresuran a señalar, en un discurso que puede sonar algo contradictorio, que, si no se presta atención al ma-

lestar y no se toman medidas, este puede derivar en una somatización, un agravamiento o una cronicación del problema.

“

A veces no acuden al médico porque piensan que es lo normal, y no lo es. (MAP)

Asimismo, y dentro de los problemas de salud mental, el personal sanitario distingue entre dos o incluso tres escalas o tipos de problema:

- Aquellos más prevalentes y de carácter leve que, a su vez, dependiendo de la escala o intensidad, entrarían en la categoría de problema de salud mental o serían vistos como reacciones naturales ante situaciones de la vida².
- Los problemas de salud mental graves: los que los consideran como los ‘verdaderos’ problemas de salud mental (psiquiátricos).

“

Es una alteración de las emociones, de la cognitividad, en la que la persona carece de la capacidad de gestionar los problemas del día a día. No saben desenvolverse en la vida diaria. La gente no los entiende y los va dejando de lado. Hay estigma por desconocimiento. (Familiar)

² En el grupo de Atención especializada, se desarrolla un debate en el que mientras de un lado (psiquiatras) se critica la ‘psiquiatrización’ de la vida cotidiana (e incluso ven algún beneficio en las listas de espera como una forma de combatir esta tendencia), de otro lado (psicólogos/as) defienden el papel del/a profesional sanitario/a, incluso cuando el problema no es psiquiátrico, aunque solo sea para tranquilizar y ofrecer unas pautas a la persona que está atravesando una situación difícil.

En el caso de los y las **familiares**, el significado de salud mental se va a comenzar construyendo desde la ausencia de (buena) salud mental.

A partir de ahí, **todos los colectivos** van a converger en ofrecer definiciones de salud mental en similares términos, haciendo referencia a la capacidad de adaptación, el manejo de las situaciones y el equilibrio mental para desarrollar las actividades de la vida diaria. En este sentido, un lugar común de varios públicos (sanitarios y sanitarias MAP y AE, PEP con problema grave) va a ser la mención a Freud:

“

Sigmund Freud dijo que, si alguien es capaz de amar, ser amado y trabajar, es que está sano. Me refiero a trabajar como dar sentido a la vida. (PEP)

En el caso de las **PEP adultas con problemas graves**, más que una definición de la salud mental se va a expresar un anhelo, que tiene que ver con la posibilidad de llevar una vida lo más normalizada posible, aun conviviendo con el problema de salud mental:

“

Salud mental es poder realizar el proyecto de vida que quiera uno, al margen de los problemas que existan, porque hay gente que nunca deja de escuchar voces, pero que aprende a vivir con ello y puede hacer su proyecto de vida o algo parecido. (PEP)

Todos los colectivos destacan la centralidad **de una buena salud mental** para el bienestar de la persona.

“

Lo es todo, porque si tu cabeza no está bien, te afecta a ti, a tu entorno, a todos los niveles. (PEP adulta)

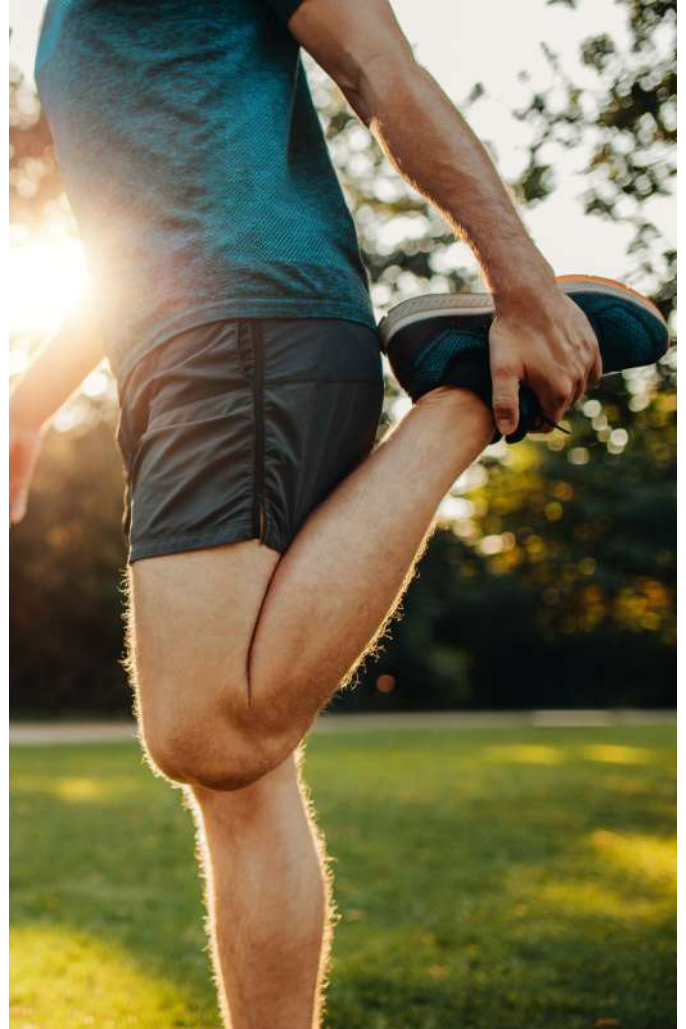
“

Ser feliz es un paso más, pero no se puede ser feliz si tienes un problema de salud mental [no resuelto]. (MAP)

Finalmente, y como tendencia emergente dentro de una tendencia social instaurada en los últimos años, emerge en el discurso (psicólogos/as que ejercen en ámbito privado y familiares de PEP) un matiz adicional que tiene que ver con **la prevención y los hábitos saludables, desde una connotación de autocuidado.**

“

Salud mental es buena alimentación, buen ocio, buen descanso. Esas pequeñas cosas que parecen tonterías. Y es importante que las personas lo sepan desde pequeños, para llevarlo a cabo toda su vida. (Familiar)



“

Una parte de mis clientes acuden no tanto porque tengan un problema, sino porque saben que les sienta bien y busca cuidarse... (Psicólogo ámbito privado)

3.3.2 Actitudes hacia la salud mental

Los grupos constatan los cambios observados recientemente con relación a la **visibilización y concienciación** en torno a la salud mental:

- Es un tema del que se habla con cierta frecuencia **en los medios**, se organizan eventos en torno a la materia y se escucha sobre ello en el ámbito político (en ambos grupos de sanitarios y sanitarias se menciona la intervención de Iñigo Errejón, aunque en ninguna reunión se cita la Estrategia Nacional de Salud Mental aprobada recientemente por el Gobierno).
- Las personas **‘famosas’** hacen públicos sus problemas en las redes sociales.
- Y **entre las personas jóvenes** es un tema que se comparte cada vez con más naturalidad: esto se hace visible en el grupo de PEP jóvenes, donde los y las participantes conectan casi desde el inicio, a pesar de que, como hemos dicho, se trata de un público que atraviesa diversas circunstancias en materia de salud mental.

“

La salud mental es la forma bonita de decir que nos pasan cosas en la cabeza, y ahora se está normalizando más, porque antes era que tenías que ser perfecto y si tenías problemas, que fueran pequeñitos, y si no, ocultarlo. (PEP joven)

No obstante, y aunque se percibe un avance, esta visibilidad puede transmitir una sensación engañosa. Las personas participantes destacan un efecto moda, unido a la situación causada a raíz de la pandemia, con un empeoramiento de las cifras de problemas de salud mental, lo que ha hecho inevitable el debate público sobre el fenómeno. A pesar

de ello, y sin negar el avance producido, los grupos consideran que **el tabú y el estigma siguen presentes**. Se hace mención a los siguientes aspectos:

- En el **ámbito laboral**, si alguien tiene algún problema, lo más seguro sigue siendo ocultarlo (PEP con problema leve).
- La **diferencia entre las 2 escalas o tipos de problemas** (leve y prevalente en población general vs. grave y con baja prevalencia) a la que hacíamos mención arriba, sigue siendo relevante aquí:
 - El leve y prevalente está incluso bien visto.

“

Es que parece que hasta se presume de ello, ¿no os parece? (Psiquiatra)

- Mientras que los problemas graves se asocian a connotaciones negativas y alarmistas.

“

Se habla de salud mental a raíz de la pandemia, pero entre comillas, porque se ha normalizado el tema de la depresión o de la ansiedad. Pero no digas que eres esquizofrénico o psicótico o bipolar, porque eso son palabras mayores. (PEP)

“

Hemos interiorizado que son los más malos, los que más roban, los que más matan. (Familiar)

“

Se asocia a agresividad, irracionalidad. Constantemente escuchas: ‘está loco’ o ‘este es un esquizofrénico’. (Familiar)

- Algunas PEP jóvenes se quejan de que **los padres y las madres no conceden importancia** a los problemas que sus hijos e hijas atraviesan, y les conminan a resolverlos por sí mismos/as, haciéndoles responsables de la situación.

“

Me dicen: ‘céntrate y déjate de eso. Es una tontería, está en tu cabeza y tendrías que controlarlo’ y eso no ayuda, sino que hace que empeore, porque te falta apoyo. (PEP joven)

- Por último, en el grupo de **familiares** (y en menor medida, en el de profesionales de atención especializada) se habla del propio **tabú presente entre algunos familiares**, mencionándose aspectos como: la dificultad de aceptación de la existencia de un problema de salud mental, la ocultación a las propias personas afectadas o a personas de alrededor con objeto de ‘proteger’, la culpa (bien a sí mismas o a la persona que tiene el problema), o las actitudes individualistas para afrontar el problema (terapias exclusivamente individuales y no grupales).

“

En la calle ves un chico con síndrome de Down y no pasa nada, pero te avergüenzas de que se sepa que tu hijo tiene una enfermedad mental. (Familiar)

En este sentido, se concluye que los prejuicios y la falta de conciencia persisten en la sociedad (“de la salud mental no se habla como de la diabetes”), por lo que las familias desde las asociaciones abogan por **dar visibilidad al problema y a las personas**, a través de la normalización, la información, la transparencia y la ocupación del espacio público por las personas.

“

La mente es un órgano que enferma igual que otro. (Familiar)

La crítica a las actitudes sociales en torno a la salud mental se transforma en expresión de **malestar hacia las instituciones y poderes públicos por el abordaje de la gestión de los problemas de salud mental que, a su juicio, revela una actitud**. Así, se denuncia:

- **La propia concepción del problema mental grave como crónico e incapacitante**, que excluye a las PEP de la sociedad: se clasifica a la persona bajo una etiqueta, que además le impide trabajar, y esa etiqueta le acompaña toda la vida.

“

Mi marido ha tenido dos procesos de cáncer y nadie le dice que es cancerígeno: le ponen un tratamiento, 5 años de mantenimiento, se le da de alta y, si le pasa algo, vuelve. A mi hijo con la enfermedad mental le dan un certificado diciendo que es discapacitado, y que ya no va a poder trabajar, y eso hace que haya perdido la vida, la esperanza. (Familiar)

- **Las dificultades para lograr una capacitación profesional** y el riesgo que asume la PEP si trata de **ejercer una actividad profesional**, cuando en realidad un trabajo sería una vía que dignifica y proporciona autonomía.

“

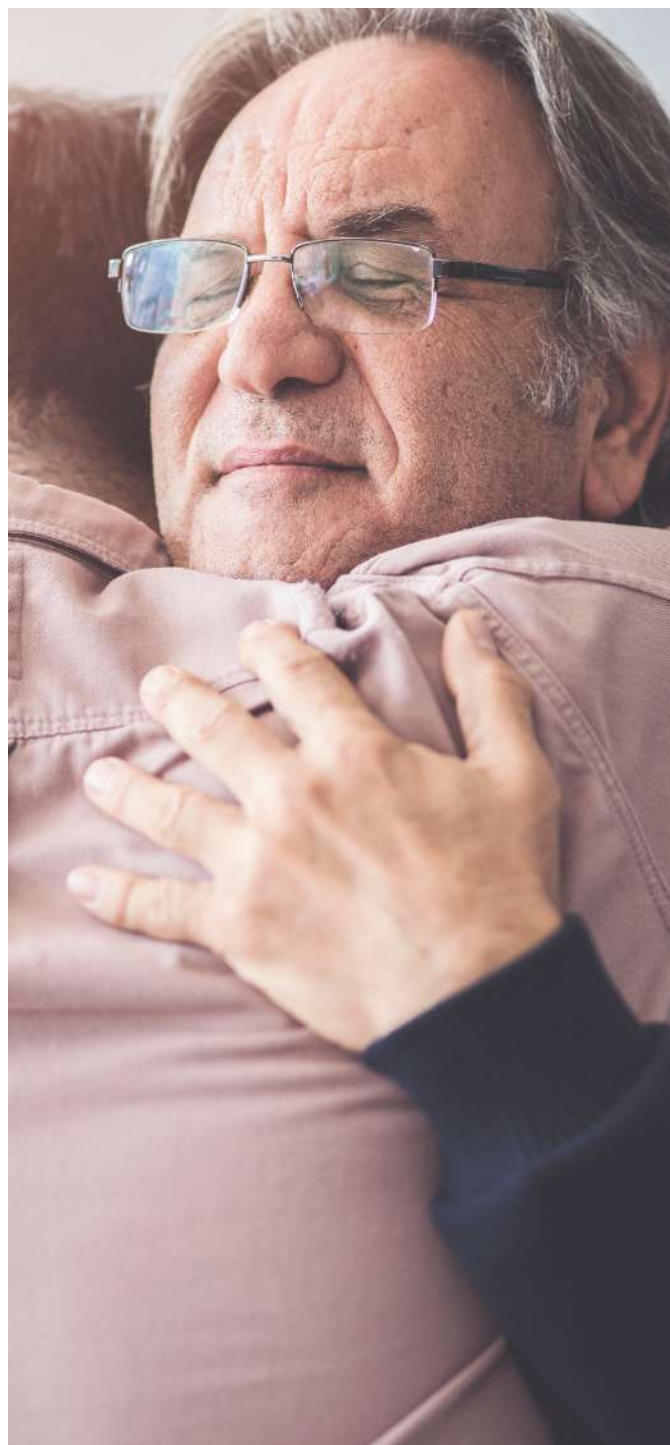
Las personas con problema de salud mental nunca se van a poder integrar si no pueden integrarse en el mercado laboral. Tienen que tener la seguridad de que si tienen un brote podrán tener de nuevo la pensión, y esto lo que hace es que se cronifique el que como estás enfermo no trabajas porque si trabajas y te da un brote, perdiste la plaza en el Centro de Rehabilitación, que tardas años en tener plaza, y pierdes la pensión, y las empresas tienen que entender que es algo temporal ese brote. (Familiar)

- **La desprotección** en la que quedan las personas **al cumplir los 65 años**, pues dejan de percibir la paga por discapacidad.
- **El protagonismo de la medicación**, en grandes cantidades y de forma crónica, **como recurso terapéutico** principal y, a veces exclusivo.

“

El modo de atender es ‘empastillar’, eliminar el síntoma, no la terapia, ir a las causas o proporcionar herramientas para la gestión del problema. (PEP adulta)

- Más allá de **los reducidos recursos disponibles** en el sistema, cuestión a la que se hará referencia en el capítulo correspondiente.



3.3.3 Factores condicionantes

Con relación a los **factores que influyen en un problema de salud mental**, la perspectiva más compartida por las muestras es que los problemas de salud mental están condicionados por una combinación de factores. Los más familiarizados (personal sanitario y PEP adultas con problema grave) mencionan la perspectiva biopsicosocial. Otros/as citan una predisposición genética que, unida a un acontecimiento traumático o al consumo de tóxicos desemboca en un problema de salud mental. Se señala que, en algunos casos, el problema tiene que ver con factores del entorno o familiares. En otras ocasiones, algunos problemas de salud mental graves aparecen de súbito, sin antecedentes familiares, ni conductas que pudieran anticipar que hubiera un problema. Cuando se dan estas circunstancias, el trastorno mental se asocia a un carácter más biológico y su origen se percibe como un misterio.

Respecto a la influencia del **factor socioeconómico**, se menciona de forma indirecta y no siempre explícita. Incluso en algún caso puntual (psicólogo, MAP) se duda de ese vínculo. En general, se señala lo siguiente:

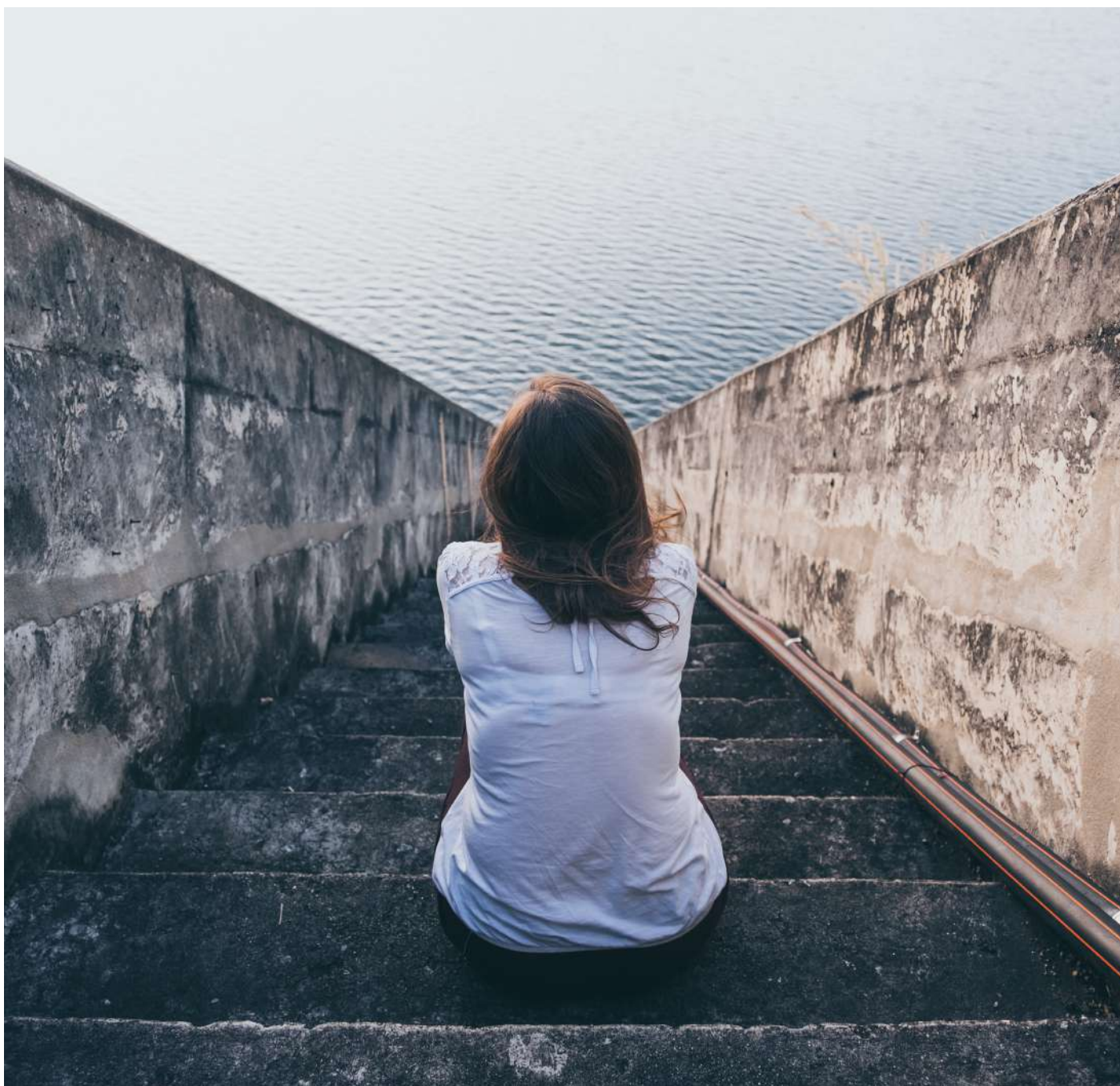
- Mayoritariamente (MAP, PEP y familiar), y desde la perspectiva del tratamiento, se considera que **los recursos económicos permiten el acceso a terapias y frecuencia de tratamiento** a las que no siempre puede accederse en el sistema público. Se añade que, si no se recibe la atención necesaria y **en una etapa temprana**, el empeoramiento o cronificación del problema es más probable.



*Según seas más rico o más pobre, te podrás recuperar, podrás sanar o no.
(PEP adulta)*

En esta línea, a lo largo de las reuniones, y como se verá en los capítulos siguientes, se va a constatar el relevante papel que desempeña la terapia privada en diferentes colectivos, siempre lógicamente que se disponga de recursos:

- Problemas leves que se resuelven vía psicoterapia privada, a los que se acude directamente o a veces por recomendación de MAP.
- Como complemento a la atención psiquiátrica y psicológica del sistema de salud público, pues permite una mayor periodicidad y tiempo de consulta para llevar a cabo una psicoterapia efectiva.
- En el caso de las PEP que los y las especialistas denominan ‘rebotados/as’ (por mala experiencia con el sistema de salud) y ‘desahuciados/as’ del sistema (estas últimas, aunque pueden ser jóvenes, son personas con un largo ‘peregrinaje’ a las que el sistema no ha podido dar respuesta y a las que, llegado un punto, no se les ofrecen más alternativas).
- A la vez, y en términos de prevalencia, **el bienestar físico, social y económico reporta una mejor salud mental**. Este aspecto es, sin embargo, debatido: mientras que una MAP aduce que ella tuvo que prescribir muchos más fármacos cuando trabajaba en un barrio con renta per cápita baja, otro (MAP, psicólogo) defiende que la prevalencia de ansiedad y problemas psicológicos en entornos urbanos y con mayor renta per cápita es también alta, mientras que un tercero (psiquiatra) justifica este dato porque las rentas altas demandan más ayuda.
- Por último, de forma minoritaria, se menciona **la influencia del factor socioeconómico y el entorno familiar** en el origen del problema de salud mental, por cuidados insuficientes en etapas tempranas del neurodesarrollo, desde el embarazo a la crianza.



En lo que se refiere al impacto del **factor género en la salud mental**, no parece haber una conciencia al respecto, pues no surge en espontáneo en ninguna reunión. Al sugerirse por parte de la moderadora en las reuniones de sanitarios y sanitarias, concluyen lo siguiente:

- **Las mujeres buscan más ayuda y consultan más**, ‘por su perfil, culturalmente, más gregario’.
- En un segundo lugar se hace mención a **la desigualdad, y al perfil de la mujer como la ‘gran cuidadora’** (casa, hijos e hijas, pareja y progenitores), arrastrando problemas de sobrecarga.
- Como tercer elemento, aunque sin detenerse en ello (grupo AE), se hace referencia a los **roles extraídos del consumo de pornografía por parte de las personas jóvenes**: sumisión, violencia, sexualización de la mujer.
- Minoritariamente se menciona la **mayor prevalencia biológica de ciertos problemas en la mujer**.
- Puntualmente, al final de una reunión de familiares, se cita el **vínculo entre violencia de género y problema de salud mental**.

3.4 La experiencia de las personas con problemas de salud mental y sus familiares

Tratar de perfilar una experiencia y proceso único a partir de circunstancias variadas exige una labor de simplificación, pues no se pueden recoger todas las casuísticas. No obstante, este esfuerzo de ‘modelización’ del proceso e identificación de diferentes fases, aun no permitiendo un ejercicio de exhaustividad, aporta claridad y resulta informativo. Como toda modelización, recoge ‘categorías ideales’, por lo que cada PEP y familiar se identificará en mayor medida con algunas de las situaciones y vivencias descritas, y en menor medida con otras.

El citado proceso se reconstruye, sobre todo, a partir de los testimonios de familiares, más allá de que se complementa con la perspectiva de las PEP. En este sentido, se recogen principalmente la trayectoria y fases atravesadas por aquellas personas, y sus familiares, que afrontan un problema de salud mental grave, y no tanto la situación de aquellas otras que únicamente manifiestan malestar emocional o que tienen un problema leve de salud mental.

Los siguientes subepígrafes recogen, en primer lugar, el proceso experimentado por las PEP y sus familias. A continuación, se relata la experiencia de las PEP, para terminar con la vivencia de las familias. Puede suceder que se detecten algunas redundancias a lo largo del capítulo, cuestión que resulta inevitable al abordar la misma cuestión desde diferentes perspectivas.

3.4.1 El proceso

Los testimonios recogidos reflejan en su mayoría largas trayectorias que se extienden en el tiempo durante décadas. Ello proporciona una perspectiva ‘histórica’ que permite además un ‘cierre’ de ciclo. En la realidad, no todas las personas habrán pasado por todas las fases, ni el orden es necesariamente el mismo, y, desafortunadamente, no todas habrán llegado a la fase final de recuperación. A lo largo del proceso distinguimos 6 fases, que son las siguientes:

1. **Manifestación del problema.**
2. **Atención y recuperación inicial.**
3. **Recaída/s y posibles secuelas.**
4. **Diagnóstico o diagnósticos.**
5. **Afrontamiento del problema.**
6. **Recuperación.**

A continuación, recorreremos cada una de ellas con más detalle.



FASE 1: MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

En términos de manifestación del problema existe diversidad. Se detectan diferentes situaciones:

- En ocasiones ha habido síntomas, conductas previas o manifestaciones de malestar a las que se ha podido prestar más o menos atención, aunque habitualmente a las familias no les hace presagiar la crisis que se desencadena posteriormente: aislamiento, descenso en las notas, desasosiego, reacciones o comportamientos no comunes.
- Otras veces, aparece de forma súbita.
- También puede suceder que lo que se manifiesta previamente es otro problema de carácter somático, por lo que el problema de salud mental no se detecta desde un inicio.
- O bien el problema de salud mental es una consecuencia de conductas de riesgo (consumo de tóxicos, adicciones). En estos casos puede tardarse un tiempo en identificar el problema de salud mental, y lo que se trata es el problema que tiene una manifestación más explícita.

A menudo, esta primera fase se caracteriza por el desconcierto, la desorientación, el estado de shock, la incredulidad sobre lo que está pasando, la improvisación y la falta de información. Aunque, en algún caso, previamente se ha podido acudir al médico o la médica de cabecera o incluso al/a especialista, esta primera manifestación traumática suele llegar a urgencias y, de ahí, a un ingreso.

En otros casos, se ha podido acudir previamente al/a MAP o a un/a psicólogo/a privado/a. O, en situaciones de consumo de tóxicos, a un Centro de desintoxicación.

En esta primera etapa, se pone de manifiesto la importancia de la detección y atención precoz, así como la orientación, formación, apoyo y terapia a PEP y familia.

“

A mi hija en el 2015 le afloró un problema y en principio no sabes cómo hacer. (Familiar)

“

Mi hermano tiene esquizofrenia. Lo complicado fue con 22 años asimilar esa enfermedad. (Familiar)

“

Mi hija tuvo un brote psicótico. Empezó con la enfermedad y no sabíamos qué hacer. Echamos mano de un psiquiatra muy famoso de aquí. (Familiar)

“

La vida es bastante buena frente a lo que fue el principio. Eso fue tremendo. Te encuentras que ves que a tu hija le hace falta ayuda, no sabes cómo dársela, a dónde ir, y al principio hubo un error de diagnóstico, la diagnosticaron agorafobia que iba a peor, a peor, hasta que un día fuimos a urgencias y nos dijeron que la tenía que ver un psiquiatra. (Familiar)

“

El principio fue lo más duro, no te crees lo que está pasando. Ver a tu hermano en psiquiatría y crees que es un mal sueño. Mis padres eran mayores y es complicado asumir lo que pasa, hasta algún hermano le echa la culpa a él de lo que le pasa. (Familiar)

En algún caso, la PEP debe abandonar su profesión, interrumpir aquello para lo que se estaba formando y renunciar a su proyecto de vida:

“

Ella es psicóloga y cuando le pasó había entrado en el ejército, pero lo tuvo que dejar, claro. Ahora ella es voluntaria en la asociación. (Familiar)



FASE 2: ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN INICIAL

Aunque los primeros ingresos psiquiátricos resultan con frecuencia traumáticos, la salida, tras la recuperación, y la vuelta al entorno, generan una fantasía de normalidad y retorno a la vida anterior (y los viejos hábitos). A menudo el problema de salud mental se vive como un accidente en el camino, un mal sueño del que se ha despertado.

En esta fase, puede haber una necesidad de acompañamiento y orientación a la PEP.

“

Mi hijo decía que él está mal porque lo ingresamos. (Familiar)

FASE 3: RECAÍDA/S Y POSIBLES SECUELAS

Esta fase puede llegar a extenderse años en el tiempo y resulta tremendamente dura para las familias, pues, además del desgaste físico y mental, genera una gran desazón, por la ausencia de horizonte. El sufrimiento de la PEP es patente y las familias viven en un continuo estado de alerta: recaída, brotes de repetición, secuelas.

Se teme cada salida de casa de la PEP (no se sabe qué va a hacer o qué le puede pasar) y las posibles recaídas se viven de forma angustiada. Se tiende a sobreprotegerle. En ocasiones, la PEP se recluye en casa y se encierra en sí misma (si no hay un servicio de salud mental cerca, las visitas se distancian o son inexistentes). Otras veces, la reclusión es por ingreso en una unidad psiquiátrica, lo que nuevamente resulta traumático. Se repiten algunas situaciones como: el abandono de la medicación, la marcha de casa, hábitos no saludables. A veces se produce un alto deterioro e incluso se vive en la calle durante un tiempo. Aparece el estigma. Alejamiento o pérdida de amistades, pareja, pérdida de empleo.

“

Tuvo una pareja, fue un gran golpe para ella el que su pareja la dejase. (Familiar)

“

Los amigos se apartaban. Él se iba de fiesta y mis padres no sabían si iba a volver o no. Se ponía agresivo si se saltaba la medicación y recuerdo ver a mi madre llorando en la calle con miedo, sin atreverse a entrar. (Familiar)

“

Tenía una mujer y una hija. Volvió a los malos hábitos, perdió el trabajo, se separaron. (Familiar)

“

Ha sido un camino muy largo, difícil. (Familiar)

Un caso particularmente complejo es el de las patologías duales donde hay una adicción. De acuerdo con los/as familiares, la PEP con adicciones tiene una doble dificultad: la propia patología dual y sus necesidades específicas, y el hecho de que el sistema de salud no proporcione tratamiento si en ese momento se está consumiendo tóxicos.



FASE 4: DIAGNÓSTICO O DIAGNÓSTICOS

[Esta fase en ocasiones antecede a la fase 3]

El diagnóstico no siempre es inmediato. Incluso pueden darse distintos diagnósticos según el/la profesional, hasta que se logra un diagnóstico ajustado, o una misma persona acumula varios diagnósticos al mismo tiempo. En ocasiones, el propio problema puede evolucionar hacia otros problemas mentales distintos. En la misma línea, dar con el tratamiento farmacológico adecuado puede tardar años. En este sentido, es habitual la resistencia a tomar la medicación: múltiples efectos secundarios, difícil dar con tratamiento y dosis ‘adecuados’ (aumento considerable de peso, adormecimiento, no reconocerse, dejar de ser uno/a mismo/a). Surgen además otros problemas asociados, como las adicciones (tabaquismo...) y otros hábitos poco saludables, que pueden generar otros problemas de salud.

“

Pasaron 10 años hasta que lo diagnosticaron, ingresos, altas, medicaciones, pero las dejaba... (Familiares)

“

Yo oía voces y luego evolucionó a Tourette y eso duró años. (PEP adulta)

“

Mi diagnóstico era TOC y al morir mi padre me obsesioné con la comida y tuve anorexia nerviosa. (PEP joven)

“

Vive independiente, tiene esquizofrenia y desde hace 15 años no tiene brotes, tiene otros problemas asociados como el tabaquismo y todo lo que conlleva de problemas graves de salud. (Familiar)

“

Mi hija también tuvo un problema muy grande con el tabaco, pasó de no fumar nada a fumar uno tras otro, y le ha costado mucho dejarlo. (Familiar)

FASE 5: AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA

Más allá de los problemas de diagnóstico, se observan dificultades para aceptar el problema de salud mental o comprender lo que le ocurre, tanto por parte de la PEP, como por parte de miembros de la familia y también por parte del entorno. La culpa y la vergüenza son emociones muy presentes. Cuando la situación sobrepasa o cuando se busca dar sentido a lo que sucede, en ocasiones se busca algún tipo de responsabilidad o causa en el comportamiento de la PEP o en uno/a mismo/a. A veces, el estado o comportamiento de la PEP provoca vergüenza en el familiar.

“

Tuvo bastantes recaídas porque no asimilaba la enfermedad que tenía. También tenía adicción a tóxicos y eso agravaba el tema. (Familiar)

La aceptación del problema de salud mental, y la comprensión de lo que le sucede, marca un hito, tanto en PEP como en familia, porque las empodera, genera una apertura y las saca del aislamiento y la soledad. En ocasiones un elemento facilitador es el vínculo con las asociaciones o las terapias grupales de familiares. En ocasiones se logra dotar de sentido a toda la experiencia y se desarrolla un anhelo de contribuir a la vida de otras personas.

“

No me arrepiento de nada. Todo lo vivido me ha hecho mejor persona. La gente viene a mí cuando tiene un problema. (Familiar)

Nuevamente, en situaciones de consumo de tóxicos se observa una dificultad adicional, pues se requiere aceptar el problema de la adicción y el de salud mental, a la vez que se afronta la dificultad de lograr acceder a un programa de tratamiento dual.



FASE 6: RECUPERACIÓN

La fase de recuperación se caracteriza por la ‘normalización’ y la integración en la vida: talleres, actividades, interacción con las demás personas, recuperación de la confianza, gestiones cotidianas. Varias familias participantes destacan que su familiar PEP lleva actualmente una vida relativamente normalizada, aunque una gran parte de ellas no desempeñan un trabajo remunerado.

“

Tuvo muchas recaídas, con secuelas, hasta que llegamos a Ascasam y se ha recuperado bastante. Los psiquiatras no creían que se fuera a recuperar tanto. (Familiar)

“

Hoy hace su vida normal, mucho deporte, pero no ha podido volver a ejercer su profesión. (Familiar)

3.4.2 La experiencia de las PEP

Nuevamente nos centramos principalmente aquí en la experiencia de las PEP con un problema de salud mental grave, pues en el capítulo sobre la situación actual se ofrecía una descripción detallada sobre el momento que atraviesan aquellas personas con un problema mental leve o cuya situación de bienestar es baja en este momento.

Todas las PEP con un problema de salud grave que participaron en el estudio se encontraban en un momento en el que su problema estaba compensado y llevaban una vida relativamente normalizada: bien en el paso a la universidad, o reanudando sus estudios en el Centro de Día, trabajando de forma esporádica o realizando labores de voluntariado.

Dada la diversidad de perfiles, recogemos aquí los principales elementos comunes que hemos detectado en las vivencias de las PEP:

- En general se recuerdan los inicios del problema de salud mental. Se suele identificar:
 - Una causa, un origen o un activador: maltrato infantil, acoso laboral, fallecimiento de progenitor/a, abuso sexual infantil, dificultades para aceptar la preferencia sexual...
 - O un primer momento de manifestación: ‘oía voces’, ‘de repente me quedaba paralizada en la puerta de clase’.
 - Algunas personas recuerdan el diagnóstico desde que tienen uso de razón y cómo el problema les ha condicionado la vida.

“

A los 4 años me diagnosticaron TDAH. El TDAH es lo que más me ha echado para atrás en mi vida, y me ha generado mucho conflicto, hasta que en mi familia hace unos meses se pusieron a leer y vieron que yo era así, que no es que lo hiciera por hacer mal las cosas. (PEP joven)

- Más que un recorrido lineal de la experiencia, se rememoran ‘hitos’, aunque no necesariamente de forma ordenada en la biografía. En cada hito del proceso es muy importante el momento vital que atraviesan y el papel o la respuesta de las personas del entorno.

“

Tuve que repetir 2º de la ESO porque me coincidió el tratamiento de TDAH, que eran anfetaminas, con un cambio de colegio y me hicieron bullying. Pasaba mucho tiempo solo porque mis padres trabajaban fuera varios días a la semana y me daba atracones de comida. (PEP)

“

En esa empresa se portaron muy bien. Me pagaron una terapia para mi fobia a volar. (PEP)

“

Pasé años gritando con una especie de Tourette y, a pesar de todo, mi familia me apoyó. (PEP)

“

No quería ver a nadie. Solo lo compartí con mi marido y mis hermanos. (PEP)

“

Mi madre y mi novio siempre me han apoyado. (PEP)

“

Mi familia quería hacerme ver que lo que había pasado con ese familiar era normal. Me disocié. (PEP)

- En general es un proceso que se vive en soledad y con sensación de aislamiento. Los referentes familiares son los que más se citan, y no siempre. Las amistades se mencionan en menor medida y a veces se hace referencia a su pérdida. Se experimenta la incomprensión de las personas de alrededor. Y se hace referencia a las renuncias en el camino que el problema les ha supuesto. El problema no tiende a compararse con la gente nueva que se va conociendo, a no ser que sepan que ha experimentado algo similar.

“

Tú tocas fondo, estás mal y tu entorno familiar se da cuenta, te afecta a ti y a tu familia. Quieres intimidad, solo los tuyos. Lo pasas mal por ellos, pero no lo puedes evitar. (PEP)

“

La gente no te entiende, te tachan de rara, te sientes aislada. Ves a gente que no te conoce de nada y se fija en ti. Mis padres fueron entendiendo la situación porque la psiquiatra se lo explicó. (PEP)

“

Miedo a que el médico no te tenga en cuenta, a los prejuicios, a que te mediquen, a que te aislen socialmente. (PEP)

“

Yo empecé a tener alucinaciones y problemas mentales a los 15 años, yo era consciente de que si lo decía se me iba a acabar la vida laboral y social. Con el tiempo estas alucinaciones derivaron en algo parecido al síndrome de Tourette y pasé de estar a punto de ser socio en un despacho de abogados a no trabajar. Lo único que recibes es medicación y se lleva una vida solitaria con tu familia, sin inserción laboral, polimedicados que físicamente se les ve que están atontados, engordan, se les cae la baba, hay una imagen así de la salud mental. (PEP)

“

En ese tiempo que pasaba solo, se me ocurrían pensamientos oscuros. Menos mal que nunca llegué a hacer nada. (PEP)

- En algunos casos, el temor a la recaída está muy presente, lo que añade un elemento adicional de ansiedad. En esta línea, la sobreprotección alimenta la inseguridad, la falta de confianza en una misma y la sensación de fragilidad.

“

Y luego llega la recuperación. Pero la posibilidad de recaída está siempre ahí. Te acecha. (PEP)

- Las dificultades y las dudas con el tratamiento de psicofármacos son un elemento común.

“

El psiquiatra solo me mandaba pastillas. Yo no confiaba en que una pastilla solucionara mi angustia vital. Te dicen: ‘tómame esta pastilla mínimo 1 año y hasta dentro de 6 meses no empezarás a ver la luz’. Te quedas en un limbo. Necesitas más herramientas, y estar como un zombi no es la solución. (PEP)

“

Te polimedican, engordas 20 kg y vives 20 años menos. (PEP)

“

Los ansiolíticos sí tienen un impacto en tu cabeza, estás como ausente, te centras, estudias, sacas lo máximo de ti, pero no te relacionas igual. (PEP)

“

Con la Anfetamina no eres tú. (PEP)

- Para aquellas PEP que tienen un vínculo con el movimiento asociativo, la experiencia en este ámbito a menudo les cambia la vida (amistades, recuperación de la confianza en uno/a mismo/a y en las demás personas, autoconocimiento, aprendizaje, empoderamiento).

3.4.3 La experiencia de sus familiares

A lo largo de todo el proceso, los y las familiares atraviesan, a su vez, por diferentes etapas y estados de ánimo que conviven entre sí, incluso siendo opuestos, y los mismos pueden sucederse en una misma persona. A continuación, las enumeramos:

- Desconcierto y desorientación no solo en el inicio, sino también en las diferentes etapas (qué hago, dónde busco ayuda).
- Culpa (¿qué ha hecho la PEP?, ¿qué hemos hecho nosotros/as o qué hemos dejado de hacer?), búsqueda de sentido. Si hay consumo de tóxicos, hay una mayor tendencia a culpar a la persona de la propia situación que atraviesa.

“

Mi familia, como yo no había consumido tóxicos no me abandonaron, a pesar de que pasé 2 años gritándoles. (PEP)

- A veces conviven la aceptación (acomodo y aceptación de la nueva situación) y la no aceptación (ocultación, conflicto, culpa).
- Movilización, búsqueda de recursos e información, aprendizaje.

“

Nos organizamos entre unas pocas familias de la zona, buscamos información y recursos, y montamos la asociación. (Familiar)

- Que a su vez puede convivir con momentos de indefensión y bloqueo. La familia, en ocasiones, se puede instalar en un duelo no procesado. A veces se echa de menos que el personal sanitario proporcione información sobre recursos y sobre el problema. Sensación de abandono, de falta de acompañamiento.

“

Los familiares no reciben apoyo psicológico, orientación. Te remiten a asociaciones privadas. (Familiar)

- Sobreprotección hacia la PEP, ansiedad y temor a que pueda recaer, a que le suceda algo, a que sufra o a que tome una decisión definitiva.

“

En el centro de día se trabaja con los padres para que se les deje ser independientes. (Familiar)

- Sobrecarga, asunción de toda la responsabilidad, especialmente en el caso de la mujer. Agotamiento físico y mental.

“

Echo en falta el apoyo masculino. Aquí las mamás se preocupan mucho, pero los hombres no veo tantos preocupándose por la enfermedad de sus hijos. (Familiar)

- Soledad, vivencia del problema en el entorno reducido de la unidad familiar, sin compartirlo con otros.
- Vergüenza.

“

Muchas familias intentan esconder la enfermedad. No quieren que nadie sepa que su familiar tiene una enfermedad mental. (Familiar)

- Incomprensión por parte del entorno, reproche, ataque y culpa.

“

La jueza dijo: ‘este niño lo que necesita es cariño’. Yo pensé: ‘usted no sabe lo que es una enfermedad mental’. (Familiar)

“

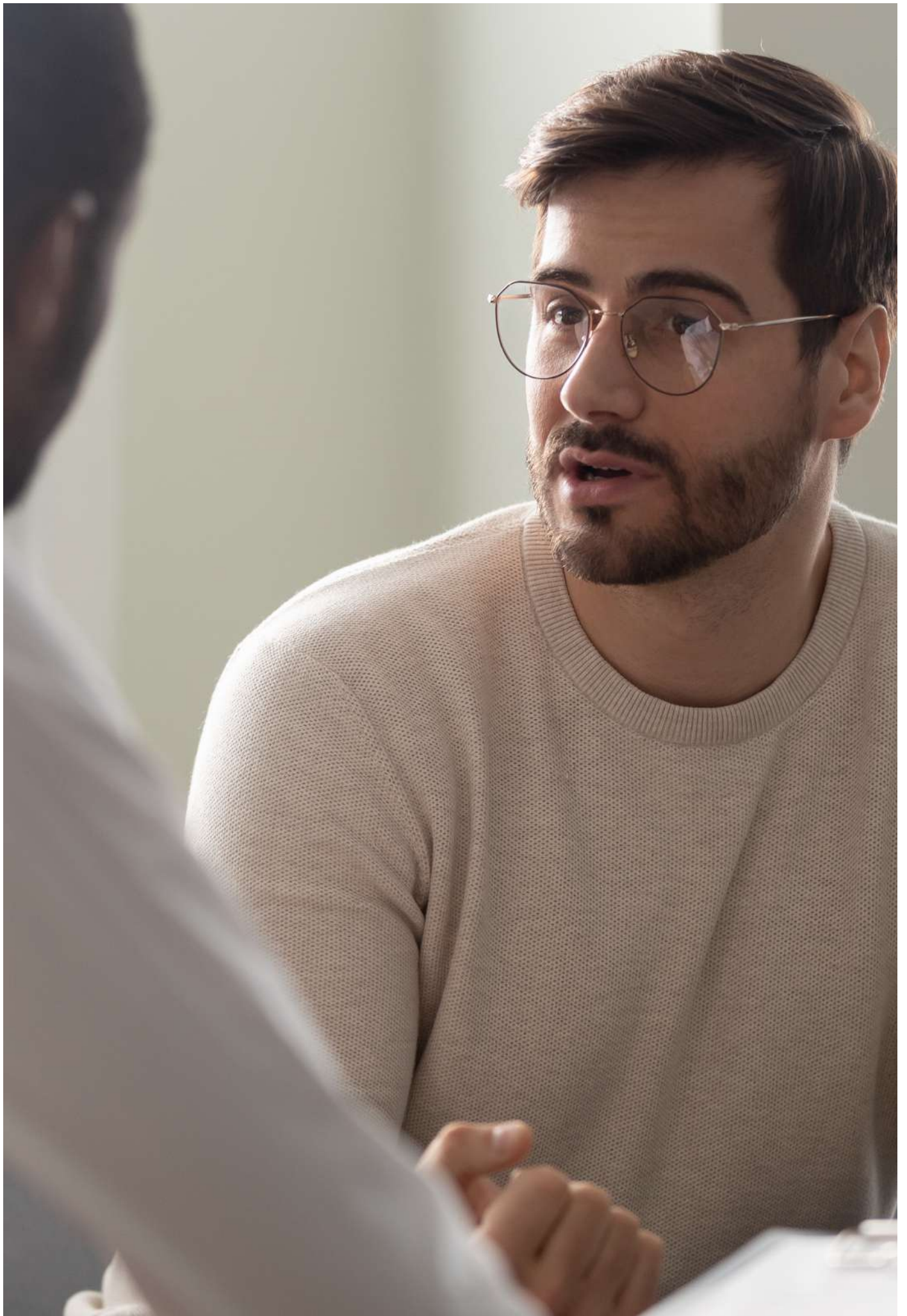
A mí me dijeron: ‘has sido demasiado rígida. Lo abandonaste’. (Familiar)

- Indignación, tristeza, impotencia.

“

Le certificaron la invalidez para que le quedara una pensión. Mi hijo tenía 32 años y le dijeron “no puedes trabajar” y él dijo: ‘pero si soy muy joven’ y nos dijeron es que si se les da responsabilidades se ponen peor. Se le acabó la vida, le dejaron sin esperanza. (Familiar)

- Preocupación latente por el futuro.
- Empoderamiento, confianza, recuperación de ilusión (por los avances, por el entorno comunitario).



3.5 El sistema de salud mental



Este es quizás el capítulo cuyo **análisis y estructuración** nos ha resultado **más complejo** y ello por dos razones:

- Dado que la gestión de la sanidad pública está transferida a las comunidades autónomas (CCAA), **la organización del sistema de salud depende de cada autonomía**. Tenemos claro que recoger las particularidades de cada modelo excede los objetivos de esta investigación. Sin embargo, el hecho de que los y las participantes en las reuniones residieran en diferentes comunidades autónomas (hemos contado un mínimo de 11 CCAA) y en distintos entornos (rural - urbano) hace que en ocasiones nos haya resultado sumamente difícil deducir de qué se estaba hablando (un caso claro es cuando se habla de ‘ingreso’ sin especificar el tipo de hospitalización/estancia y la unidad; o cuando se utilizan acepciones que son exclusivas o propias de una autonomía específica) y cuál es el equivalente en otra comunidad. Asimismo, hay que tener en cuenta que el personal sanitario, las PEP y las familias en ocasiones relataban experiencias difíciles de contrastar entre sí, pues cada participante podía proceder de una comunidad distinta.

- Por otra parte, **la propia interacción grupal que se produce en las reuniones obliga a intervenciones cortas y lleva a interrupciones por parte de otra persona participante**, por lo que en ocasiones se obtiene información atomizada, con una menor elaboración y no completa. Hay que tener en cuenta además que lo habitual es que la persona no hable de la institución en sí a la que acudió (o acude su familiar), sino sobre su propia experiencia personal en el sistema, por lo que nuestro análisis del sistema procede, en cierta medida, de ‘información indirecta’.

En este contexto, ofrecemos aquí unas bases o primeras pinceladas sobre el sistema de salud mental desde la perspectiva de profesionales y personas usuarias, estructurando los epígrafes sobre la base de su propia semántica y agrupando temas según las asociaciones y similitudes establecidas por las personas participantes en las reuniones.

Comenzamos con un apartado, el más extenso al disponer de más información, que se centra en la Atención Primaria, para continuar con apartados más breves relativos a los Centros de Salud Mental, las urgencias e ingresos, los centros de día, centros de rehabilitación y centros ocupacionales, las figuras del psiquiatra y el/la psicólogo/a, el fenómeno de la sobremedicación y la atención privada.

No se ha recogido aquí información sobre los Centros de desintoxicación, a pesar de que, de forma muy esporádica, salen en los discursos. Ello se debe a que no se trata de centros de salud mental propiamente dichos y no forman parte del sistema público de salud mental (al menos en los casos analizados). Señalar únicamente que, en ocasiones, estos centros forman parte del proceso. Suelen ser de carácter privado, en modalidad de ingreso. Tienen a encontrarse lejos del domicilio y algunos no están preparados para afrontar patologías duales.

3.5.1 La puerta de entrada: el Centro de Atención Primaria

El/la médico/a de cabecera o médico/a de atención primaria (MAP) es el acceso establecido al sistema, aunque, como veremos más adelante, en la práctica no siempre sucede así.

A grandes rasgos, los/as MAP distinguen entre aquellos problemas no graves y prevalentes en la población (como ansiedad y depresión menor, trastorno mixto), y aquellos problemas psiquiátricos graves (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, algunos trastornos de personalidad e intentos de suicidio) o problemas de salud mental crónicos que se han descompensado. Los primeros los asume y los trata el/la MAP, al menos inicialmente y cuando la persona no solicita derivación. Si el problema no evoluciona o empeora, se deriva al Centro o Unidad de Salud Mental, a Geriatria si es mayor de 80 años o a Urgencias, según la gravedad. En el caso de los segundos, es decir, los problemas graves, el/la MAP no los asume y los derivan directamente al Centro de Salud Mental, a Geriatria o a Urgencias.

Por tanto, en términos generales, los/as MAP asumen y tratan los problemas más prevalentes:

- Lo perciben como su función: el/la MAP es el **primer filtro**.
- Recurren en la mayoría de los casos a la medicación: se sienten capacidad para el manejo de estos fármacos y perciben que el abanico de opciones es amplio. Se suele citar a la persona con una periodicidad de dos-tres semanas y, en caso de no obtener el resultado esperado tras un periodo de tiempo estimado, se sube la pauta o se modifica medicación.



Actualmente existe un amplio abanico de manejo terapéutico que nos permite controlar bien, con pocos efectos secundarios, y si no a un segundo nivel poder ampliar esto. (MAP)

- En ocasiones (las menos), se opta por una labor de contención a través de la **escucha y orientación de la persona**, tratando de transmitir calma y normalizando sentimientos experimentados ante una situación concreta. Esta alternativa no es compartida por todos/as los/as MAP: no se dispone de tiempo y ahora menos; y no se cuenta con formación en psicoterapia.

Sin embargo, y más allá del sencillo esquema inicial, en el análisis del discurso se detectan otros elementos que pueden influir en la decisión de tratar o derivar del/la MAP, siendo uno de los más importantes la relación que existe con el siguiente nivel, que va a depender, en gran medida, de cómo esté organizado en cada comunidad autónoma. Algunas de las variables identificadas son las siguientes:

- El **nivel de sobrecarga**: la persona con un problema de salud mental necesita tiempo y es algo de lo que no se dispone en AP. Este problema se ha acentuado tras la pandemia, por la acumulación de retrasos.



El manejo ha empeorado: antes lo podías citar al final de la mañana y ahora no hay tiempo. La escucha es importante y a veces se resolvía con eso. Terminas derivando más, igual que antes podíamos hacer infiltraciones, ecos, que descargaban a especializada. (MAP)

- Las **alternativas psicoterapéuticas** de las que se dispone: en algunos centros de salud, desde CSM se ha puesto en marcha terapia grupal (duelo, ansiedad...), por lo que se abre una posibilidad más para derivar a la persona, que obtiene más apoyo social y más tiempo de atención.

- El **conocimiento de la persona y la preferencia** de esta: algunas personas prefieren que las trate su médico o médica de cabecera, que las conoce, frente a la alternativa de que cada vez las atienda un/a psiquiatra diferente y con una frecuencia menor. Otras personas, por el contrario, solicitan la derivación.
- El propio **interés y motivación del/la MAP**.



A mí me gusta la psiquiatría. (MAP)

- Las **listas de espera para AE**: en algunos lugares son de entre siete y nueve meses, y en preferente hay que esperar tres meses.
- El grado de **confianza en el funcionamiento del otro nivel**: si se desconfía, se tratará de no derivar.
- **Factores socioeconómicos y poblacionales**: algún/a MAP que se ha trasladado de una zona rural a una urbana constata que en zonas rurales se trata de asumir los casos en mayor medida: hay más tiempo disponible para la escucha y,

sobre todo, se contemplan las mayores dificultades que acarrea a la persona en caso de derivación (desplazamiento a consulta a muchos kilómetros de su domicilio). Por su parte, alguna MAP que ha pasado de una zona con renta per cápita baja a una alta, tiende a aconsejar psicoterapia privada ante casos leves (porque se trata de personas con recursos económicos), en vez de medicar o derivar, y dice observar mejorías.

- El grado de **coordinación y apoyo establecido y protocolizado**, que es variable y con un alto contraste entre CCAA e incluso entre Áreas de Salud.



Yo solo derivo cuando el paciente me lo pide o ante bajas largas en las que un inspector va a llamar. Muchas veces para las depresiones, mi opinión es que los profesionales de Psiquiatría sobremedican: dos antidepresivos, un neuroléptico, dos benzodiazepinas diferentes. (MAP)

Respecto a la imagen que se tiene del/la MAP con relación a la salud mental, esta varía de acuerdo con el perfil de público, aunque los elementos que se mencionan son más complementarios que opuestos:

MÉDICO Y MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP)		
AUTOPERCEPCIÓN	PERCEPCIÓN DESDE PEP Y FAMILIARES	PERCEPCIÓN DESDE AE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprometido/a con las personas: escucha y trata de tranquilizar. ■ Familiarizado/a y cómodo/a con los psicofármacos. ■ Con presión asistencial y pocos medios. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Algunas personas lo/a ven como una ayuda y orientación (hablar). ■ Otras destacan su prescripción de psicofármacos como primera y única opción (*véase cita página 56). ■ Otras, como el paso previo para acceder a AE, aunque la impresión es que la derivación no suele ser la primera opción a no ser que sea grave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con sobrecarga y poca formación. ■ Tiende a derivar más de lo necesario. ■ En algunas CCAA, la relación desde AE es de apoyo, acompañamiento y supervisión. ■ En otras CCAA, relación ambivalente con el/la MAP: comprensión de su situación y, a la vez, distancia, no implicación y falta de apoyo al/la MAP.

“

**Y vas al médico de cabecera y ya te empieza “empastillando”. No te dice que necesitas una terapia y cuesta que te derive al psiquiatra, que es quien debe medicarte tras una valoración.
(PEP)*

Como señalábamos al inicio del capítulo, aunque el/la MAP es la puerta de entrada establecida, se observa que en realidad no siempre es de ese modo. Así:

- En todas las muestras se hace referencia a otras ‘puertas de entrada’ que han incrementado su peso, como las Urgencias y los ingresos hospitalarios.
- Los/as MAP señalan que apenas ven o derivan a público joven y adolescente, aunque dicen conocer unidades específicas de adolescentes.
- Una parte de este grupo de población y otros públicos parecen ser absorbidos por la atención psicológica privada, sin pasar por Atención Primaria.



3.5.2 El segundo nivel: los Centros o Unidades de Salud Mental

El Centro o Unidad de Salud Mental es el siguiente nivel al que deriva el/la MAP (a no ser que se trate de un problema grave descompensado). Es también el lugar donde se hace seguimiento de aquellas personas con problema grave que han recibido el alta de una hospitalización o que pueden estar acudiendo al Centro de Día.

De acuerdo con el psiquiatra del CSM participante en el estudio, en algunos casos, los más graves, se sigue una coordinación entre distintos/as profesionales del centro. En el discurso de PEP y familiares no se mencionan otras figuras, más allá de los y las profesionales de Psiquiatría y Psicología (lo que no quiere decir que esa coordinación no exista).

En general, la experiencia y valoración de los CSM por parte de profesionales, PEP y familiares, es insatisfactoria. En ese malestar, se destaca:

- Las **listas de espera**.

“

Las listas de espera para la primera visita están ahora mismo en doce meses. (Psiquiatra AE)

“

Hay mucha lista de espera. A mí el psiquiatra antes me veía cada tres meses y solo en momentos puntuales me podía poner en contacto con él, pero de ahí he pasado a citas cada siete meses y ante una urgencia al médico de cabecera o a urgencias. Eso me lo ha dicho él. (PEP)

- La **frecuencia y duración de las consultas**: las visitas se espacian en el tiempo y la duración de cada consulta es muy breve.

“

Las visitas son cada tres o cinco meses. Y da tiempo a decir cómo van y qué toman. Eso no es suficiente para controlar la enfermedad. (Familiar)

“

Entre tres-cuatro meses el psicólogo y siete-ocho meses el psiquiatra. (Familiar)

- La **rotación de profesionales**: en ocasiones, atiende un/a profesional diferente en cada visita, con lo que es necesario volver a relatar el problema. Se mencionan también situaciones en las que un/a profesional cambia el diagnóstico realizado por el anterior, con la consiguiente confusión.

“

El psicólogo es cada dos-tres meses. Y de repente se ha dado de baja el tuyo y se lo cuentas de nuevo y no da tiempo a la devolución. (PEP)



- La **ausencia de vínculo**: no se llega a conocer a la persona y no se establece relación.
- La **falta de un plan**, un propósito u objetivo en cada caso.



El paciente lo puede vivir como algo bastante aleatorio. No saber bien cómo te van a tratar y cuánto tiempo. No están claros los objetivos, y esto hace que se entre en una cosa bastante inespecífica. No te acaban de dar el alta, pero no te acaban de decir cómo es tu tratamiento, qué objetivos y cuál va a ser un criterio de alta. (Psiquiatra AE)

- Desde la psicoterapia privada o de asociación, se menciona en algún caso la dificultad para establecer comunicación y coordinarse con el o la psiquiatra, que no resulta una figura accesible o cercana.

Como se ha señalado en el anterior epígrafe, en algunas CCAA, AE cuenta con un protocolo de coordinación con los CAP, mientras que en otras se habla de coordinación sin protocolo y de la posibilidad de abrir partes interconsulta, pero en la práctica esta opción no deja satisfechos ni a los/as MAP (apenas lo usan o no lo conocen), ni a los y las profesionales de AE (frustración porque solo se consulta sobre fármacos).

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

La imagen de los CSM y sus profesionales, aunque insatisfactoria en general, varía dependiendo del público:

EL FUNCIONAMIENTO Y LOS/AS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL		
AUTOPERCEPCIÓN	PERCEPCIÓN DESDE PEP Y FAMILIARES	PERCEPCIÓN DESDE MAP
<ul style="list-style-type: none">■ Se reciben muchos casos que no deberían llegar (fallos en filtrado del primer nivel: medios y formación).■ Baja motivación.■ No seguimiento continuado del mismo paciente.■ No plan, objetivo o propósito.■ Coordinación sólo en casos graves.	<ul style="list-style-type: none">■ Falta de satisfacción por lo descrito arriba.	<ul style="list-style-type: none">■ No hace suyo al paciente: ve el problema, no a la persona, y luego lo devuelve.■ Atención variable, depende de unidad de salud, CCAA y profesional.■ 'Ausente', no se le conoce, imprevisible, mejor no contar con ellos.■ Profesional que apoya, supervisa y acompaña a MAP.



En estas circunstancias, lo habitual es que, si la PEP o sus familiares disponen de recursos económicos, la asistencia del CSM se combine con la visita a un/a psicoterapeuta privado/a (o con uno/a de una asociación), que permita una duración razonable de las sesiones para poder aplicar psicoterapia, y una mayor frecuencia de las mismas. En esos casos:

- Se siguen manteniendo las visitas al CSM porque es donde se les prescribe la medicación.
- Pero, salvo excepciones (algunas asociaciones), no hay coordinación entre psicoterapeuta privado/a y profesionales de CSM.

El siguiente nivel, después del CSM, sería una derivación programada al hospital o a la unidad de día. No obstante, ante descompensaciones o procesos agudos, se acude a Urgencias.

3.5.3 La Atención en Urgencias y los “ingresos”

URGENCIAS

Una percepción compartida por todas las muestras es la sensación generalizada de falta de recursos en el sistema, empezando por la prevención y la detección precoz. Cuando los primeros niveles no cuentan con las herramientas, apoyo y formación adecuados, se produce una falta de detección y contención de CAP y CSM, y esto lleva a situaciones más agudas y a la entrada al sistema por urgencias. Los y las profesionales detectan un crecimiento de casos que entran a través de esta vía. En algún caso se trata de personas tratadas en CSM que se han descompensado, pero en otros, son personas que ni siquiera estaban registradas en el sistema.



Yo ayer salí de guardia y te puedo decir que había pacientes que era su primera visita. Otros directamente desde el CAP y otros desde el CESMA. Al final vemos un poquito de todo. (Psiquiatra AE)

Este incremento es visible en la población infantojuvenil.



En las guardias que hacía yo en el hospital de La Paz de residente, tenías que cubrir guardia de adultos y de infantil. Pasamos de tener una urgencia en cada guardia a ahora, por lo que me cuentan, son siete-ocho infantojuvenil en el que uno de los tres del equipo de la guardia tiene que estar permanentemente ahí. Es significativo, y no únicamente depresiones, sino trastornos de conducta, conductas parasuicidas en población adolescente o adulto joven. Es lo que más me llama la atención, teniendo en cuenta que todo ha subido. (Psiquiatra AE)

Cuando la persona es atendida en Urgencias, en ocasiones queda ingresada y, en otros casos, se le remite a su MAP para que le derive a la unidad de salud mental.

INGRESOS

Las personas hospitalizadas suelen ser derivadas de la unidad de salud mental o, a veces, del CAP directamente. En algunos casos proceden de urgencias, por una crisis en un problema agudo, un intento de suicidio... Es importante señalar, como hemos dicho anteriormente que, en ocasiones, la persona llega por primera vez, sin previo contacto con el sistema de salud mental. Por último, en menor medida la persona llega a través de los servicios sociales o por orden judicial.

A lo largo del discurso, algunas de las experiencias más traumáticas que se narran tienen que ver con “ingresos”. A veces se habla de la temida ‘cuarta

planta', la planta de Psiquiatría. No obstante, otros ingresos se relatan sin incidencia o, al menos, las PEP o familiares no se detienen en ellos. Se trata de hospitalizaciones para hacer pruebas o en las que se combina la estancia con la participación en centros de día. De todos ellos se habla de forma genérica, sin especificar si se trata de diferentes tipos de ingresos y en distinto tipo de institución.

Vamos a centrarnos aquí en los ingresos 'traumáticos' en las Unidades de Agudos de hospitalización psiquiátrica, pues es a lo que tanto PEP, como familiares, como algún/a profesional de AE dedican más espacio, y los que dejan más huella.

Los términos en los que se describen estas hospitalizaciones hacen referencia a las siguientes características:

- Se trata de plantas o **espacios cerrados**, de los que no se puede salir o acceder libremente, ni se puede ver desde el exterior.

“

En cardiología la puerta está abierta. En psiquiatría, ni un triste ojo de buey para ver qué está pasando ahí. (Psiquiatra AE)

- Los **métodos de contención físicos y farmacológicos tienen a menudo un carácter violento** e impuesto, empezando por el propio traslado al recinto.

“

Lo habitual es llegar en ambulancia, con la policía, atado a la cama. Te pinchan la medicación y no recibes ayuda psicológica. (PEP)

“

Es terrorífico. Ves a gente esposada, lo amarran, le medican sin contar con él para nada. No hablan con él y cierran la puerta, y lo oyes chillar. Es una tortura, el tratamiento tiene que ser más normalizado. Si hubiera los recursos adecuados para no tener que amarrarlos... (Familiar)

“

Muchas de las contenciones farmacológicas o físicas serían evitables si se contara con más profesionales. (Psiquiatra AE)

- Se **retiran los derechos de la persona**: no se le escucha, ni se le consulta, se le obliga a tomar la medicación, que a menudo la deja adormecida. No se dispensa un buen trato a las personas, **no se lleva a cabo psicoeducación, ni se realizan actividades.**

“

Hay falta de profesionales buenos, que se impliquen con los pacientes y que les guste el trabajo que hacen. Si falla eso es complicado. Hablo de todo el personal que lleva esa sala en donde estamos todos ingresados, reclusos, encerrados. (PEP)

- Suponen la **separación de la persona de su entorno**, recibiendo visitas regladas.



En jóvenes suele ser muy traumático el tener recaídas porque implica tener ingresos. Las salas de psiquiatría son sitios cerrados que da miedo entrar. Luego también el psiquiatra a veces usa la amenaza del encierro en la sala de psiquiatría: ‘tómate la medicación o si no te ingreso y sabes lo mal que se pasa’. (PEP)

- Algunos están fuera de la propia ciudad de residencia, la provincia o la comunidad autónoma.

Los/as propios/as profesionales de la Psiquiatría son conscientes de las condiciones de estos espacios y algunos/as hablan de la necesidad de cambiar estos entornos y su concepción para **acabar con el estigma de los problemas psiquiátricos**.



Mi psiquiatra cuando vino a verme me dijo: ¿pero tú te das cuenta de lo horrible que es esto? (PEP)

Al hilo de esta reflexión, algún psiquiatra menciona también la necesidad de revisar y evolucionar el propio concepto de incapacitación: evitar la incapacitación total y desarrollar la figura de asistente que da soporte en un área concreta.

Se mencionan también algunas medidas pioneras que están comenzando a ponerse en práctica como las visitas a domicilio a PEP con problema grave que han estado ingresadas y han sido dadas de alta, o para evitar ingresos, en Cataluña (valoración positiva, aunque señalan también los beneficios para el sistema: ahorro económico) y Madrid (iniciativa piloto en Alcalá de Henares).

3.5.4 Los Centros y Hospitales de Día, y los Centros de Rehabilitación

Otras de las figuras que surgen en el discurso son los Centros y Hospitales de Día. Se suele acudir a ellos bien durante o después de un ingreso. Estos centros reciben buena valoración. En ellos se desarrolla una labor multidisciplinar con diferentes profesionales, con una variedad de terapias y actividades, y se recuperan los estudios, en una jornada de 8 h. diarias. A veces, del Centro de Día infantojuvenil se pasa al hospital de adultos.

Se mencionan también los Centros de Rehabilitación, Recuperación o Adaptación en similares términos.

En ocasiones estos centros se gestionan por las asociaciones bajo concierto con la Administración.

Los principales problemas que se mencionan tienen que ver con el bajo número de plazas, por lo que hay largas listas de espera para acceder. Además, el tiempo que se acude a ellos es limitado, para no crear dependencia, por lo que algunas familias se encuentran con la dificultad de la falta de continuidad en el apoyo a la PEP.

La asistencia a estos centros se combina con las visitas periódicas al/la psiquiatra y, a veces, al/la psicólogo/a.

3.5.5 Las figuras de los y las profesionales de Psiquiatría y Psicología

La figura del/la profesional de AE, y especialmente la figura del/la psiquiatra, resulta controvertida. Por ese motivo, nos parece importante dedicar un subepígrafe y una reflexión a ahondar en ella para tratar de comprender qué hay detrás de los discursos obtenidos. Somos conscientes de que el análisis puede resultar aventurado, dado que la muestra de profesionales era reducida. Aun así, proponemos una interpretación que debe ser tomada con la cautela y la provisionalidad de un primer acercamiento.

Como hemos ido adelantando, la perspectiva de PEP y familiares sobre la figura del personal de Psiquiatría es bastante similar:

- Una figura impersonal y distante: ‘dictamina’ desde arriba (relación jerárquica) desde la distancia emocional, y sin tener en cuenta, ni escuchar a PEP y familia.

“

La última vez lo recibió en la puerta, sin sentarse: ‘¿todo bien?’. Él no ha querido volver: ‘¡para que no me haga ni caso!’. (Familiar)

- Que se asocia (casi) exclusivamente a la prescripción y regulación de la medicación.

“

El psiquiatra te receta medicamentos. Te hace preguntas en la primera visita para etiquetarte y no hacen más. Al que tengo ahora me dedico a contarle: ‘esto me sienta mal, me pasa esto’. Él apunta y ni me habla. Me dice solo: ‘tómame esto’ o ‘te quito esto’. Los psiquiatras son los mayores camellos del mundo. Es lo que dice mi madre y aceptados por la sociedad y la medicina. (PEP)

- Que no siempre proporciona información y didáctica a PEP y familiares sobre el problema y cómo afrontarlo.

- Relatándose incluso algunas situaciones en las que la interacción con el o la profesional generó un malestar adicional en la PEP o familiar.

“

Le dijo a mi hija que lo suyo como viene se va y que a lo mejor se quedaba para siempre. Mi hija se disgustó mucho. (Familiar)

“

Le dije a mi hijo que no siguiese hablando porque la psiquiatra se puso a hablar por teléfono, y la psiquiatra contestó: ‘que siga, total no lo voy a entender...’. (Familiar)

- En algunos casos más minoritarios, sin embargo, se relatan experiencias positivas, de alta implicación con la PEP, y valiosa información sobre el problema, que permite a las familias comprender a la PEP, y obtener una orientación sobre pasos siguientes y recursos.

A lo largo del informe hemos ido adelantando algunas de las posibles razones para explicar la imagen de la persona especialista. Recogemos aquí algunas de ellas:

- El propio diseño del sistema de atención (tiempos reducidos en la consulta y baja frecuencia de visitas, rotación de profesionales...), que conduce a un tipo de interacción y al peso casi exclusivo de la terapia farmacológica frente a otras alternativas.
- La falta de recursos.

- La autopercepción y autoubicación del colectivo dentro del sistema, que probablemente ocupa un lugar central y protagonista, como ‘el experto, el especialista, el que sabe, el que prescribe’.
- Más allá de la propia naturaleza de cada persona, más o menos sensible, comprometida y proactiva hacia la otra persona.

Por su parte, en la reunión de profesionales de AE, algunas de las necesidades que detectan van alineadas con lo mencionado por otros colectivos.

Así, en el discurso, está presente la importancia de:

- Apoyar al CAP.
- Informar y dedicar tiempo a las familias, al menos en el momento del diagnóstico.
- La coordinación y el trabajo en equipo.
- Un mayor enfoque en la psicoeducación, más allá de la medicación.
- Una mayor presencia de profesionales de la Psicología Clínica.
- Una reforma de las unidades de hospitalización de agudos hacia un enfoque más respetuoso con las personas.
- Y sobre todo, disponer de más recursos y tiempo para poder dar respuesta a las necesidades.

Surge también un discurso puntual por parte de algún psiquiatra, crítico con el propio sistema, que -desde la perspectiva profesional- ‘incorpora en ‘la rueda de la Psiquiatría problemas que, o bien son procesos normales de la vida, o bien son problemas sociales cuya solución tiene que tener, por tanto, un carácter social’. Es lo que denomina ‘medicalización de la vida cotidiana’. Este psiquiatra se muestra desmotivado y parece adoptar una actitud de rechazo, no colaboración y desapego al sistema que, desde otros perfiles como los/as MAP, podría estar viviéndose como inacción, y falta de compromiso y de apoyo.

PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA

El discurso en torno a los psicólogos y las psicólogas es más reducido. No es un perfil que está tan presente en el sistema, tiene una menor visibilidad y algunas de las PEP no reciben esa atención.

Las percepciones son similares en lo que se refiere a las listas de espera, frecuencia de visitas, duración de las mismas y rotación de los y las profesionales, aunque la frecuencia y duración de las visitas son superiores a las de los y las psiquiatras. En cualquier caso, son todos estos aspectos que generan insatisfacción y frustración, pues no resuelven las necesidades psicoterapéuticas demandadas, resultando, por tanto, un servicio ineficaz.

Aun así, hay una demanda de más profesionales de la Psicología que, en el análisis del discurso, traducimos como una demanda de un enfoque más psicoterapéutico y una expresión de anhelo de humanización de la salud mental, y de generación de relación con el/la profesional.

3.5.6 El fenómeno de la sobremedicación

Todos los colectivos parecen compartir que el abanico terapéutico ha mejorado, que existe actualmente un mayor número de opciones y que los efectos secundarios de los psicofármacos han disminuido. Tampoco dudan de la necesidad y eficacia de la medicación para determinados problemas de salud mental grave. Asimismo, todos coinciden, aunque solo sea por los datos que se difunden en los medios, en que el consumo de psicofármacos en España es alto, si se tiene en cuenta la comparativa de datos internacional. Sin embargo, cuando se analizan las **causas**, los diferentes colectivos coinciden en algunos argumentos y difieren en otros.

Así, para explicar la sobremedicación, los/as **MAP** hacen referencia a:

- Una sociedad donde impera la ‘cultura de la inmediatez’ y ‘la intolerancia a la frustración’, que conduce a psiquiatrizar las emociones negativas.

- La presión de tiempos en sus consultas.
- La accesibilidad y bajo precio de los fármacos, que hace que la población los adquiera, aunque no se vayan a consumir.
- La falta de otros recursos alternativos.
- La ‘prescripción inducida’, donde un familiar o persona cercana da a probar alguna medicación a la persona, que posteriormente se dirige a su médica/o para solicitarla.
- Y la tendencia de algunos/as psiquiatras a pautar en exceso.

Al mismo tiempo, los/as MAP son profesionales que los prescriben. Recordemos que, en el discurso, decían sentirse “cómodos y cómodas” con su manejo terapéutico y reconocían abiertamente que la pandemia fue un periodo de ‘manga ancha’ en la prescripción.

Por su parte, los y las **profesionales de AE** defendían el papel principal de la medicación para el tratamiento de los problemas psiquiátricos, al mismo tiempo que algunas personas hacían responsable al/la MAP de ‘medicalizar los problemas de la vida cotidiana’, o criticaban a colegas por medicar de más o medicar cuando no había que hacerlo.



Es el modelo biomédico, en el que se adopta un rol prescriptor porque no hay tiempo de otras intervenciones. Contratar psiquiatras es barato, y bajar malestares en tiempo reducido lleva a la medicación. (Psiquiatra)

En este sentido, las **PEP adultas** con problemas leves confirmaban que el/la médico/a de cabecera les había prescrito un fármaco al expresar su malestar, y las PEP que contaban con un problema grave, así como las familias, señalaban que los y las psiquiatras a menudo prescribían altas dosis que

dificultaban poder llevar una vida ‘normal’ y lo hacían por un periodo de tiempo excesivo, mientras que otro tipo de terapias apenas se contemplaban.



A veces no queda más remedio, hacen falta terapias, pero es muy cómodo dar la pastilla, y la terapia a largo plazo te ayudan. Y hay médicos de familia que hablas con ellos y te aconsejan. (PEP)



Se sobremedica y se mantienen esas medicaciones. La tristeza o la ansiedad no son problemas mentales, y se generaliza la medicación. Y en temas más importantes y crónicos la medicación se mantiene en el tiempo y eso reduce la esperanza de vida de los enfermos. (PEP)

Por último, en las reuniones se reveló que varias PEP jóvenes consumían, bien esporádicamente o bien de forma regular, medicación prescrita para otra persona.

En definitiva, sobre la base del discurso de las muestras, podemos identificar **cinco factores** que pueden estar influyendo en el fenómeno de la sobremedicación, que son los siguientes:

- La propia **percepción del fármaco**, tanto por la sociedad como por el o la profesional: se trata de un recurso, el psicofármaco, percibido como efectivo, ‘cómodo’ (no implica esfuerzo) y relativamente inocuo. Se ha roto el tabú y se ha perdido el respeto a su consumo.



A la niña su pediatra la quiere medicar desde hace dos años ya, que tiene 8 años y mi hija tiene ansiedad y lo primero que hay que intentar es averiguar de dónde le viene. Un neurólogo te quiere recetar medicamentos y no lo veo bien. Yo voy a lo privado. (PEP)

- La demanda social, con dificultad para gestionar el sufrimiento y el malestar.
- La tendencia a medicalizar los problemas sociales.
- La falta de recursos como la psicoterapia o el enfoque multidisciplinar.



El gasto se debería pasar del gasto en medicamentos a gastos en equipos multidisciplinares que atiendan de manera más personal. (PEP)

- La tendencia a medicalizar de más, por el enfoque bio, una tendencia que, según dicen, se observa en todas las especialidades, y que podría mostrar adicionalmente la efectiva labor comercial de los laboratorios farmacéuticos.



Las sobremedicaciones no son solo en temas mentales. Para cualquier cosa te medican y, como vas cada mucho tiempo, lo mismo te pasas mucho tiempo con esa medicación y quizás no era necesario mantenerla. (PEP)

3.5.7 La terapia privada

En la reunión de especialistas hubo también representación de terapeutas privados/as. Y a lo largo de la reunión se comprobó que varios/as de los/as psiquiatras y psicólogos/as del sistema público ejercían también en la práctica privada.

La experiencia de todas estas personas es que la consulta de terapia privada se asocia principalmente a problemas más leves y más prevalentes (ansiedad y depresión leve). En ocasiones acuden personas a las que se ha prescrito medicación desde el CAP, sin historia clínica. En otras, acuden por recomendación del/la MAP o para evitar la lista de espera. Pero también se acude directamente, sin pasar por el/la MAP, por lo que estos casos no se contabilizan en el sistema público. Se menciona también un perfil que previamente ha acudido a través de seguro médico, con sesiones muy breves y poco efectivas. Surge además una modalidad de visita cada vez más habitual, concretamente en la consulta de psicología, que es un perfil de público que acude a terapia, no tanto por un problema específico, sino con un **objetivo de autocuidado**.

Aunque estas son las circunstancias más habituales, a través de los discursos, identificamos también otros tres tipos de personas usuarias:

- Aquellas que acuden a **terapia privada como medida complementaria** a la atención pública en los Centros o Unidades de Salud Mental. En realidad, en estos casos a menudo no es tanto un complemento sino una duplicación de recursos. Mantienen sus visitas a la Unidad de Salud Mental (psicólogo/a o psiquiatra), por las prescripciones farmacológicas, pero la psicoterapia real (con sesiones de psicoterapia y una continuidad periódica) se recibe a través de medios privados.
- Aquellas que algún psiquiatra denomina ‘rebotados de la pública’: personas que, tras la **mala experiencia con el sistema público**, deciden pagar por el servicio.

“

Los han visto profesionales diferentes con diferentes pautas y con poca periodicidad. Deciden gastarse el dinero y tomárselo en serio: ‘me han cambiado el médico tres veces, otra vez tengo que explicar lo mismo, no me dan visita’. (Psiquiatra)

- Por último, están los que una psicóloga que colaboraba con una asociación de PEP denominó ‘desahuciados del sistema’. En este caso se trataba de adolescentes y jóvenes con una larga trayectoria en el sistema, con cambios frecuentes de psiquiatra y que, como consecuencia, han ido encadenando diagnósticos distintos, sin percibir avances y a los que a partir de determinado momento no se les ofrecía alternativa. De este colectivo, se destacan las **dificultades para acceder a terapias**, dado que no ejercen ninguna actividad laboral y no disponen de recursos.



3.6 El papel de las asociaciones

Este capítulo no estaba previsto originalmente. De hecho, en la guía de discusión de las reuniones no habíamos destinado un apartado para hablar sobre las asociaciones. Sin embargo, dado que las reuniones de familiares fueron reclutadas a través de las asociaciones y una parte de las participantes PEP adultas procedían asimismo de ese entorno, la referencia al papel de las asociaciones en la vida de las personas es constante a lo largo del discurso. Adicionalmente, y sin que estuviera previsto, resultó que una de las psicólogas del sistema público reclutadas presidía una asociación de PEP, por lo que fue también un tema tratado de forma indirecta en la reunión de profesionales de AE.

A este respecto, se podría concluir que quizás el discurso relativo a las asociaciones está sesgado, dado que proviene de las propias personas asociadas. En este sentido, no podemos valorar si las personas que están en la asociación de forma activa son precisamente quienes están ‘satisfechas’, pero incluso aunque este fuera el caso, lo que sí constatamos es que, las que están satisfechas, lo están en un alto grado, y a menudo la asociación ha tenido un **impacto trascendental en sus vidas**. La actitud que caracteriza a estas personas asociadas es de compromiso y militancia, con una marcada visión de comunidad y de propósito orientado al bien común (mencionábamos el compromiso y satisfacción -con los logros y problemas de otras personas- de familiares, cuyo/a familiar PEP no se había recuperado; o la implicación de otras personas cuyos/as familiares PEP ya habían fallecido).

En los casos que hemos visto, hay ocasiones en las que son las propias familias las que toman la iniciativa para unirse y fundar la asociación.

“

Fuimos pioneras en montar la entidad que tenemos aquí. Formamos un grupo de padres y nos reunimos con el alcalde, con la policía, con todo el mundo y poco a poco se fue conociendo más este tema. (Familiar)

“

La asociación la montamos siete familias porque no había recursos en la zona. (Familiar)

En otros casos, es la asociación la que se acerca a ellas o alguien les remite a la misma, que con cierta frecuencia es el personal sanitario de AE.

En varios de los casos analizados, las PEP y familiares llegan a la asociación tras muchos años de convivencia compleja con el problema de salud mental, con mucho sufrimiento y desgaste, la autoestima erosionada, y una marcada sensación de soledad y aislamiento, tanto respecto al entorno social como especialmente desde el ámbito sanitario e institucional. En todos estos casos, se relata la sensación de acogida que experimentaron, y la mejoría observada por la continuidad de las actividades y las terapias, y por el establecimiento de relaciones con iguales.

“

A nuestra asociación llegan casos muy graves. Ellos mismos se llaman a veces ‘desahuciados’, con un recorrido de años por salud mental: ingresos, altas, unidades de día, donde el CSM se queda corto, y no cuentan con medios económicos para una terapia privada. Estos casos han aumentado mucho con la pandemia. (Psicóloga que preside la asociación)

“

Nos recibieron con los brazos abiertos. Ella se empezó a relacionar porque antes no hablaba con nadie, era como un zombi. Pero ahora sale, estudia, ha cambiado todo mucho, dentro de que no ha cambiado del todo. (Familiar)

Lo habitual es que las primeras en acudir sean las familias, aunque no siempre es así. Por otro lado, se observan también situaciones en las que las familias están altamente movilizadas, pero la PEP no establece vínculo con la asociación (suele ser casos en los que la PEP no se encuentra en la fase de recuperación).

En todas estas situaciones, la experiencia común compartida en las reuniones es que la asociación aporta:

- **Información, orientación** sobre el problema y los recursos, tanto para PEP como para familiar.
- **Actividades que fomentan la normalización y ‘re’-integración en la sociedad**, y servicios terapéuticos a precios más accesibles que la terapia privada.
- **Herramientas de empoderamiento** que permiten a las PEP y a sus familias volver a ser los y las protagonistas de sus vidas, normalizar el problema, movilizarse y hablar abiertamente del mismo, tras años a merced de las circunstancias.
- Y algo más profundo que las reconecta con la vida y con las personas: una mirada humana que algunas reciben por primera vez en mucho tiempo, lo que genera **sentimiento de pertenencia**, pues se sienten vistas y comprendidas.

“

El psiquiatra me recomendó que fuera a una asociación y, por primera vez, conocí a gente absolutamente honorable y admirable, y empecé a tener amigos. (PEP adulta)

En algunas CCAA (por ejemplo, la Comunidad Valenciana), las instituciones establecen un concierto con las asociaciones para que las mismas provean una serie de servicios asistenciales con diferentes modalidades como los centros de día o los centros ocupacionales.

“

El seguimiento a diario se hace en el centro de día. Ahí te explican cómo es la enfermedad, consecuencias de la medicación, cómo tratarlo y hablarlo, cómo son sus recaídas. Esto solo lo hemos encontrado en nuestra asociación. Un día al mes se hace una reunión y nos dan charlas, hay un grupo de ayuda mutua. Todo lo llevamos los familiares, sin ánimo de lucro, plazas concertadas y privadas. Aquí la sanidad pública, nada. (Familiar)

Pero al mismo tiempo que las familias expresan su satisfacción con los logros de las asociaciones, manifiestan su cansancio con la carga de responsabilidad que esta labor supone.

“

El problema de la salud mental no es la enfermedad en sí, es que hemos abandonado a la salud mental, y es una mochila la que llevamos a la espalda que es tremenda. (Familiar)

“

Ahora tenemos recursos para atender a 110 personas y los padres hacemos todo lo que podemos. Es como un colegio concertado: la Administración da un dinero y exige un modelo y unos estándares, pero el resto de la responsabilidad la asumimos los padres, y esto al final pesa. (Familiar)

“

Para la Administración no damos ni quitamos votos y estamos olvidados. (Familiar)



3.7 Necesidades y demandas desde los colectivos consultados

A continuación, recogemos las **principales necesidades y demandas detectadas**. Las hemos agrupado en bloques con el propósito de tratar de estructurarlas de una forma organizada, aunque algunas de ellas podrían estar presentes en varios ‘compartimentos’. Aunque vamos a enumerar y presentar de forma lineal los diferentes bloques, la forma en que lo visualizamos es como un enfoque circular, en el que los diferentes elementos están interrelacionados y se retroalimentan.

Hemos agrupado la información en los siguientes apartados:

1. **Visibilización y desestigmatización.**
2. **Prevención y detección temprana.**
3. **Diagnóstico, tratamiento y recuperación.**
4. **Medidas sociales, laborales y de integración.**

1. VISIBILIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN

Tanto en los testimonios de las PEP con problemas graves como en los de las familias, **el sufrimiento, la soledad y el aislamiento** son tres constantes de sus relatos. Es necesario romper tabúes y dar visibilidad a esta realidad, de manera que las personas que los experimentan no tengan que cargar adicionalmente con la falta de conocimiento y de empatía por los prejuicios sociales de las otras personas.

En este sentido, un elemento esencial es el **cuidado del lenguaje**. A este respecto, se detectan al menos dos necesidades: una de carácter más social, que tiene que ver con las referencias a los problemas de salud mental para referirse de forma derogatoria a otros asuntos; y otra distinta que tiene que ver con las designaciones que utiliza el propio sistema de salud, que tienen un impacto en la persona que recibe esa etiqueta (ej.: ‘certificados de discapacidad’).

Es necesario visibilizar los problemas de salud mental, para combatir el estigma y la discriminación. Para ello, se propone el desarrollo de iniciativas de sensibilización y concienciación en diferentes ámbitos, como el entorno familiar, los centros educativos, los entornos de trabajo y el propio sistema sanitario. En todos ellos, la persona con experiencia propia en salud mental y su testimonio deben desempeñar un papel esencial. Asimismo, es importante la promoción de hábitos saludables, y

el desarrollo de políticas preventivas y de atención temprana.

2. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

La pandemia ha tenido un **alto impacto en la población**, generando un estrés masivo, que se manifiesta tanto en el relato del personal sanitario, que constata un crecimiento de las sintomatologías (depresión en personas mayores que vivían solas; ansiedad en personal sanitario; intentos autolíticos y trastornos de conducta en adolescentes; ansiedad y trastorno adaptativo en jóvenes, y miedo al contagio en jóvenes y mayores), como en el de las PEP jóvenes en general y las PEP adultas con problemas de salud mental leve, que manifiestan sentimientos de ansiedad, apatía, angustia, bloqueo y confusión, ante la incertidumbre, la sensación de falta de control sobre sus vidas y la alarmante sucesión de noticias negativas. Algunas PEP jóvenes con problemas leves manifiestan también el peso de la soledad porque sienten que sus progenitores (y ellas mismas) relativizan y deslegitiman su sufrimiento emocional.

Todo ello enmarcado en el contexto de la sociedad actual, más individualista y competitiva, con un menor apoyo social y una menor contención en el ámbito de la familia. En este entorno, las PEP jóvenes sienten el peso de la autoexigencia, la presión y dificultad para alcanzar los logros, y sus problemas para gestionar las emociones desagradables.

Es importante la **formación** de madres, padres y profesores/as con relación al crecimiento y desarrollo de infancia y adolescencia; y la promoción del cultivo de las relaciones, la comunicación y la inclusión, favoreciendo asimismo políticas laborales que faciliten la conciliación.

Desde otra óptica, en las reuniones de familiares se relataron varios casos de problemas de salud mental graves, cuyo origen se remontaba a la adolescencia y juventud, y en un contexto de consumo de tóxicos. Se demandan iniciativas para la prevención de adicciones con o sin sustancias.

En estos contextos, la **atención temprana** se revela de vital importancia, de manera que el problema pueda atajarse, evitándose, en la medida de lo posible, la cronificación.

3. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN

Nos centramos aquí en el sistema de salud. La variedad de situaciones según la Comunidad Autónoma y el hecho de que no estuvieran representadas todas, hace que quizás no todas las conclusiones apliquen al conjunto nacional.

En algunas CCAA se observa una saturación de los primeros niveles de atención sanitaria (MAP). Ello, unido a una insuficiente formación del/la MAP en materia de salud mental y un reducido apoyo por parte de AE, sin protocolos establecidos, hace mella en la capacidad de detección, manejo y derivación. Asimismo, en algunos casos no existe relación o coordinación entre el primer y segundo nivel, o la relación es beligerante.

A las circunstancias descritas se añade la **reducida oferta de servicios de psicoterapia** en el sistema de salud público para situaciones leves que no requieren medicación, ni la derivación a atención especializada. En las reuniones se mencionan recientes iniciativas de terapia grupal en el caso de problemas de mayor prevalencia (ansiedad...), acciones que se valoran positivamente. No obstante, ante las actuales limitaciones, lo habitual es que la medicación se baraje como única opción terapéutica, o bien estos casos terminen absorbiéndose por la terapia privada, en aquellas situaciones en las que es económicamente asumible.

Por otra parte, el amplio abanico de psicofármacos disponible, la familiaridad con los mismos y la mejora de los efectos secundarios, los convierte en una opción terapéutica a considerar habitualmente, tanto en el caso del/la MAP, como en el del personal de Psiquiatría, que, en ocasiones, se describe por las PEP y familias, como un mero 'regulador' de dosis y medicación.

La baja frecuencia de las consultas y las altas listas de espera para acudir al/a especialista, provocan en ocasiones, que los tratamientos farmacológicos se extiendan en el tiempo, con dosis no siempre adaptadas a las necesidades de cada momento, lo que dificulta el desempeño de una vida normalizada y genera unos severos efectos secundarios (adormecimiento, sobrepeso, reducción de esperanza de vida...).

Asimismo, los **breves tiempos de atención en consulta** (difícilmente compatibles con las condiciones que requiere una sesión psicoterapéutica), la baja frecuencia de las mismas y la rotación de los y las profesionales (que obliga a volver a contar el problema nuevamente cada vez), tanto en el caso de la Psicología como especialmente en el caso de la Psiquiatría, no permiten un tipo de atención que requeriría un tiempo más prolongado y un seguimiento continuado. Se observa que, en muchos casos, la persona requiere de un servicio psicoterapéutico complementario (o redundante) de carácter privado, con lo que la importancia del factor socioeconómico vuelve a manifestarse. No existe interacción entre el personal sanitario público y privado con relación al tratamiento de una misma persona.

De acuerdo con algún psiquiatra de unidades o centros de salud mental, la persona con un problema de salud mental experimenta el sistema con indefensión, sin conocer el propósito u objetivos a alcanzar, los criterios de mejoría para recibir el alta o una estimación de cuánto se puede prolongar la situación.

A pesar de las limitaciones del sistema, se destacan también algunos testimonios de familiares y PEP en los que muestran su aprecio y gratitud hacia su psiquiatra por su alta implicación y motivación genuina, informándoles sobre el problema y cómo afrontarlo, orientándoles tanto en términos cotidianos como en cuanto a recursos y pasos a seguir, y acompañando a PEP y familias a lo largo del proceso.

Sobre la base del discurso analizado, parece haberse **incrementado el acceso al sistema a través de urgencias**. Este crecimiento afecta a diferentes públicos etarios, pero parece ser especialmente visible en la **población infantojuvenil**. Este aumento, a través de esta vía de acceso, y el hecho de que algunos de los casos sean nuevos y no estén registrados en el sistema de salud mental, revela que algo no está funcionando, en términos de detección y manejo en los niveles previos.

Los Centros o Unidades de Día, y otros centros como los de rehabilitación o los ocupacionales (no todos pertenecientes al sistema nacional de salud), reciben, en general, una positiva valoración, por su

atención integral en la que se combinan terapias psicológicas con actividades diversas. No obstante, dado que el número de plazas es reducido, requieren de meses de espera para ser admitido/a, y la asistencia es por un tiempo limitado. En ocasiones, el cumplimiento de la mayoría de edad supone un hándicap porque la persona debe salir del centro infantojuvenil.

Por último, una necesidad apremiante es la **revisión de las condiciones de hospitalización de las unidades de agudos**, desde su propio diseño, hasta las condiciones del entorno y la atención que se dispensa.

Se demanda una **humanización del sistema** para que la persona ocupe un lugar central, en el marco de un enfoque multidisciplinar, donde PEP y familias participen de forma activa, y donde la PEP disponga de un/a psiquiatra o psicólogo/a de referencia que la acompañe en todo el proceso.

Es necesario, asimismo, dar **prioridad al cuidado y valoración del personal sanitario**, así como a su formación y concienciación con los derechos humanos. Además queda pendiente el análisis y reflexión sobre el alto consumo de psicofármacos en nuestro país, y la búsqueda de alternativas más equilibradas entre los enfoques bio y psicosocial.

En lo relativo a recursos y organización del sistema, se demanda el refuerzo y formación de los primeros niveles de atención; la promoción de los equipos multidisciplinarios, con la consiguiente creación de nuevas plazas, así como el incremento de la oferta de plazas para PEP en los Centros o Unidades de Día.

4. MEDIDAS SOCIALES, LABORALES Y DE INTEGRACIÓN

Tanto MAP como psiquiatras y psicólogos/as concluyen que una parte de los malestares de las personas que acuden a consulta tiene que ver con dificultades de carácter social, relativas a las condiciones de vida y trabajo, el contexto competitivo o la complicada proyección de futuro.

El cuidado de la salud mental no puede circunscribirse a un enfoque sanitario, sino que debe ex-

tenderse a la promoción de oportunidades laborales para los colectivos más vulnerables, como las personas jóvenes, con condiciones de trabajo y salarios dignos, todo ello unido a facilidades de acceso a la vivienda. En el caso de la mujer, deben adoptarse medidas de apoyo para dar respuesta a la situación de sobrecarga que afronta.

Con relación a las PEP con problemas graves, se demandan medidas para garantizar la continuidad de los estudios, en el caso de las PEP jóvenes, o la protección de las PEP adultas para poder reintegrarse en su puesto de trabajo tras superar una crisis o recaída.

Finalmente, el personal sanitario demanda que el concepto de incapacitación total evolucione hacia una figura de asistente que apoya solo en aquellas áreas específicas que se requiera, proporcionando más autonomía y capacidad de decisión a la PEP.

4 ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS



Nota técnica sobre segmentaciones







En los capítulos relativos a la población general, se presentarán los datos de esta, seguidos de una serie de segmentaciones de interés. Estas variables de segmentación son:

- **Género:** agrupado en tres categorías (hombre, mujer y no binario).
- **Edad:** agrupada en seis categorías (18-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años y 65 años y más).
- **Nivel socioeconómico:** agrupado en tres categorías (alto y medio-alto, medio, y bajo y medio-bajo).
 - Para la clasificación del nivel socioeconómico de la persona entrevistada se utilizan las siguientes variables:
 - ▶ Tamaño del hogar y número de individuos con ingresos en el mismo.
 - ▶ Actividad, nivel de estudios y profesión de la persona sustentadora principal del hogar.
 - La combinación de estos elementos constituye un mejor estimador para jerarquizar los hogares/individuos que el nivel de ingresos.
- **LGTB:** agrupado en dos categorías (población cishetero y población perteneciente al colectivo LGTB).

	Nº de entrevistas
TOTAL	2.000
GÉNERO	
Hombre	963
Mujer	1.031
No binario	6
EDAD	
18-24 años	164
25-34 años	242
35-44 años	342
45-54 años	392
55-64 años	344
65 años y más	515
NIVEL SOCIOECONÓMICO	
Alto y medio-alto	838
Medio	539
Medio-bajo y bajo	623
LGTB	
Población cishetero	1.788
Población LGTB	180

Ficha técnica y segmentación

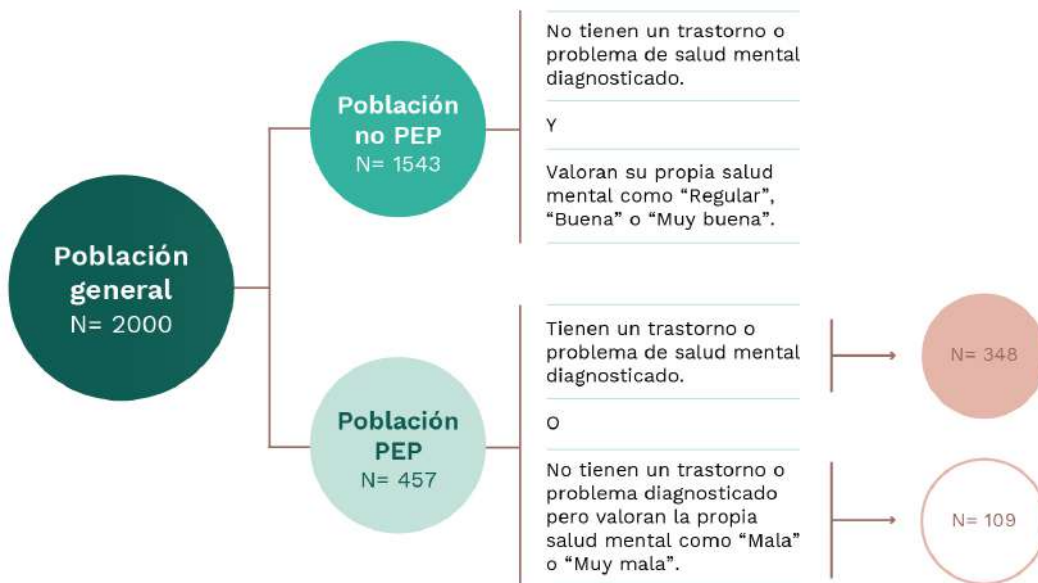
Ficha técnica

<p> ÁMBITO Nacional incluyendo las provincias insulares y excluyendo Ceuta y Melilla.</p>	<p> PROCEDIMIENTO Entrevistas online a partir de un panel (comunidad de internautas).</p>
<p> UNIVERSO Población residente de 18 años y más.</p>	<p> ERROR MUESTRAL ±2,19% (95% de confianza).</p>
<p> TAMAÑO DE LA MUESTRA 2.000 entrevistas. Cuotas: sexo, edad, comunidad autónoma y tamaño de hábitat.</p>	<p> FECHA DE REALIZACIÓN 22/07/2022 al 11/08/2022.</p>

Segmentación

A lo largo del informe se presentarán datos relativos a la **población general** (capítulos 1, 2, 5, 6 y 7), así como los datos de tres segmentos de la población: **población con experiencia propia en sa-**

lud mental (PEP) y población sin experiencia propia en salud mental (no PEP) (capítulo 3) y **población diagnosticada** (capítulo 4). Estos segmentos se han construido tal y como se muestra a continuación:



4.1 Estado de ánimo de la sociedad española y estilos de vida

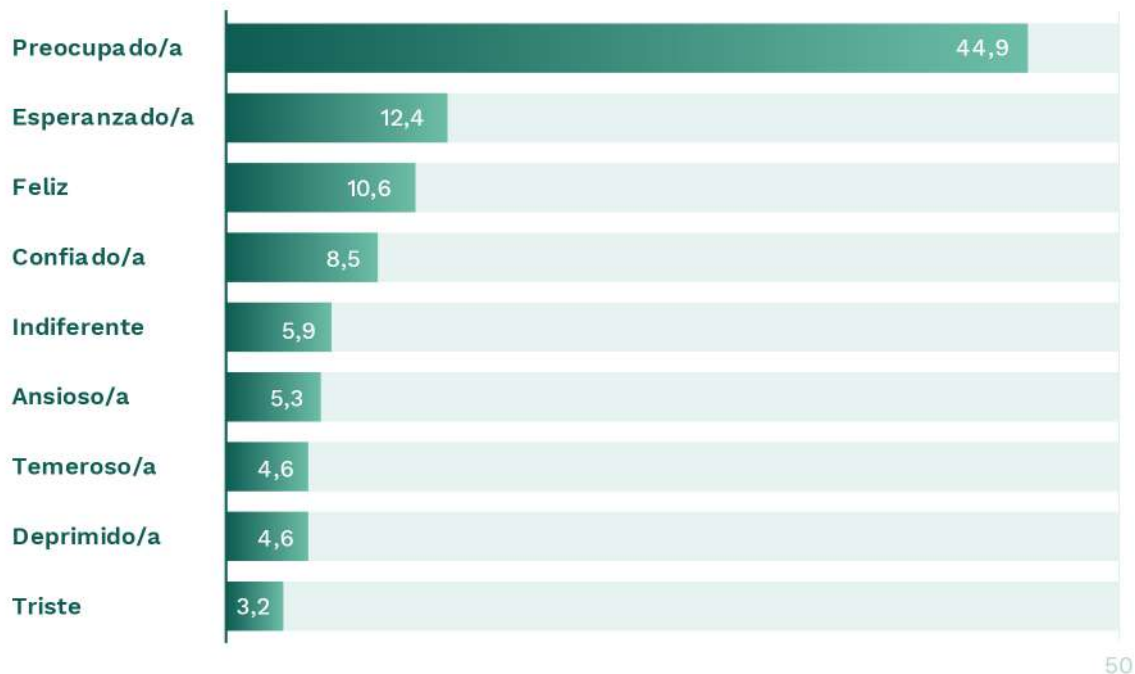


- El **44,9%** de la población afronta la situación actual con preocupación. Este sentimiento está más presente en las personas adultas mayores de 55 años.
- La familia (**82,3%**), la salud (**77,2%**) y las amistades (**75,6%**) son los tres aspectos de la vida en los que se reporta un mayor nivel de satisfacción.
- Las personas de nivel socioeconómico bajo están menos satisfechas con su vida laboral, salud, situación económica y vida familiar y afectiva. Por otro lado, los hombres están más satisfechos con su situación económica y su vida laboral que las mujeres.
- Un **47,5%** y un **39,0%** de las personas están muy o bastante preocupadas por no poder hacer frente al pago de sus facturas y el de su alquiler o hipoteca, respectivamente.
- Las personas entre **18 y 24 años** se sienten solas en mayor medida (**32,6%**) y no integradas en su entorno laboral o académico (**29,7%**). Asimismo, se preocupan más por lo que piensan los demás (**33,7%**), están preocupadas por no encajar en la sociedad (**35,2%**) y se comparan con el resto de ella (**40,3%**).
- Las mujeres hacen un consumo menor de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco y otras drogas. El alcohol es la sustancia que más se consume en términos generales: solo un **19,0%** dice no consumirlo nunca y un **4,8%** haberlo dejado.

4.1.1 Estado de ánimo general

Pensando en la situación actual, y en lo que estamos viviendo como sociedad, ¿qué describe mejor cómo te sientes?

[Solo una respuesta es posible] (% sobre el total)



Las **personas entre 55 y 64 años** (52,0%) y las **mayores de 65** (51,7%) son las que **más preocupadas** se sienten respecto a la situación actual.

Por otro lado, **aquellas de 18 a 24 están más ansiosas** (13,1%) y **deprimidas** (15,2%) que la media, **pero también más felices** (17,1%).

DIFERENCIAS POR TRAMOS DE EDAD

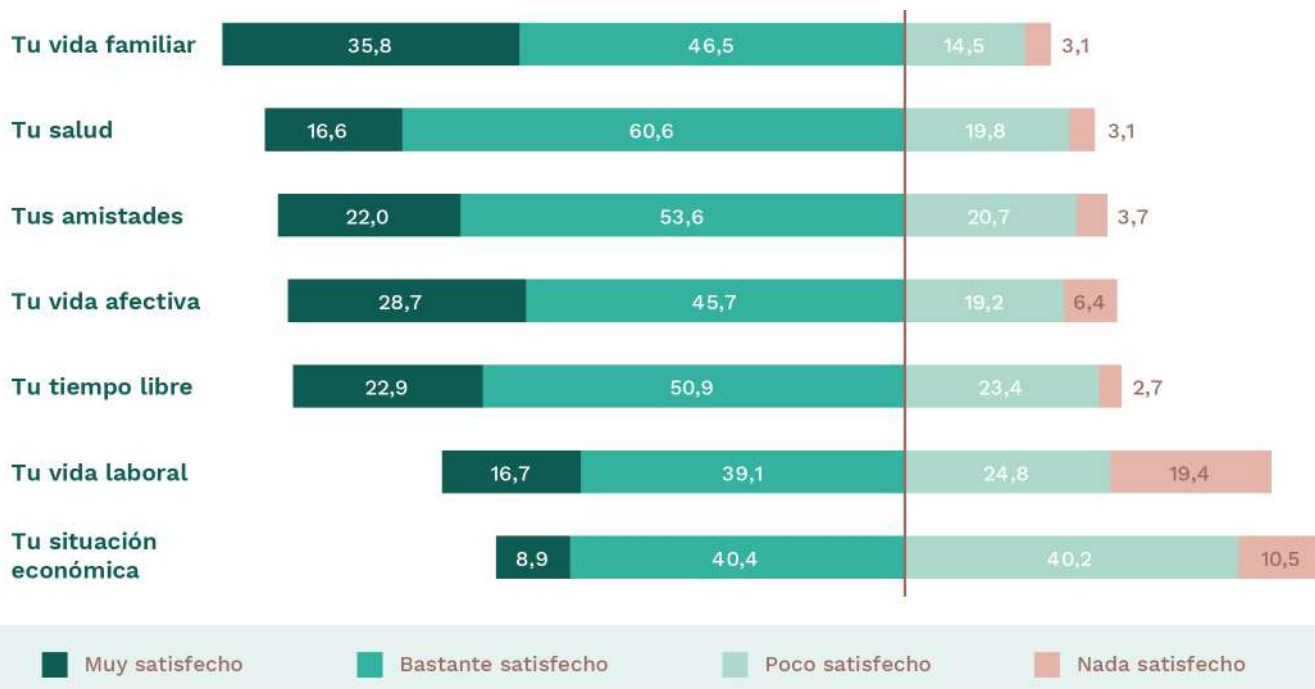
[Solo una respuesta es posible] (% del total por tramo de edad)

	18-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	+65 años
Preocupado/a	27,3	33,6	37,5	50,6	52,0	51,7
Esperanzado/a	6,5	9,4	15,0	10,4	14,5	14,1
Feliz	17,1	17,9	12,9	8,6	6,6	7,9
Confiado/a	6,8	11,7	8,4	7,7	7,7	8,6
Indiferente	8,5	6,6	7,6	4,5	5,8	4,7
Ansioso/a	13,1	9,5	6,2	4,5	2,6	2,7
Temeroso/a	3,4	4,3	5,4	5,4	4,2	4,3
Deprimido/a	15,2	3,2	3,8	4,1	4,0	3,1
Triste	2,0	3,8	3,1	4,1	2,7	2,9

4.1.2 Satisfacción con la vida

¿Cómo de satisfecho/a dirías que estás con los siguientes aspectos de tu vida?

(% sobre el total)



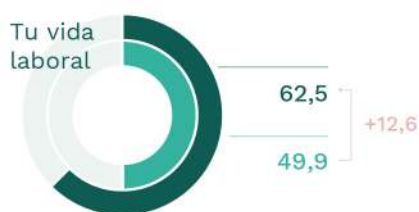
Los **hombres** están **más satisfechos con su vida laboral** (62,5%) y su **situación económica** (54,2%) que las mujeres (49,9% y 44,8%, respectivamente).

Las **personas de clase media-baja y baja** están **menos satisfechas** con: su vida familiar (26,7%), su vida laboral (59,7%), su salud (31,1%) y su situación económica (63,9%).

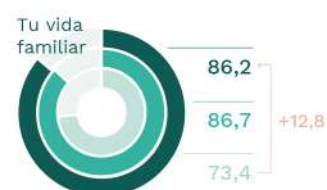
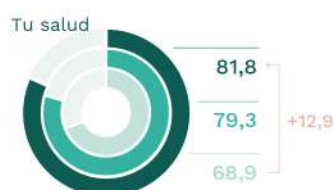
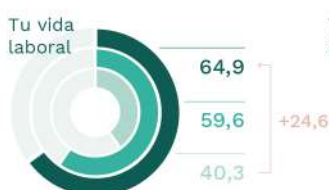
DIFERENCIAS POR GÉNERO Y POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

(% de “Mucho” + “Bastante” por género y nivel socioeconómico)

■ Hombres ■ Mujeres



■ Clase alta y media-alta ■ Clase media ■ Clase baja y media-baja



4.1.3 Satisfacción personal y autoestima

¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?

Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. (% de la suma de “5” y “4” sobre el total)



Las **mujeres** (27,5%), las personas de **clase media-baja y baja** (26,8%) y las personas **de 18 a 24 años** (46,5%) son **las más insatisfechas con su apariencia física**.

Las personas **de 18 a 24 años** están **más preocupadas por todos estos aspectos: se sienten solas** en mayor medida

(32,6%), **no se sienten integradas** en su entorno laboral y/o escolar (29,7%), se preocupan más **de lo que otras personas puedan pensar de ellas** (33,7%), les preocupa **no encajar en la sociedad** (35,2%) y **dicen compararse más con los/as demás** (40,3%).

DIFERENCIAS POR EDAD

Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. (% de la suma de “5” y “4” por edad)



4.1.4 Satisfacción con la vida profesional

Y respecto a tu trabajo, en qué grado sientes que:

(% sobre el total)



4.1.5 Preocupaciones

Y, ¿cómo de preocupado/a dirías que estás por...?

(% sobre el total)



Los grupos más jóvenes están más preocupados por no poder pagar sus facturas, al igual que los ciudadanos y ciudadanas de menor nivel socioeconómico (56,6%). También es así, aunque en menor medida, en el caso del pago del alquiler o la hipoteca. Lo mismo sucede con las

mujeres, quienes reportan una mayor preocupación por no poder pagar las facturas (53,4%) y el alquiler o hipoteca (43,9%). Las personas de clase media-baja y baja presentan mayor preocupación por no poder pagar sus facturas (56,6%).

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

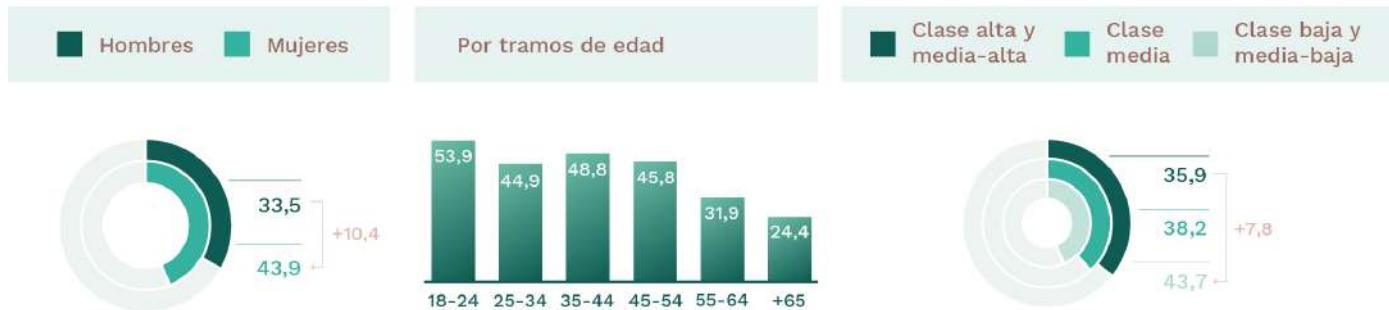
NO PODER PAGAR LAS FACTURAS

(% de “Mucho” + “Bastante” por género, tramo de edad y nivel socioeconómico)



NO PODER PAGAR EL ALQUILER O LA HIPOTECA

(% de “Mucho” + “Bastante” por género, tramo de edad y nivel socioeconómico)

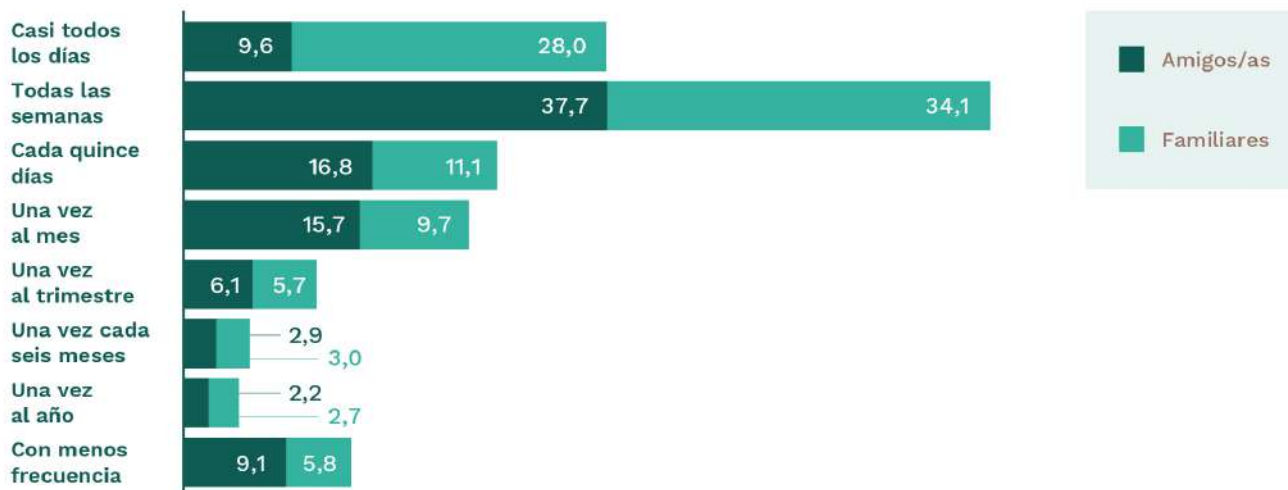


4.1.6 Sociabilidad

¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos/as y familiares?

(% sobre el total)

CON AMIGOS/AS / CON FAMILIARES



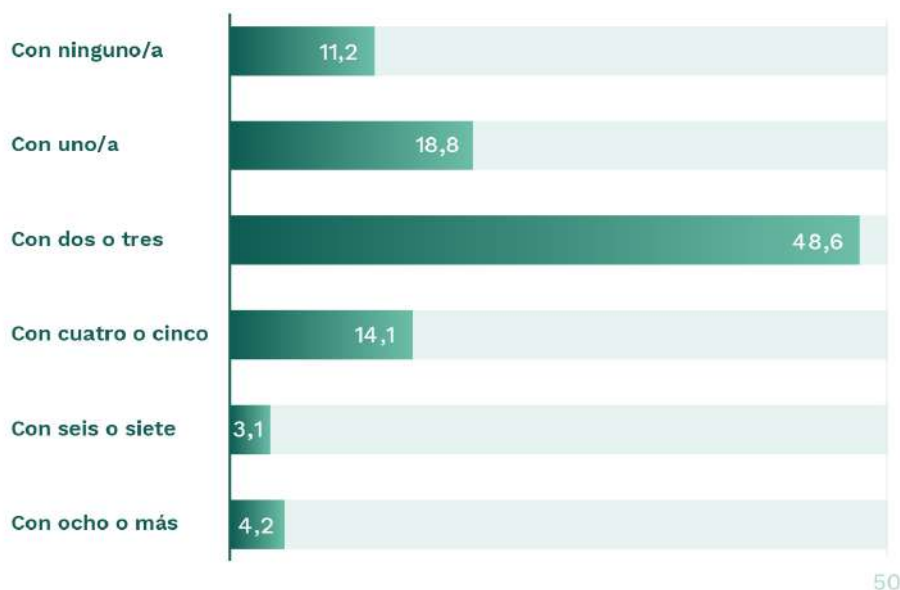
Los hombres ven todas las semanas a sus amistades más que las mujeres (42,8% | 32,9%), al igual que ven en mayor medida a sus familiares todos los días (31,8%|24,5%).

Las personas jóvenes de 18 a 24 años son las que más ven a sus amigos/as casi todos los días (17,0%).

4.1.7 Confianza en el entorno

Y, pensando en tus amistades y familia, ¿a cuántos de ellos/as podrías acudir para contarle un problema íntimo o personal?

(% sobre el total)

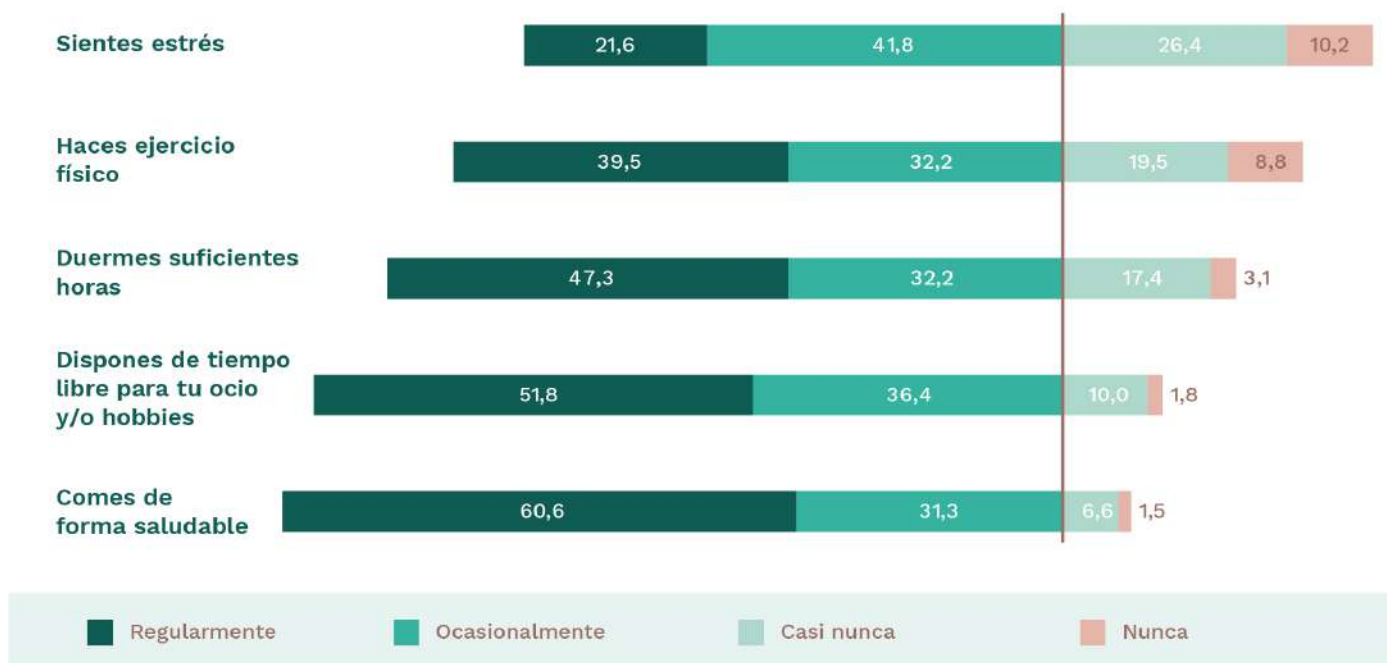


Las personas de entre 25 y 34 años (6,7%) reportan en mayor medida no poder acudir a nadie.

4.1.8 Estilo de vida y hábitos

De los siguientes hábitos o actividades, ¿con qué frecuencia dirías que...?

(% sobre el total)



Las **mujeres** (28,3%) y las personas **jóvenes de 18 a 24 años** (38,7%) **declaran** en mayor medida **sentir estrés de forma regular**. Por otro lado, los **hombres declaran** en mayor medida **hacer ejercicio regularmente** (44,3%)

y **dormir suficiente** (52,8%). Las personas de **clase alta** con más frecuencia **comen de forma saludable** (65,8%) y **hacen ejercicio físico** (48,2%).

POR GÉNERO

(% “Regularmente” por género)

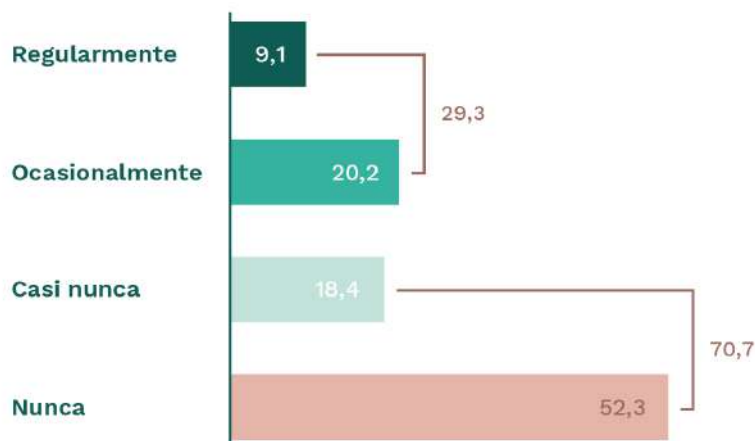


4.1.9 Hábitos nocivos

¿Con qué frecuencia dirías que...?

APUESTAS (DEPORTIVAS, EN CASINOS, ONLINE, EN CASAS DE APUESTAS...)

(% sobre el total)



Los **hombres** (37,2%) y las **personas de entre 25 y 44 años** (36,5% y 40,1% en cada grupo de edad) **declaran en mayor medida apostar de forma regular u ocasional.**

CONSUMO DE SUSTANCIAS

(% sobre el total)



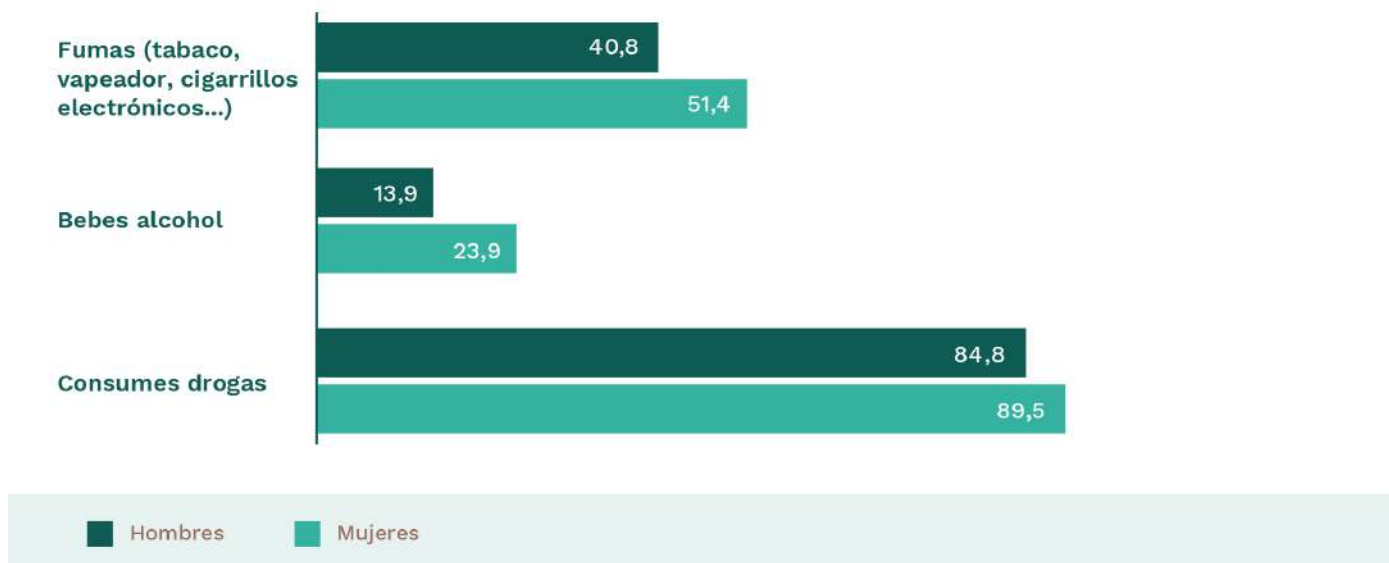
Las **mujeres** consumen estas sustancias en menor medida. **Afirman no fumar nunca** (51,4% | 40,8%), **no beber alcohol** (23,9% | 13,9%) y **no consumir drogas** (89,5% | 84,8%) más que los hombres. Aquellas personas **mayores de 65 años** se alejan más de los puntos medios: **be-**

ben más a diario que la media (12,3%) **pero también son más los que no beben nunca** (24,2%). Por otro lado, son las personas **entre 25 y 34 años** (27,0%) y **entre 35 y 44 años** (25,3%) las que más **beben alcohol solo los fines de semana.**

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

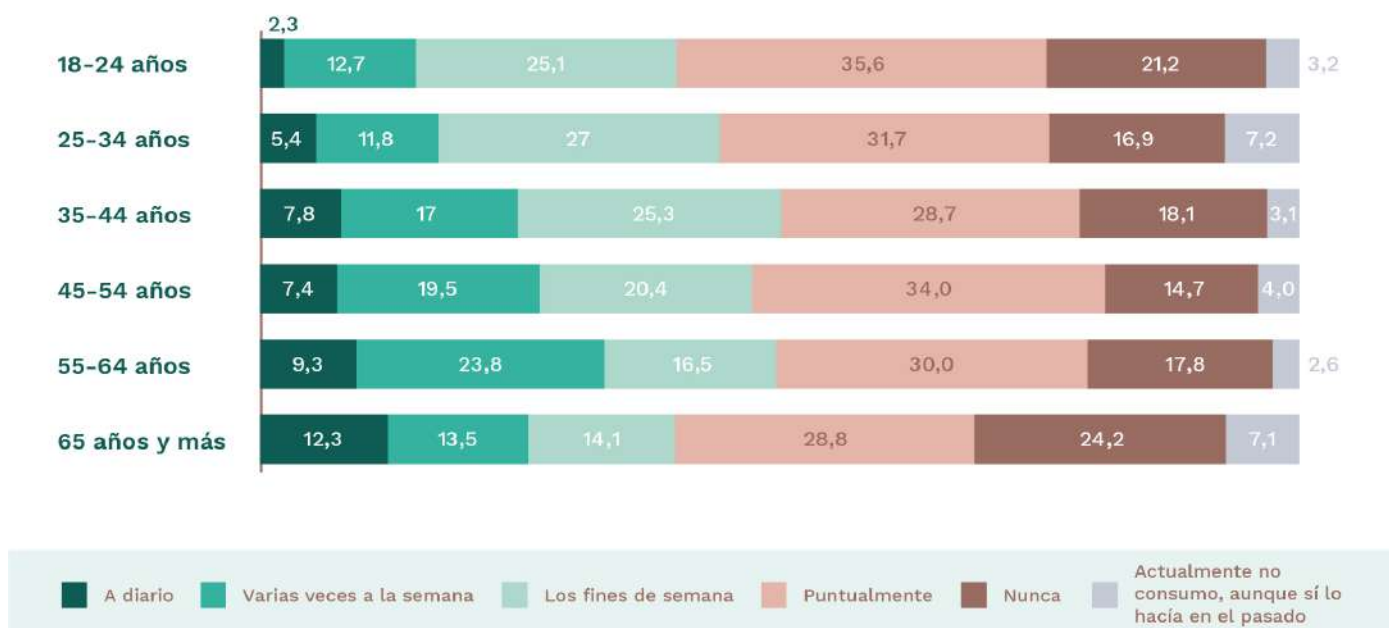
CONSUMO DE SUSTANCIAS POR GÉNERO

(% de "Nunca" por género)



CONSUMO DE ALCOHOL POR SEGMENTO DE EDAD

(% por segmento de edad)



4.2 Vivencias personales en torno a la salud mental

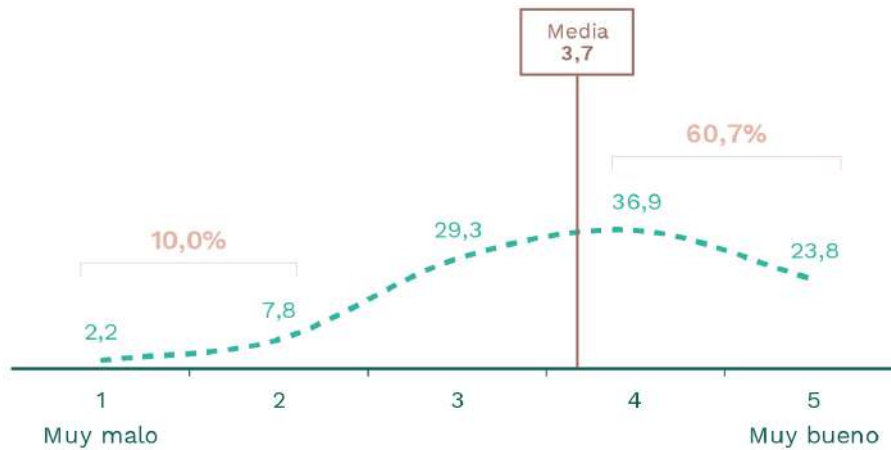


- El 60,7% de la población autoevalúa su salud mental como buena o muy buena. Las personas jóvenes, las mujeres y las personas LGTB valoran peor su salud mental y dicen sufrir o haber sufrido en mayor medida ataques de ansiedad, depresiones, ansiedad prolongada en el tiempo, autolesiones o ideaciones suicidas.
- Cerca de la mitad dice haber padecido alguna vez un ataque de ansiedad o pánico (47,2%) y un 42,1% haber sufrido una depresión en algún momento de su vida.
- Un 18,9% consume actualmente algún psicofármaco, siendo los ansiolíticos (61,9%) y los anti-depresivos (47,2%) los más comunes. La amplia mayoría de estos medicamentos fueron obtenidos mediante receta médica (95,4%), de los cuales, el 55,4% proviene de médicos y médicas de cabecera. El 73% de las personas que consumen actualmente psicofármacos hace un consumo diario.
- Las personas entre 18 y 34 años acuden más al psicólogo/a (35,0% | 20,8%), al igual que las personas LGTB (33,9% | 20,8%).
- El 28,0% (vs. 8,8%) de los y las jóvenes de entre 18 y 24 años que no acuden a un/a profesional de la salud mental no lo hacen porque no se lo pueden permitir económicamente.
- El 70,2% de las personas que acude a la consulta de algún profesional de la salud mental dice encontrarse mucho mejor o mejor que antes de comenzar su terapia. Además, en términos generales, consideran que han recibido la ayuda necesaria, se han sentido escuchados/as en el proceso, sienten que se les ha tenido en cuenta y la frecuencia de las consultas es satisfactoria.

4.2.1 Valoración de la propia salud mental

Pensando en ti mismo/a, ¿cómo valoras el estado actual de tu salud mental?

Utiliza una escala de 1 a 5, donde 1 significa “Muy malo” y 5 “Muy bueno”. (% sobre el total)



Los **hombres consideran que el estado actual de su salud mental es mejor que las mujeres** (el 68,5% otorgan valores 4 y 5 frente al 53,7% de las mujeres). Por edad, **son los/as más jóvenes quienes más acusan un peor estado de su salud mental** (26,4% responden 1 ó 2).

Las **personas cishetero** reportan de media un **mejor estado de salud mental** (62,5% otorgan valores 4 y 5) **que las personas pertenecientes al colectivo LGTB** (43,6% otorgan valores 4 y 5).

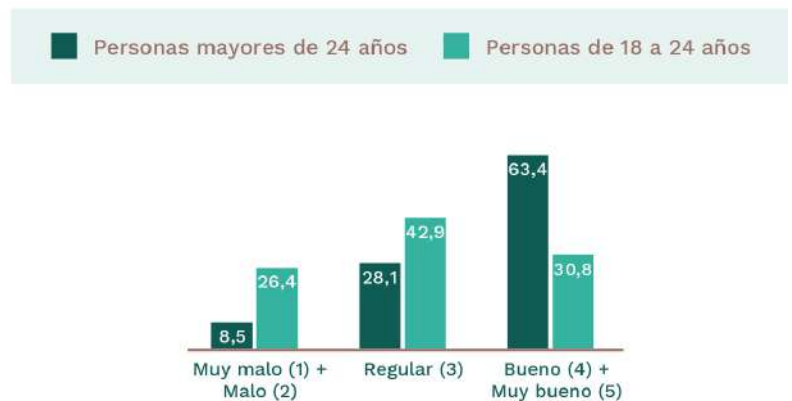
DIFERENCIAS POR GÉNERO

(% de “1 y 2”, “3”, y “4 y 5” por género)



DIFERENCIAS POR EDAD

(% de “1 y 2”, “3”, y “4 y 5” por edad)



4.2.2 Presencia de malestar mental

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido...?

(% sobre el total)



■ Muchos días (7 o más) ■ Ocasionalmente (4-6) ■ Pocos días (2-3) ■ Nunca o casi nunca (1 día o menos)

Las personas **de entre 18 y 24 años** reportan haber sentido **muchos días u ocasionalmente todas estas sensaciones**, excepto alucinaciones.

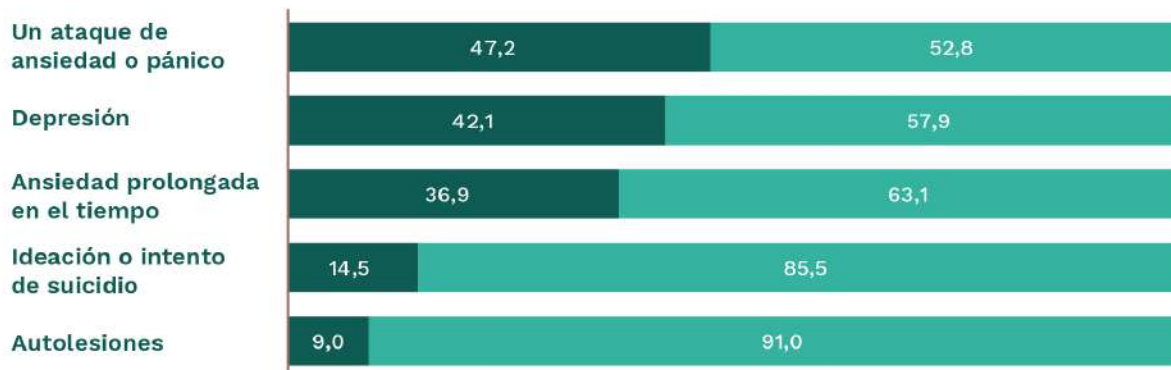
Las **mujeres** dicen haber estado **muchos días nerviosas o ansiosas** (12,3%), **con estado de ánimo bajo** (12,6%), **con problemas de sueño** (17,0%), **con poco interés por hacer las cosas** (13,3%) y **con problemas para concentrarse en una tarea** (10,0%).



4.2.3 Incidencias de problemas de salud mental

¿En algún momento de tu vida has sufrido...?*

(% sobre el total)



■ Sí ■ No

En mayor medida, las mujeres dicen haber sufrido un **ataque de ansiedad** (59,1%), una **depresión** (48,0%), **ansiedad prolongada** (44,7%), **autolesiones** (11,3%) e **ideación o intento de suicidio** (17,0%). De forma significativa, también las **personas entre 18 y 34 años han sufrido** más algún **ataque de ansiedad** (73,4% y 63,3% respectivamente), una **depresión** (56,2% y 47,4%) y una **ansiedad prolongada** (56,5% y 46,4%).

Por otro lado, la **ideación o intento de suicidio** (31,8%) y las **autolesiones** (30,7%) son más comunes en el grupo de **18 a 24 años**. Las **personas del colectivo LGTB** también reportan en **mayor medida** haber sufrido **ataques de ansiedad** (64,9%), una **depresión** (55,4%), **ansiedad prolongada** (48,2%), **autolesiones** (19,5%) e **ideación o intento de suicidio** (32,1%).



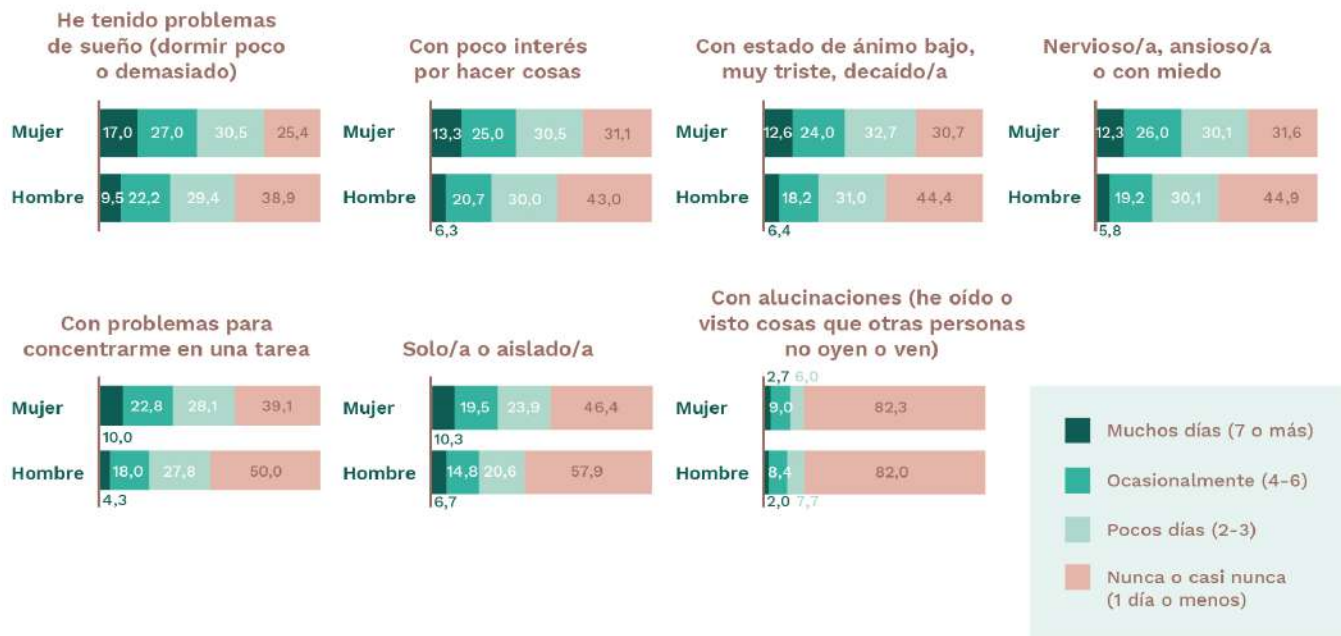
*Debe tenerse en cuenta que esta pregunta recoge una percepción subjetiva de emociones y autopercepción de estados de ánimo y vivencias, no una sintomatología diagnosticada.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

DIFERENCIAS POR GÉNERO

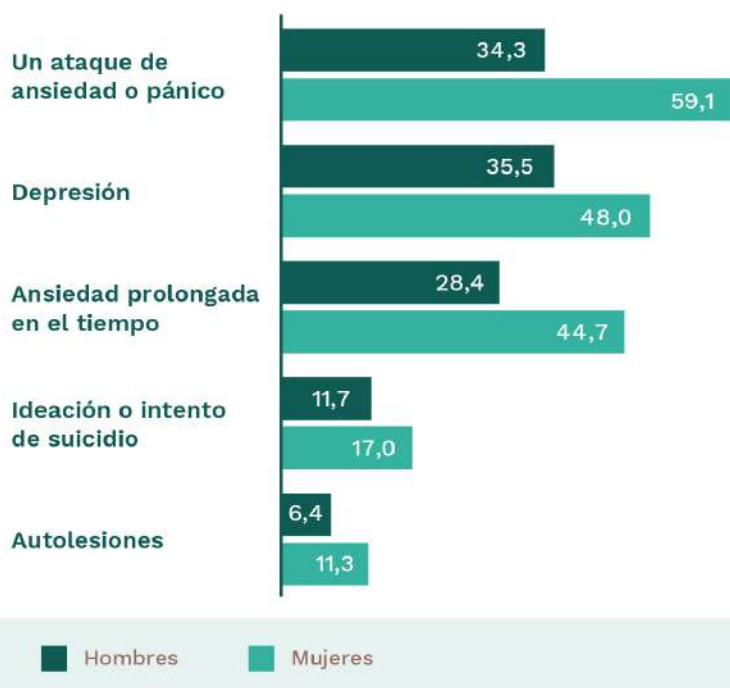
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido...?

(% del total por género)



¿En algún momento de tu vida has sufrido...?

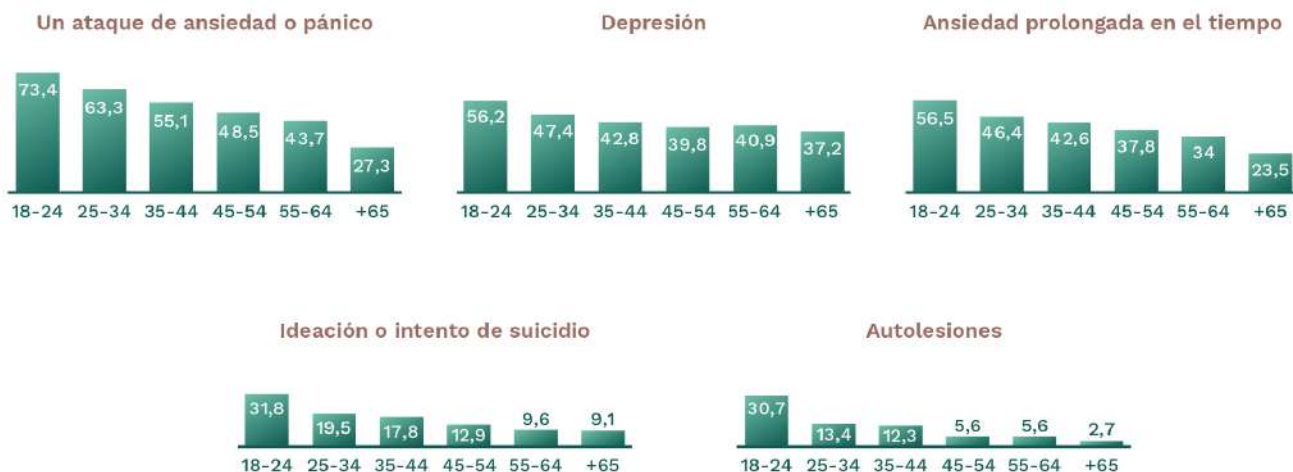
(% de "Sí" por género)



DIFERENCIAS POR EDAD

¿En algún momento de tu vida has sufrido...?

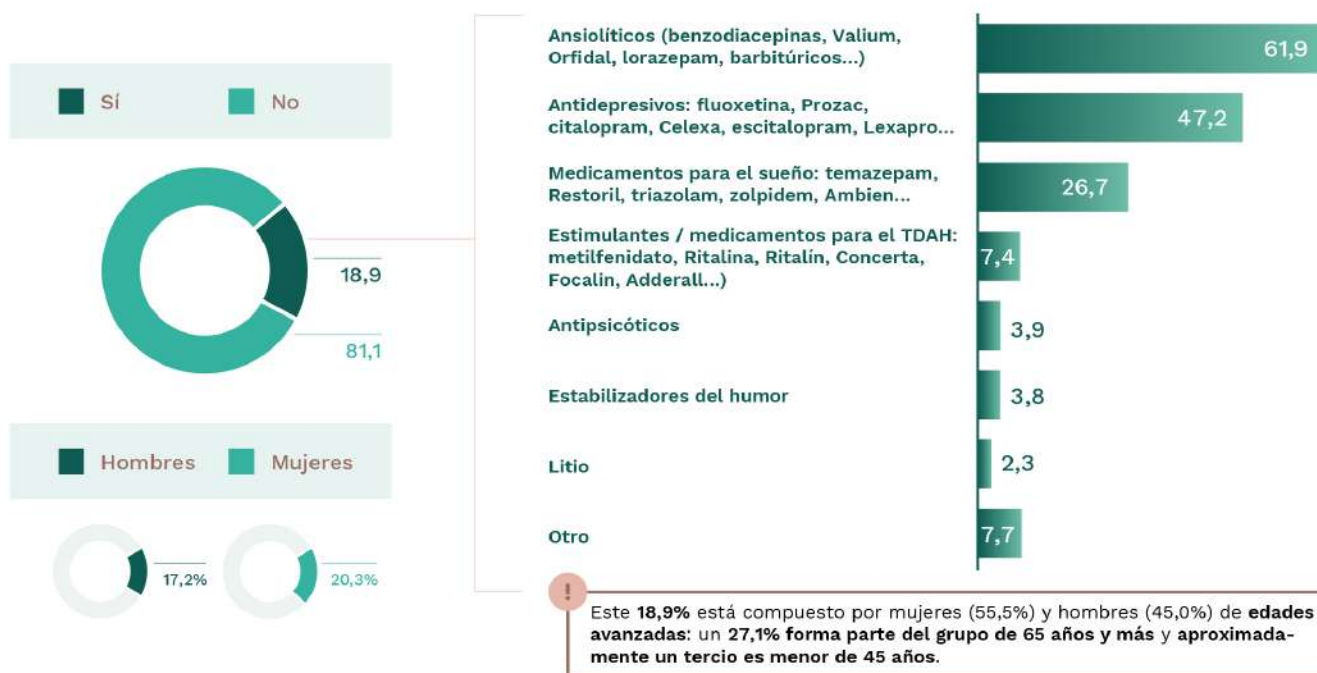
(% de "Sí" por edad)



4.2.4 Consumo de medicamentos

¿Consumes actualmente algún psicofármaco (ansiolíticos, reguladores del sueño, antidepresivos...)?

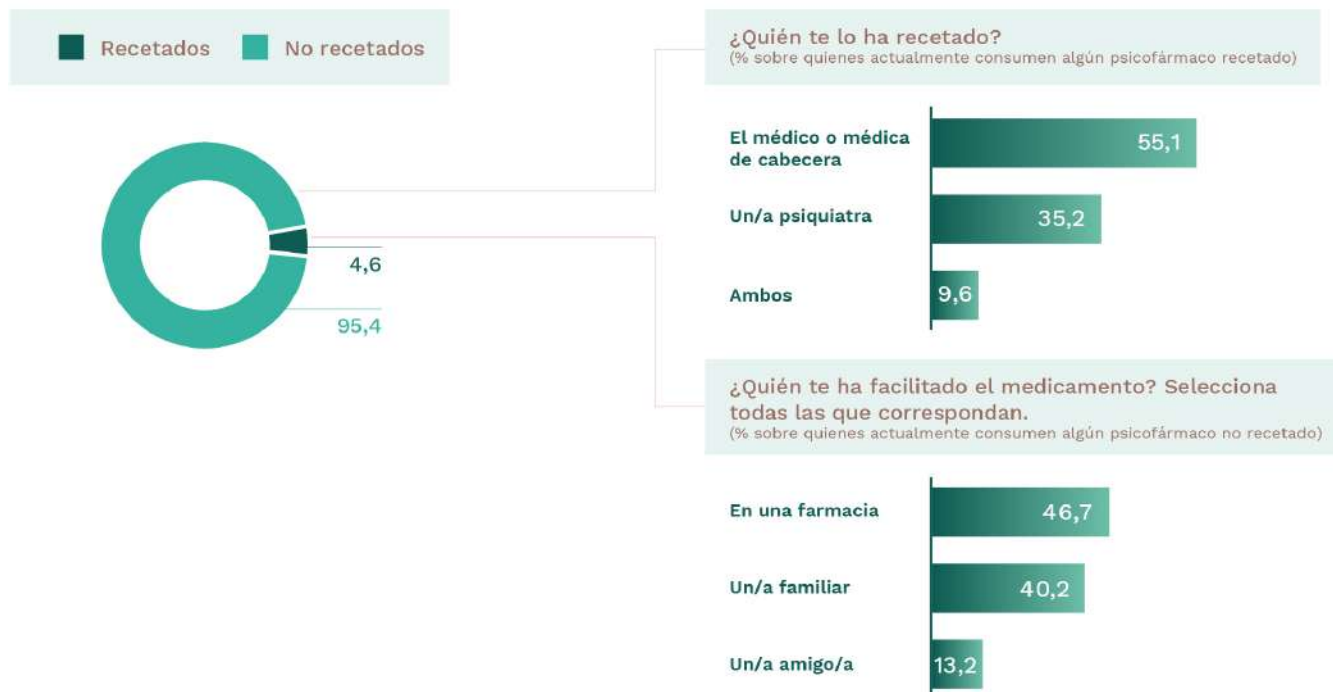
(% sobre el total)



4.2.5 Origen de medicamentos

¿Y este o estos medicamentos han sido mayormente...?

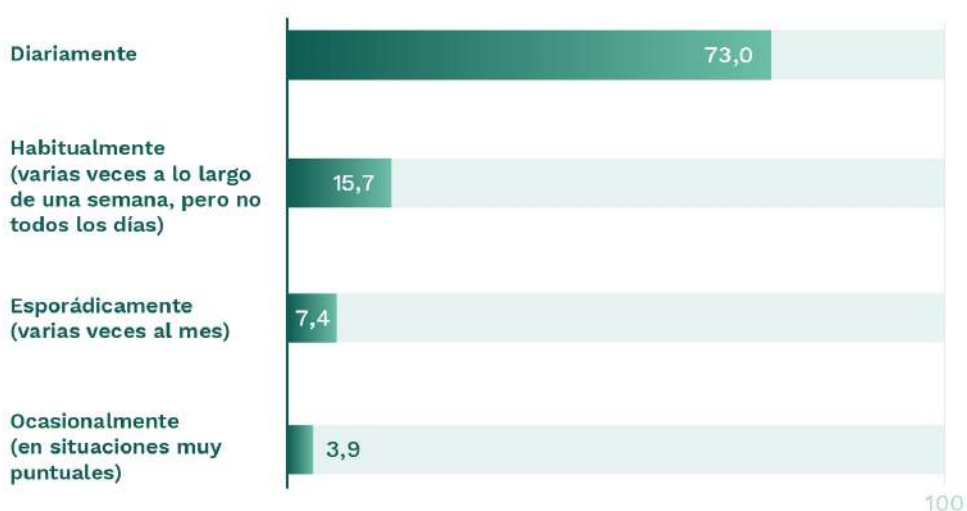
(% sobre quienes consumen actualmente algún psicofármaco)



4.2.6 Frecuencia del consumo de medicamentos

¿Con qué frecuencia consumes ese tipo de medicamentos?

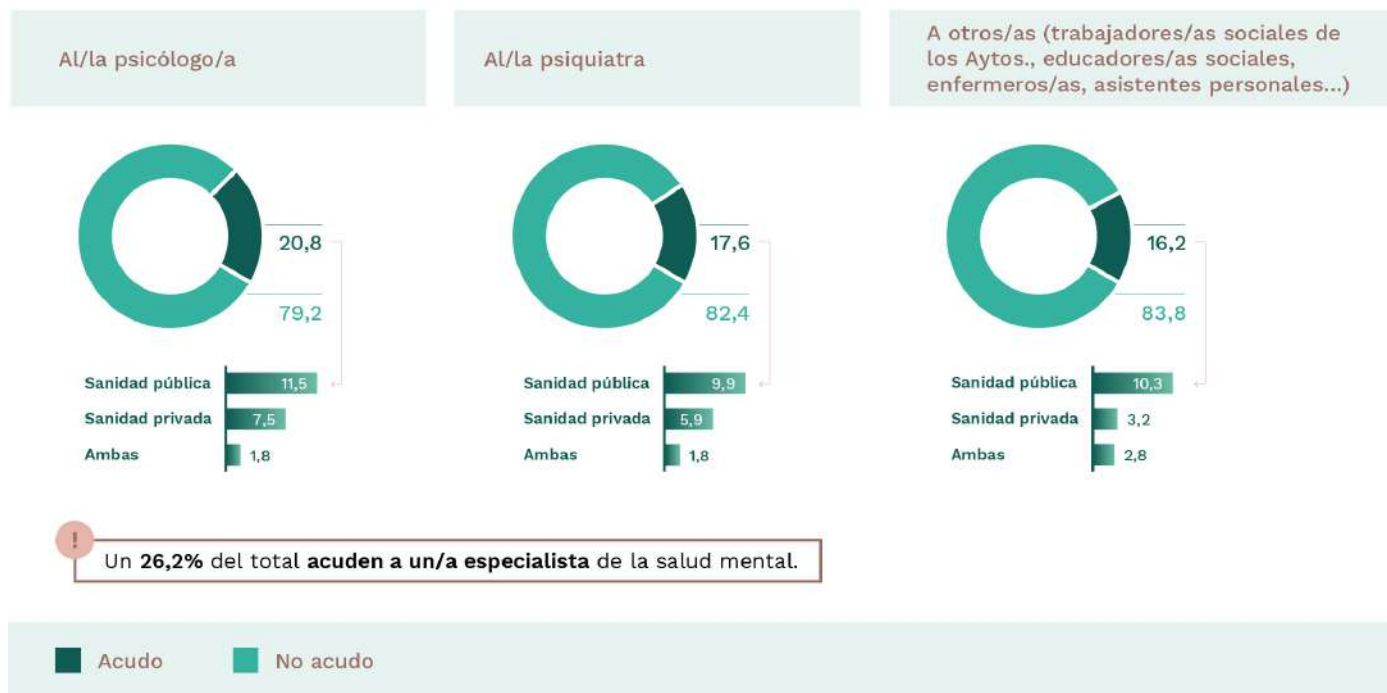
(% sobre quienes consumen actualmente algún psicofármaco)



4.2.7 Asistencia a profesionales de la salud mental

¿Acudes actualmente a la consulta de un/a profesional o de un equipo de profesionales de la salud mental público y/o privado?

(% sobre el total)



Las **mujeres** (9,6%), las personas **entre 18 y 24** (14,6%) **y 25 y 34** (16,0%) **y** la gente de **clase alta y media-alta** (10,2%) **acuden** en mayor medida **al/la psicólogo/a** por la **sanidad privada**.

Las personas de **entre 25 y 34 años acuden** más a **otro tipo de profesionales** de la salud mental (28,8%). Las personas de **clase media-baja y baja acuden** en **mayor medida** solo a la **sanidad pública** de entre los diferentes tipos de profesionales.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

DIFERENCIAS POR EDAD

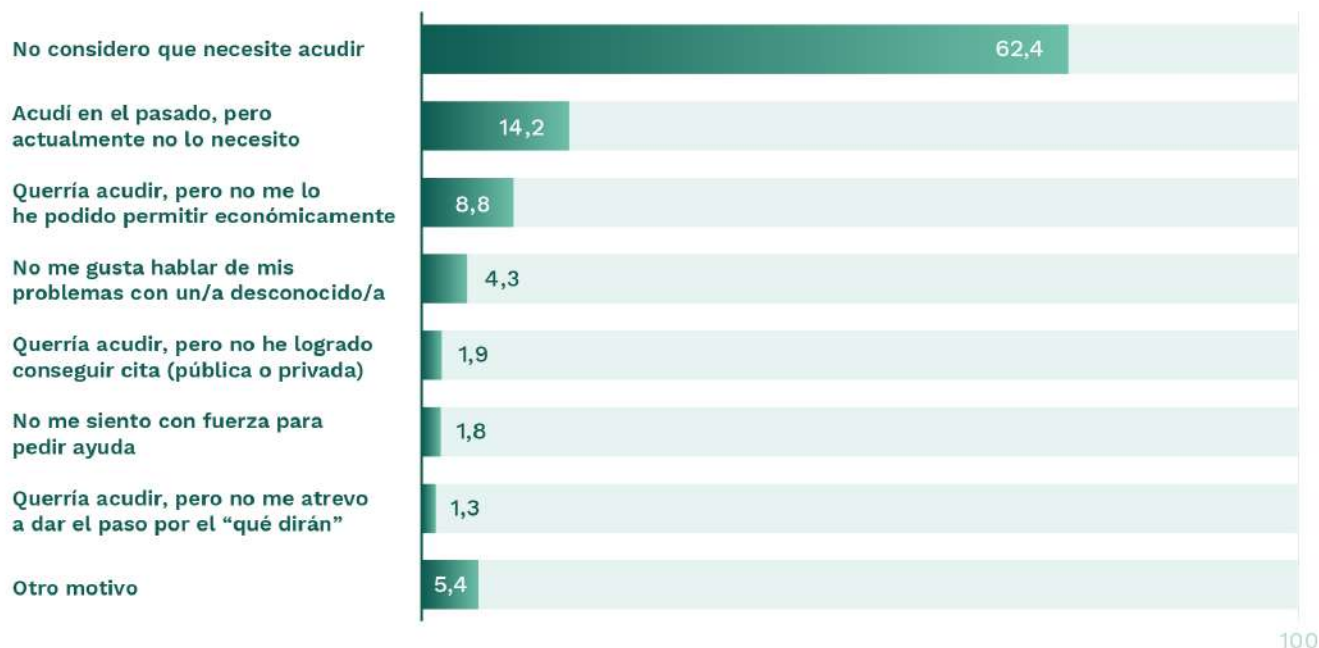
(% “acude” por edad)



4.2.8 Motivos de no asistencia a profesionales de la salud mental

¿Por qué motivo no has acudido a consultas psicológicas o psiquiátricas?

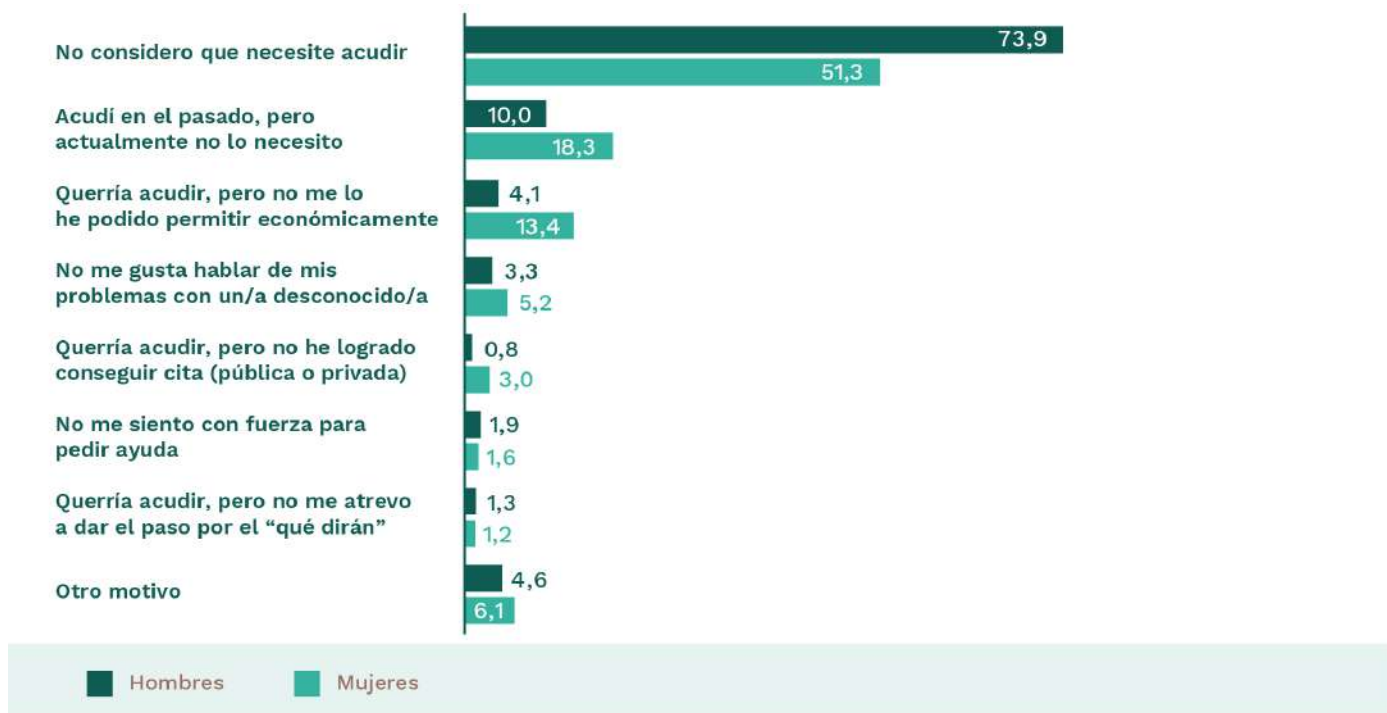
(% de quienes no acuden a ningún/a profesional de la salud mental)



Las mujeres no acuden en mayor medida por no conseguir cita (3,0%) o por no poder permitírselo económicamente (13,4%).

DIFERENCIAS POR GÉNERO

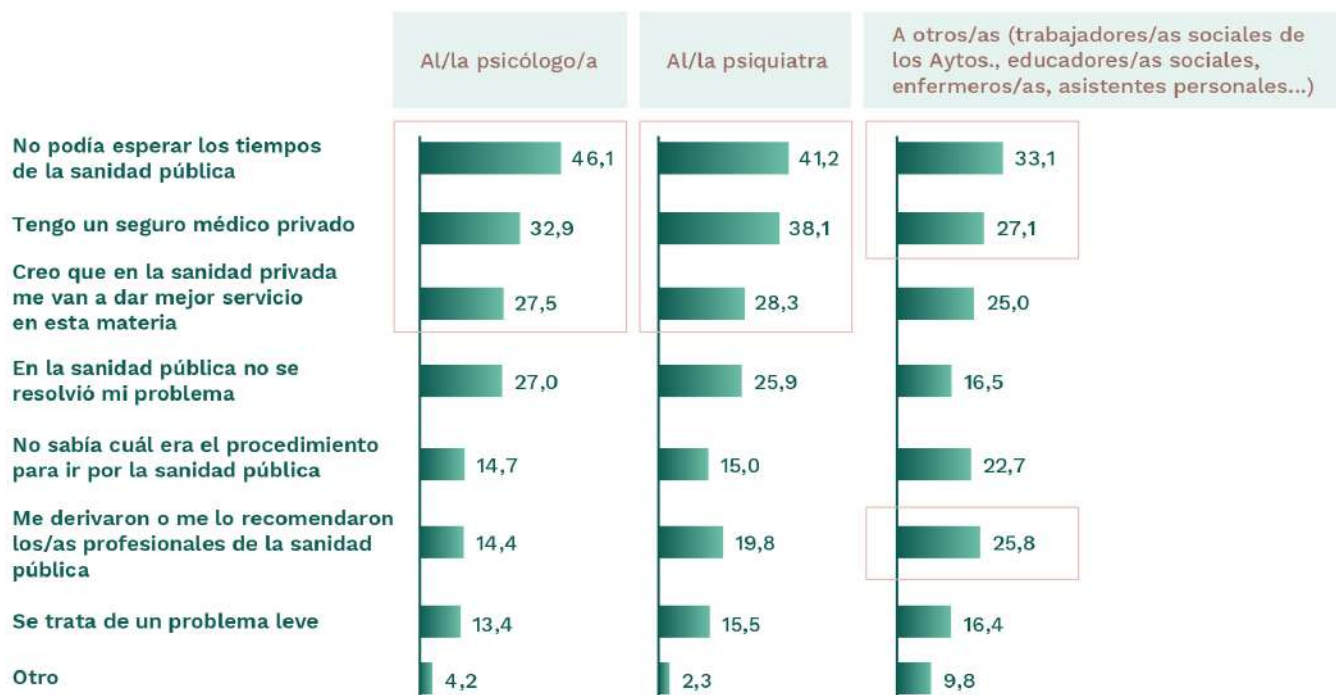
(% de quienes no acuden a ningún/a profesional de la salud mental por género)



4.2.9 Motivos de asistencia a profesionales de la sanidad privada

¿Por qué acudes a la sanidad privada? Selecciona tantos motivos como corresponda.

(% sobre quienes acuden a los/as diferentes profesionales en la sanidad privada)



Las personas jóvenes de entre 18 y 24 años que acuden a un/a psicólogo/a privado/a lo hacen en mayor medida

por no poder esperar los tiempos de la sanidad pública (76,8%).

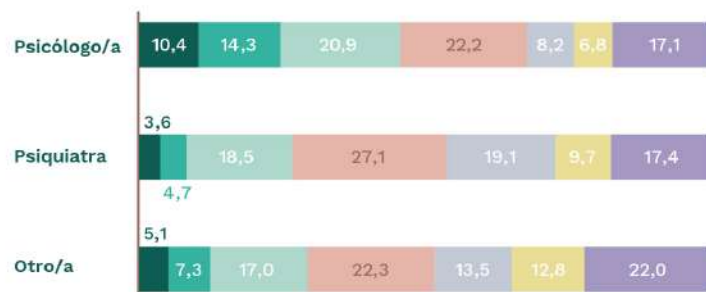
4.2.10 Frecuencia de asistencia y tipo de tratamiento o terapia

¿Con qué frecuencia acudes a consulta del especialista?

(% sobre quienes acuden a un/a especialista)

¿En qué consiste, principalmente, la terapia o tratamiento? Selecciona tantas opciones como corresponda.

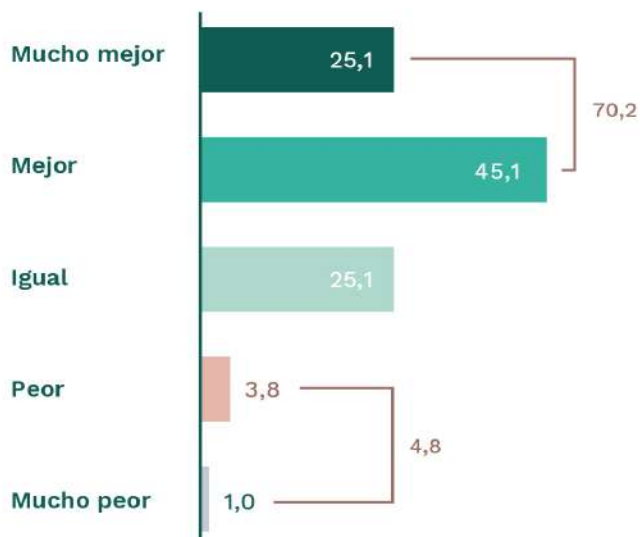
(% sobre aquellos que acuden al/la psiquiatra)



4.2.11 Evaluación de la asistencia a profesionales de la salud mental

En general, comparado con antes de comenzar a acudir al/la especialista o especialistas, ¿cómo dirías que te encuentras ahora?

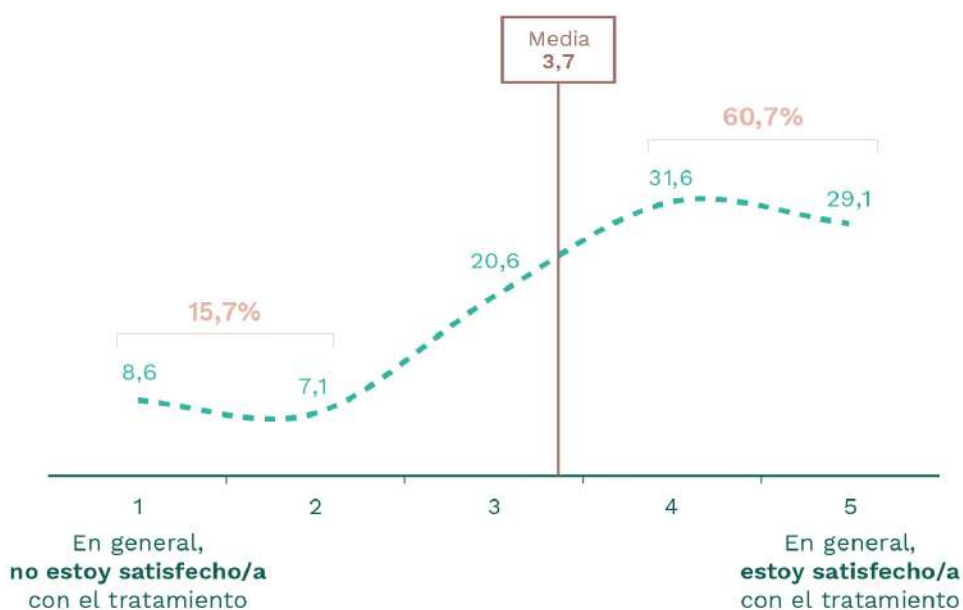
(% sobre quienes acuden a un/a especialista)



4.2.12 Satisfacción con la asistencia a profesionales de la salud mental

Respecto a la atención que has recibido en los servicios de salud mental dirías que...

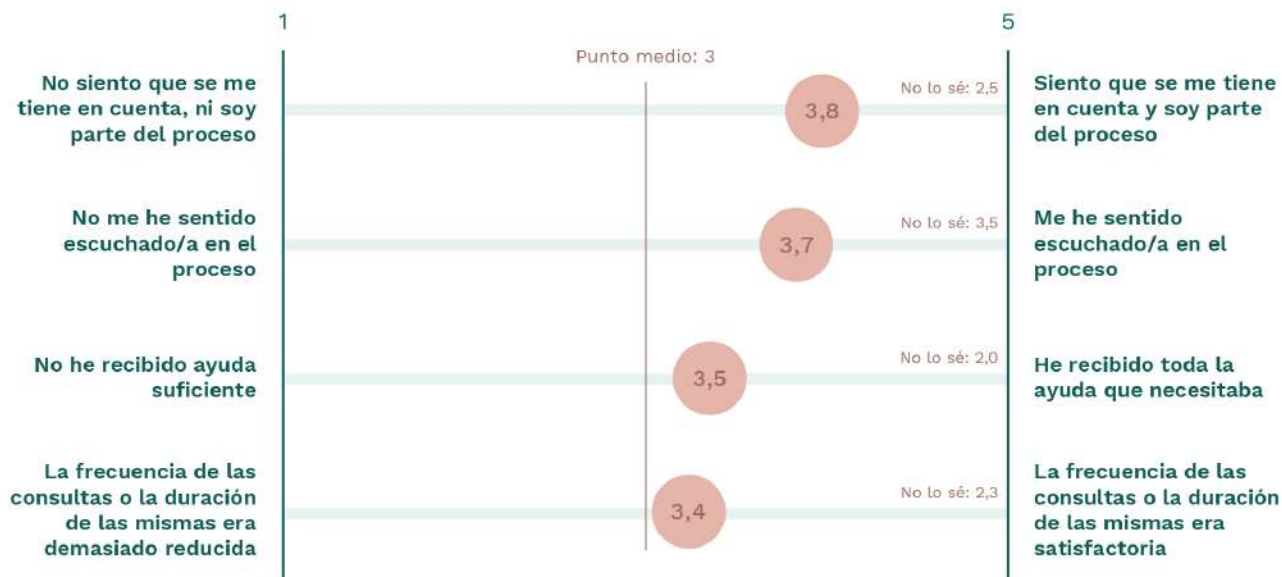
Utiliza una escala de 1 a 5. (% sobre quienes acuden a un/a especialista)



4.2.13 Valoración de la asistencia a profesionales de la salud mental

Respecto a la atención que has recibido en los servicios de salud mental dirías que...

Utiliza una escala de 1 a 5. (Media sobre quienes acuden a un/a especialista)



4.3 Caracterización de las personas con experiencia propia en salud mental

Utilizamos la nomenclatura ‘**Persona con experiencia propia en salud mental**’ (PEP), en línea con la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, para designar a aquellas personas que atraviesan o han atravesado algún problema de salud mental y/o sufrimiento psíquico.

Para construir esta categoría se han tomado en consideración **dos variables**:

- Por un lado, se han incluido dentro de esta categoría a todas las personas que declaran **haber sido diagnosticadas con algún trastorno y/o problema de salud mental** a lo largo de su vida, y que representan el 17,4% de la muestra.
- Para no excluir de esta categoría a las personas que puedan estar sufriendo a causa de su salud mental, **se incluye también a aquellas que autoevalúan su salud mental como “muy mala” o “mala”,** y que representan el 10,0% de la muestra.

La población que cumple con, al menos, una de estas características supone **un 22,8% de la población**. En el capítulo se presentará una comparativa entre estas personas con experiencia propia en salud mental y aquel segmento de la población general que no ha experimentado problemas de salud mental.

De ahora en adelante se utilizará la abreviatura **“PEP”** para referirnos a las **Personas con Experiencia Propia en salud mental**.

- Población que no ha experimentado problemas de salud mental
- Población con experiencia propia en salud mental

	Nº de entrevistas	
	Con experiencia propia en salud mental	Sin experiencia propia en salud mental
TOTAL	457	1.543
GÉNERO		
Hombre	175	788
Mujer	280	751
No binario	2	4
EDAD		
18-24 años	68	96
25-34 años	75	168
35-44 años	88	254
45-54 años	90	302
55-64 años	67	277
65 años y más	69	446
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Alto y medio-alto	185	653
Medio	105	434
Medio-bajo y bajo	167	456



Cómo interpretar el siguiente capítulo

Diferencias significativas

Con el objetivo de favorecer la comprensión y la diferenciación entre los dos grupos de población estudiados en el siguiente capítulo **se mostrarán las diferencias estadísticamente significativas** en aquellas variables que así lo presenten, marcados con flechas ↑↓.

Se reportarán las diferencias estadísticamente significativas al **95% de confianza** con respecto al otro grupo de población, en la comparación entre la **población PEP** y la población **no PEP**, de la siguiente forma:

- La flecha ↑ representará que el dato de la población PEP es significativamente superior que el de la población no PEP.
- La flecha ↓ representará que el dato de la población PEP es significativamente inferior que el de la población no PEP.

Perfil sociodemográfico

¿Cómo son las personas con experiencia propia en salud mental?

En comparación con aquellos/as sin experiencia en problemas de salud mental, las personas con experiencia propia en salud mental presentan unas características sociodemográficas reseñables:

- Hay una **proporción mayor de mujeres** que de hombres.
- Es una **población más joven**.
- Tienen un **nivel socioeconómico inferior**.
- Hay una **proporción menor de personas que se encuentran trabajando**, y **mayor de estudiantes** y **personas en situación de incapacidad**.
- Hay un **mayor porcentaje de solteros/as**.
- Es un grupo de población en el que hay **mayor porcentaje de personas pertenecientes al colectivo LGTB**.
- Además, hay una **mayor proporción de personas que no se identifican con el sexo que se les asignó al nacer**.



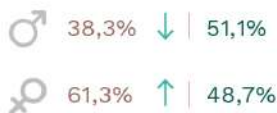
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA DISTRIBUCIÓN DE AMBOS GRUPOS

(Datos en %)

■ Población que no ha experimentado problemas de salud mental
 ■ Población con experiencia propia en salud mental
 22,8%

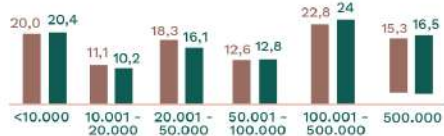
Sexo

Mayor proporción de **mujeres**.



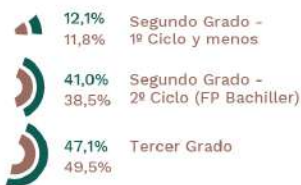
Tamaño del hábitat

El **tamaño de los municipios** en los que viven es **similar** entre ambos grupos.



Nivel educativo

Tienen un **nivel educativo similar**: casi la mitad cuenta con educación superior.



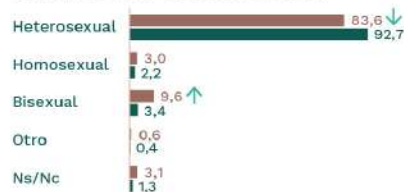
Estado civil

Tienen **pareja en menor medida**: el 35,6% está soltero/a.



Orientación sexual

Mayor proporción de personas que pertenecen al colectivo **LGTB**.



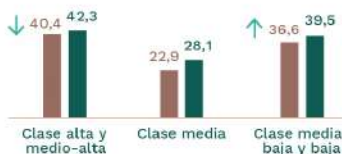
Edad

Más jóvenes entre las personas con experiencia propia. **La edad media es 38 años**.



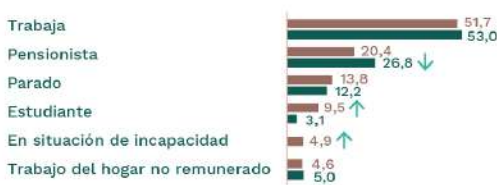
Clase social

Cuentan con un **nivel socioeconómico inferior** que la población no PEP.



Trabajo

La **mayoría trabaja**, aunque la proporción de trabajadores y trabajadoras es menor.



Composición del hogar

Menor proporción de **hogares** compuestos por **2 personas**.



Identidad de género

El **4,0%** no se identifica con el sexo que se le asignó al nacer.



↑↓ Cuando las diferencias son significativas al 95% entre ambos grupos

Comparativa de las personas con experiencia propia en salud mental

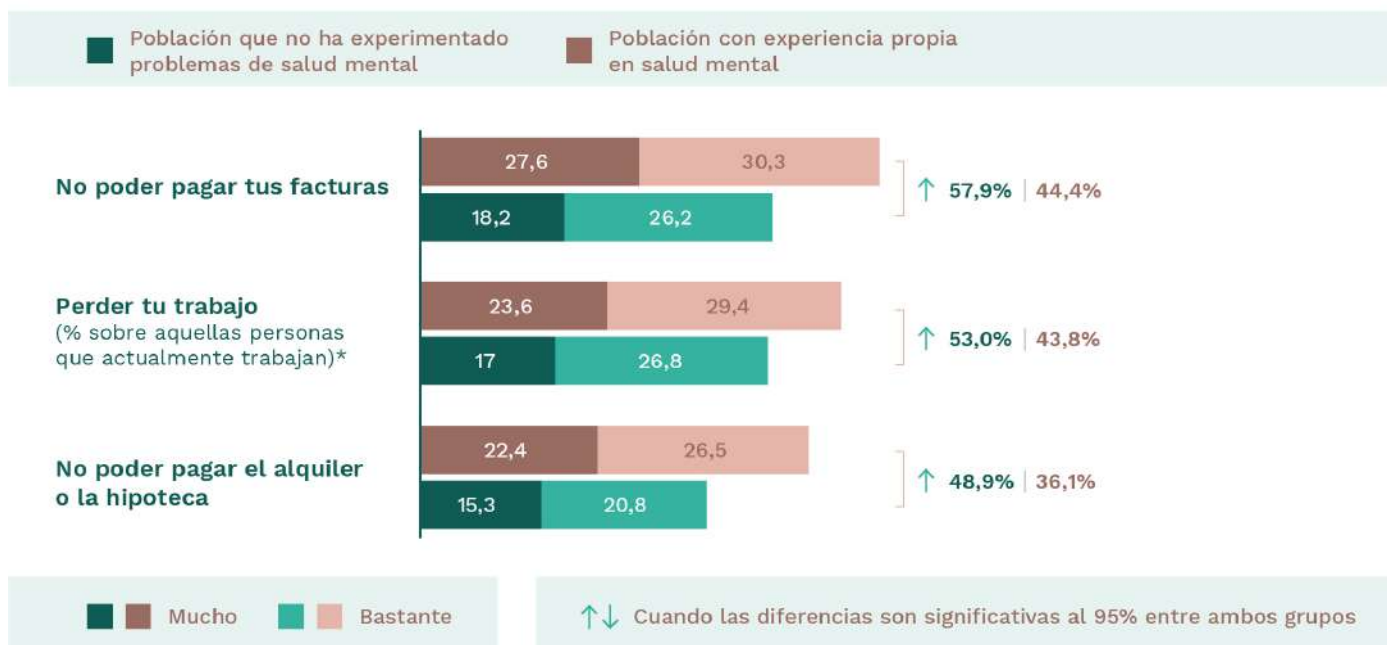
- En términos sociodemográficos, comparados con la población que no ha experimentado problemas de salud mental, el grupo de personas con experiencia propia tiene una mayor proporción de mujeres, más jóvenes y un nivel socioeconómico inferior. Además, existe una mayor proporción de personas pertenecientes al colectivo LGTB y son solteros/as en mayor medida.
- Las personas con experiencia propia están más preocupadas por las cuestiones materiales que las personas que no han experimentado problemas de salud mental: temen en mayor medida no poder hacer frente a sus facturas, alquiler y/o hipoteca y perder su trabajo.
- Comparadas con aquellas personas que no han experimentado problemas de salud mental, las personas con experiencia propia se sienten, en general, más insatisfechas con todos los aspectos de su vida, pero especialmente en lo referente a su vida familiar, su salud, sus amistades, su vida afectiva y su tiempo libre.
- Además de sentirse más deprimidas y ansiosas que las personas que no han experimentado problemas de salud mental, las personas con experiencia propia ven a sus amistades en menor medida y cuentan con menos personas en las que confiar.
- Las personas con experiencia propia se sienten más estresadas, hacen menos ejercicio, duermen en menor medida las horas suficientes, comen menos de forma saludable y fuman y consumen drogas en mayor medida.
- Las personas con experiencia propia acuden más a consulta de profesionales de la salud mental que las personas sin experiencia propia.
- Han sufrido en mayor medida ataques de pánico o ansiedad, depresiones, ansiedad prolongada en el tiempo, autolesiones e intentos o ideaciones suicidas.



4.3.1 Preocupaciones materiales

Y, ¿cómo de preocupado/a dirías que estás por...?

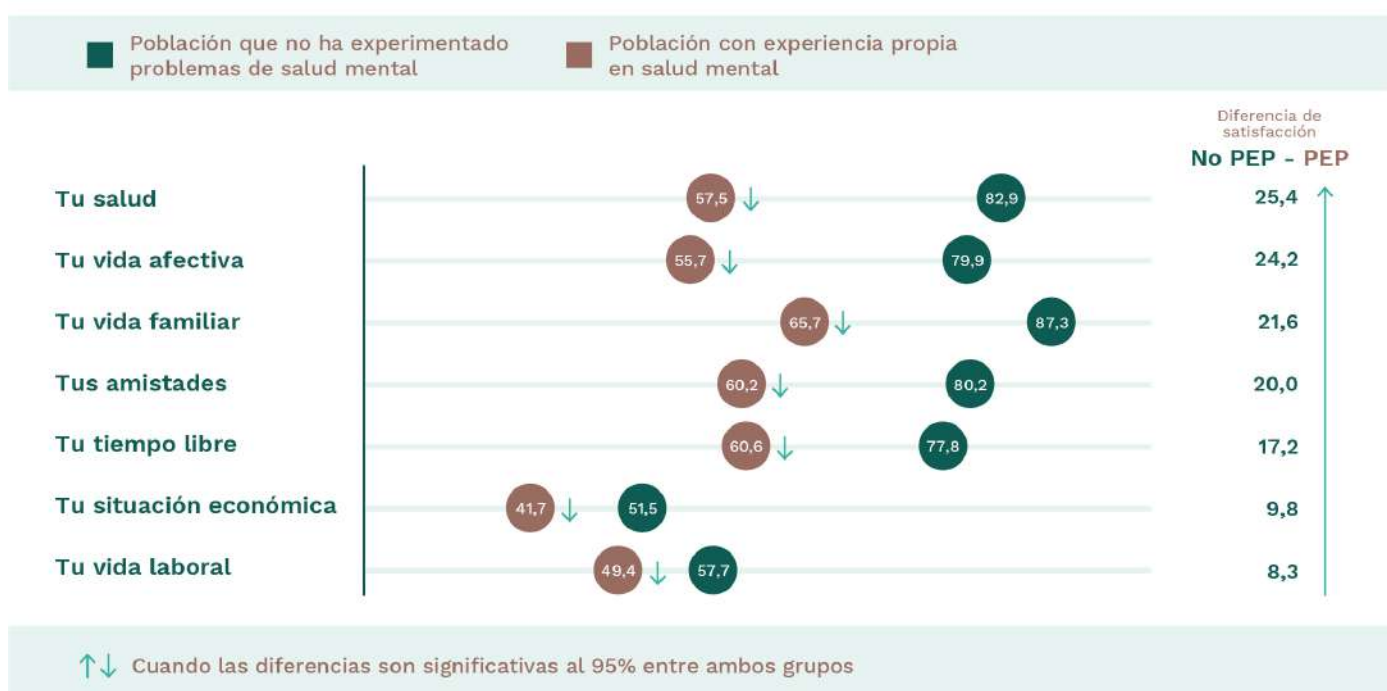
(% de quienes responden “Mucho” o “Bastante” en personas con experiencia propia y en población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.2 Satisfacción con la vida

¿Cómo de satisfecho/a dirías que estás con los siguientes aspectos de tu vida?

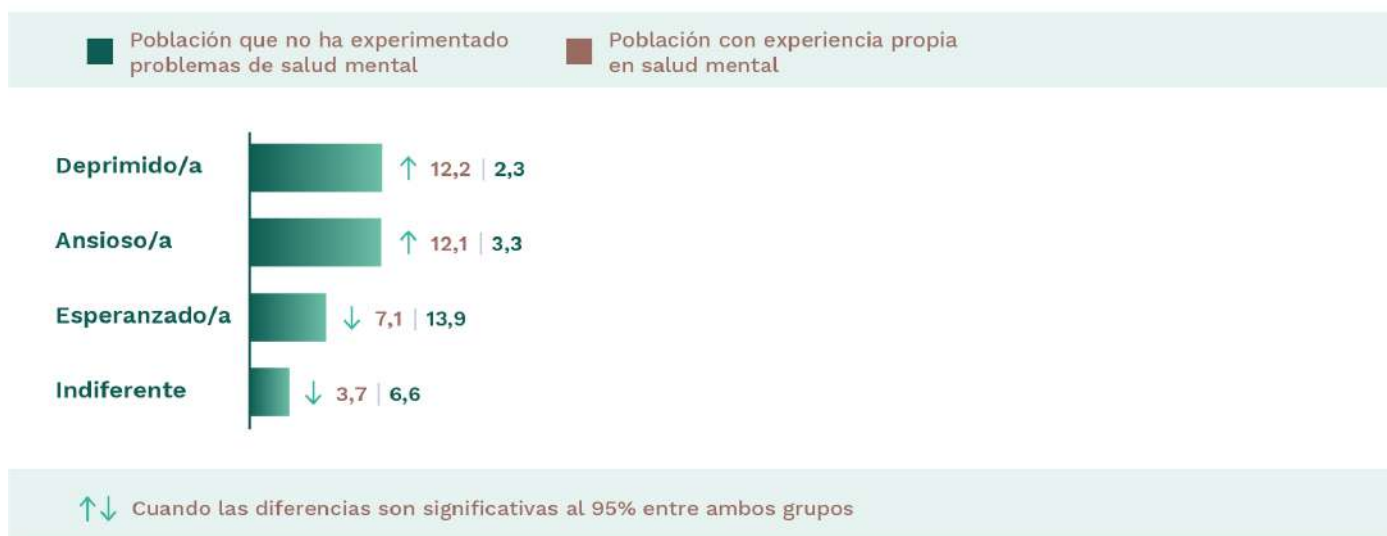
(% de la suma de “Mucho” y “Bastante” en personas con experiencia propia y en población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.3 Estado de ánimo, sociabilidad y confianza en el entorno

Pensando en la situación actual, y en lo que estamos viviendo como sociedad, ¿qué describe mejor cómo te sientes?

[Solo una respuesta es posible] (% sobre el total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos/as y familiares?

Y, pensando en tus amistades y familia, ¿a cuántos/as de ellos/as podrías acudir para contarle un problema íntimo o personal?

En términos de sociabilidad, hay **una mayor proporción** de personas que **ven menos de una vez al año a sus amistades** (12,5% | 8,1%) entre la población con experiencia propia en salud mental. Sin embargo, **no hay diferencias en cuanto a la frecuencia con la que ven a sus familias.**

En relación a la **disponibilidad** de personas en el entorno a las que poder acudir ante un problema, hay una **mayor proporción** de personas **que dice no tener a nadie** (14,2% | 10,4%) entre aquellas con experiencia propia.

4.3.4 Hábitos

De los siguientes hábitos o actividades, ¿con qué frecuencia dirías que...?

(% de “Regularmente” sobre el total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.5 Hábitos nocivos

Y, en cuanto al consumo de sustancias, ¿con qué frecuencia dirías que...?

(% de consumo diario sobre el total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.6 Autoestima e imagen personal

¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?

(Media en la escala 1 a 5 del total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.7 Valoración del estado de la propia salud mental

¿En algún momento de tu vida has sufrido...?

(% sobre el total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.3.8 Visita a profesionales de la salud mental y consumo de medicamentos

¿Acudes actualmente a la consulta de un/a profesional o de un equipo de profesionales de la salud mental público y/o privado?

(% de población PEP y de población no PEP que sí acuden a cada profesional)



4.3.9 Incidencia de problemas de salud mental

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido...?

(% sobre el total de personas con experiencia propia y de población que no ha experimentado problemas de salud mental)



4.4 Caracterización de las personas con un diagnóstico relativo a la salud mental

En el siguiente bloque se presentan los resultados del bloque de preguntas dirigido exclusivamente a aquellas personas que han sido diagnosticadas con un trastorno y/o problema de salud mental.

El objetivo de este bloque es **conocer**, desde el punto de vista de las personas diagnosticadas, **cómo ha sido su experiencia**, haciendo hincapié en los siguientes aspectos:

- Si han sufrido algún tipo de **discriminación o rechazo** y en qué ámbitos se han dado estas situaciones.
- En qué momento de sus vidas comenzaron sus **problemas** y qué **causas** creen que pudieron detonarlo.
- Cómo han sido sus procesos de **tratamiento** y qué **servicios** han necesitado.
- Qué **valoración** hacen de los servicios que han requerido y del proceso de tratamiento en general (respeto de su autonomía y haber sido informadas correctamente durante todo el proceso).

	Nº de entrevistas
TOTAL	348 17,4%
GÉNERO	
Hombre	140
Mujer	207
No binario	1
EDAD	
18-24 años	45
25-34 años	68
35-44 años	60
45-54 años	63
55-64 años	55
65 años y más	57
NIVEL SOCIOECONÓMICO	
Alto y medio-alto	144
Medio	74
Medio-bajo y bajo	130

Personas con experiencia propia en salud mental diagnosticada

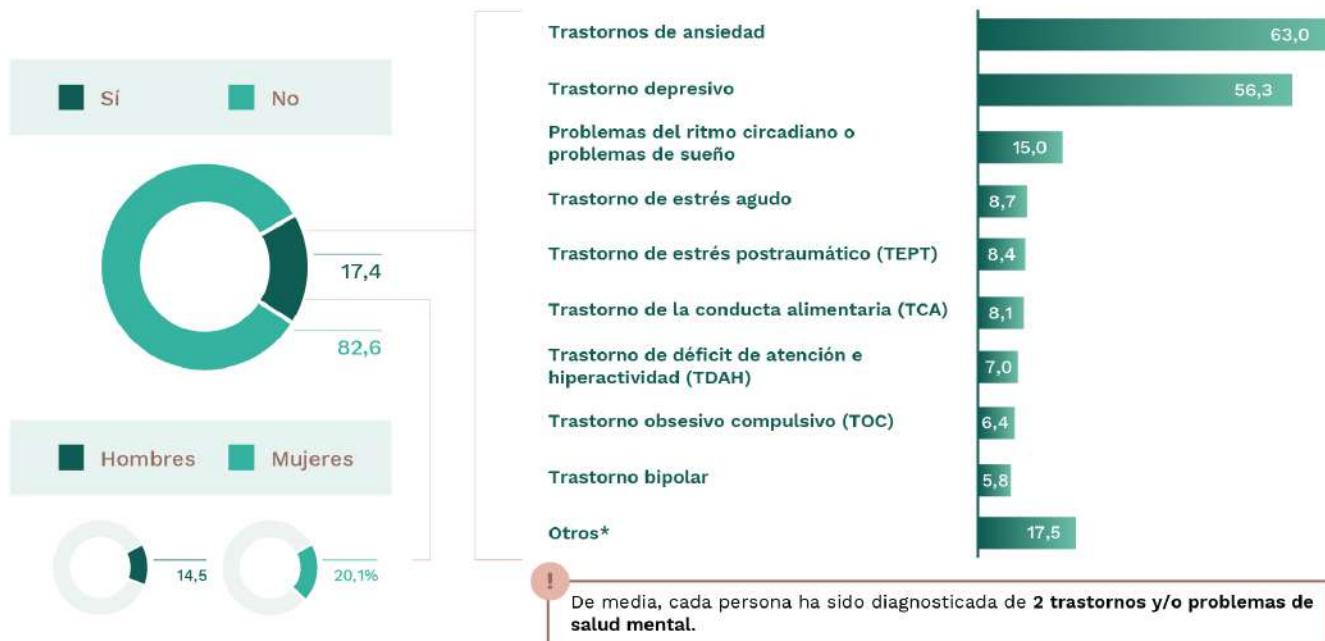
- El **17,4%** de la población ha sido diagnosticada alguna vez con algún trastorno o problema de salud mental, siendo los **trastornos de ansiedad (63,0%)** y los **trastornos depresivos (56,3%)** los más comunes, y el **37,7%** reporta que **al menos una persona de su círculo cercano ha sido diagnosticada**. Además, el **79,6%** de las personas con diagnóstico afirma que **su problema de salud mental empezó antes de los 35 años**.
- **Más de la mitad (58,5%) ha sentido rechazo social en algún momento por parte de su entorno** por su problema de salud mental. Además, el **55,0%** ha sentido en algún momento **discriminación**, siendo el **trabajo el lugar más señalado** en el que se produjo.
- El **48,7%** de las personas con diagnóstico **acude actualmente a un/a psicólogo/a** y el **50,5%** a un/a **psiquiatra**, con una **media de tiempo en terapia de 4,5 años y 6,7 respectivamente**. Además, **uno de cada cinco ha estado ingresado/a (19,8%)** en un hospital psiquiátrico o en una planta de Psiquiatría de un hospital general.
- Los **problemas y relaciones familiares (36,3%)** y la **autoexigencia en lo profesional, escolar o académico (32,4%)** son las dos **causas** más señaladas como **más importantes** para el surgimiento de los **problemas de salud mental**.
- En términos generales, hay una **falta de satisfacción** de las personas con diagnóstico **en ciertas partes de su tratamiento**, como una falta de confidencialidad, ingresos involuntarios, **falta de información clara, suficiente y precisa o poder opinar en el diseño de su programa** de atención.



4.4.1 Diagnóstico

¿Alguna vez has sido diagnosticado/a con algún trastorno mental y/o problema de salud mental?

(% sobre el total)



Las mujeres (20,1%), las personas entre 18 y 24 años (27,6%) y entre 25 y 34 años (27,9%) han sido diagnosticadas en mayor medida.

De media, cada persona ha sido **diagnosticada de 2 trastornos y/o problemas de salud mental**.



*Trastorno de personalidad (4,9%), espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (4,7%), trastorno relacionado con sustancias y adicciones (2,4%) y otros (5,5%).

4.4.2 Parientes con diagnóstico

E, independientemente de si tú has sido diagnosticado/a, ¿alguien de tu círculo más cercano lo ha sido?

(% sobre el total)



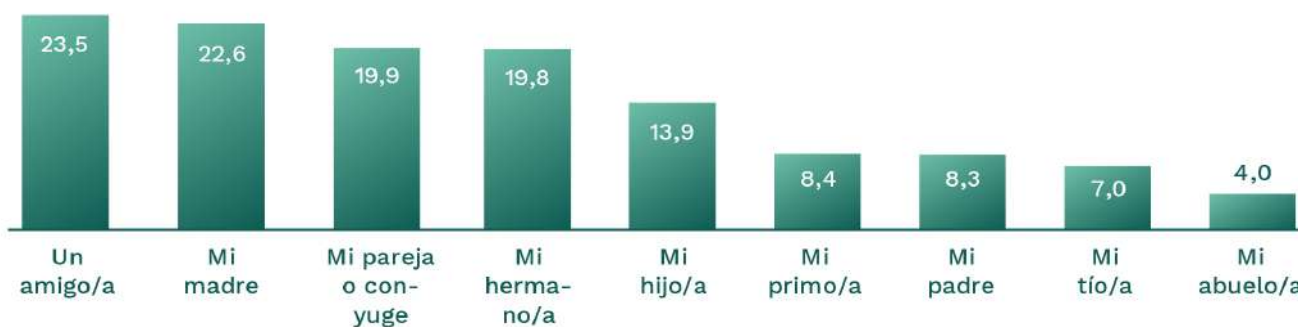
¿Eres o fuiste la persona o una de las personas encargadas de esa/s persona/s durante el proceso de tratamiento?

(% de personas con alguien cercano diagnosticado/a)



¿Quién o quiénes?

(% sobre las personas con alguien cercano diagnosticado/a)



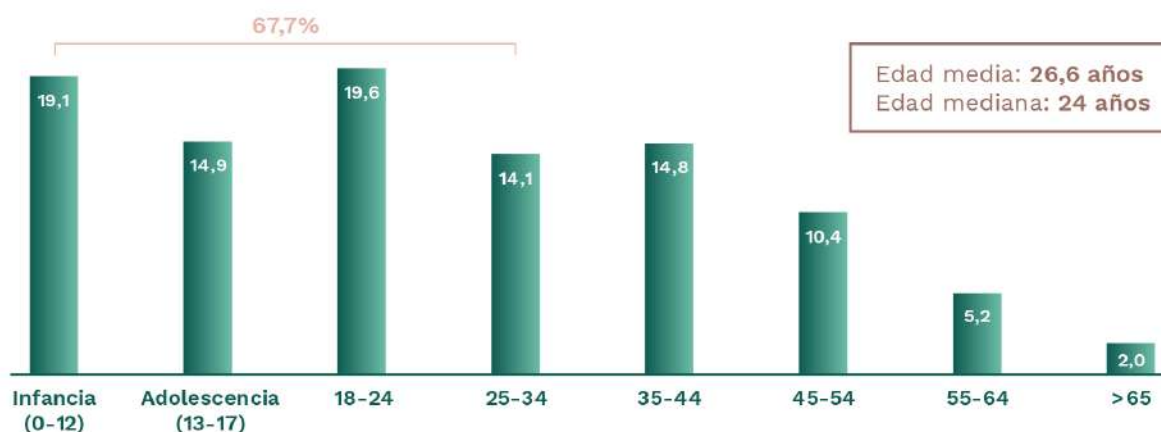
Un 35,6% de las personas que tienen un familiar cercano diagnosticado/a (padre, madre, hermano/a y/o hijo/a),

también han sido diagnosticadas con algún trastorno mental y/o problema de salud mental.

4.4.3 Edad de inicio del problema de salud mental

¿Cuántos años tenías cuando comenzó/comenzaron tu/s problema/s de salud mental?

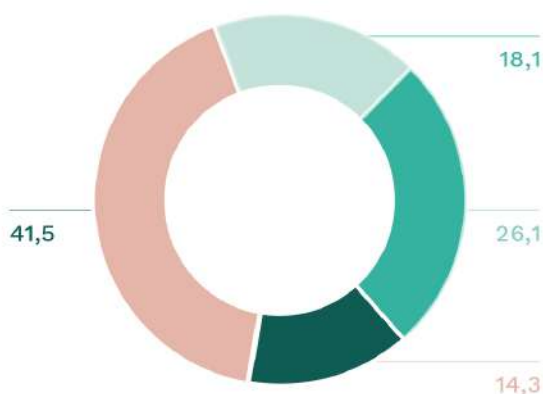
(% sobre personas diagnosticadas)



4.4.4 Rechazo social

¿Has sentido rechazo por parte de alguna persona de tu entorno debido a tu problema de salud mental?

(% sobre personas diagnosticadas)



¿En qué ámbitos has sentido ese rechazo? Selecciona tantas opciones como corresponda.

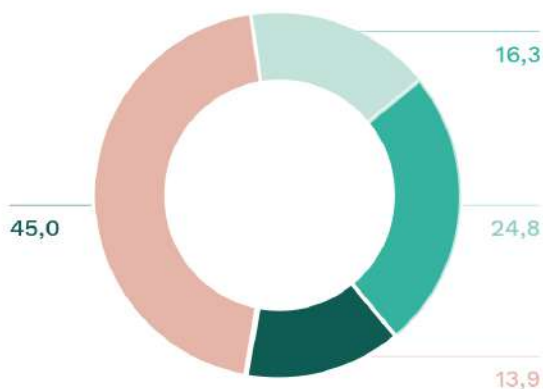
(% sobre personas diagnosticadas que han sentido rechazo)



4.4.5 Discriminación

Y, ¿consideras que alguna vez has podido sufrir discriminación a raíz de tu trastorno y/o problema de salud mental?

(% sobre personas diagnosticadas)



¿En qué ámbitos has sufrido esa discriminación? Selecciona tantas opciones como corresponda.

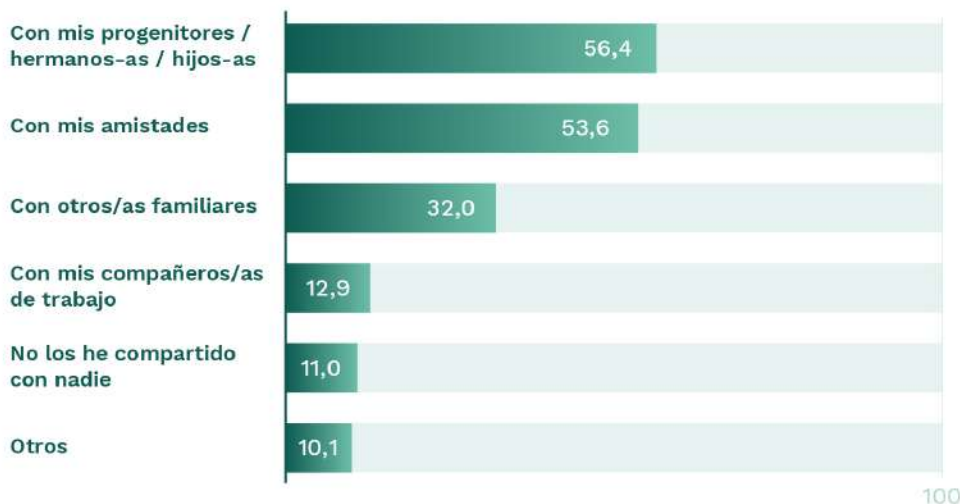
(% sobre personas diagnosticadas que han sentido rechazo)



4.4.6 Confianza en el entorno

¿Con quién has compartido tu/s problema/s de salud mental? Selecciona tantas opciones como corresponda.

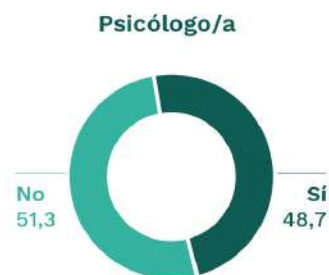
(% sobre personas diagnosticadas)



4.4.7 Visita a profesionales de la salud mental e ingreso

¿Acudes actualmente a la consulta de un/a profesional o de un equipo de profesionales de la salud mental público y/o privado?

(% de personas diagnosticadas que acude a cada profesional)



¿Cuánto tiempo llevas acudiendo a la consulta del/la psicólogo/a?
(% de personas diagnosticadas que acuden al/la psicólogo/a)

Edad media: 4,5 años
Edad mediana: 2 años



¿Cuánto tiempo llevas acudiendo a la consulta del/la psiquiatra?
(% de personas diagnosticadas que acuden al psiquiatra)

Edad media: 6,7 años
Edad mediana: 3 años

¿Alguna vez has estado ingresado/a en un hospital psiquiátrico o en la planta de Psiquiatría de un hospital general?

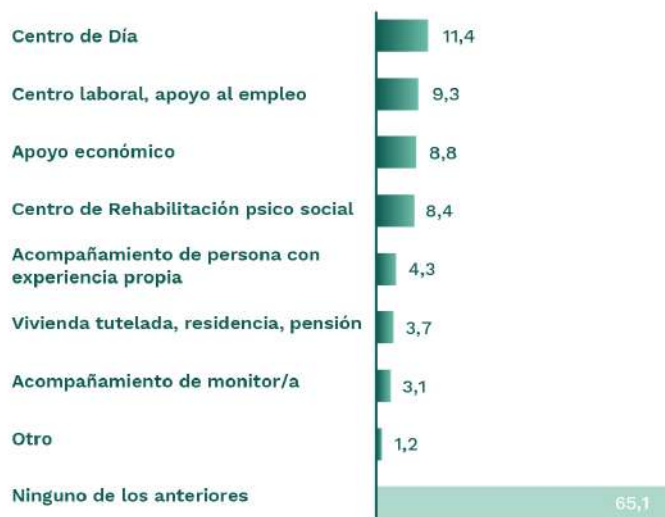
(% de personas diagnosticadas)



4.4.8 Uso de servicios y ayudas sociales y sanitarias

¿Alguna vez has recibido o has utilizado alguno de estos servicios? Selecciona tantos como corresponda.

(% sobre personas diagnosticadas)



Los hombres diagnosticados (14,8%) reportan en mayor medida haber acudido a centros laborales y apoyo al empleo.

De los servicios citados en la pregunta anterior, ¿cuáles consideras que podrías haber necesitado más? Selecciona tantos como corresponda.

(% sobre personas diagnosticadas)

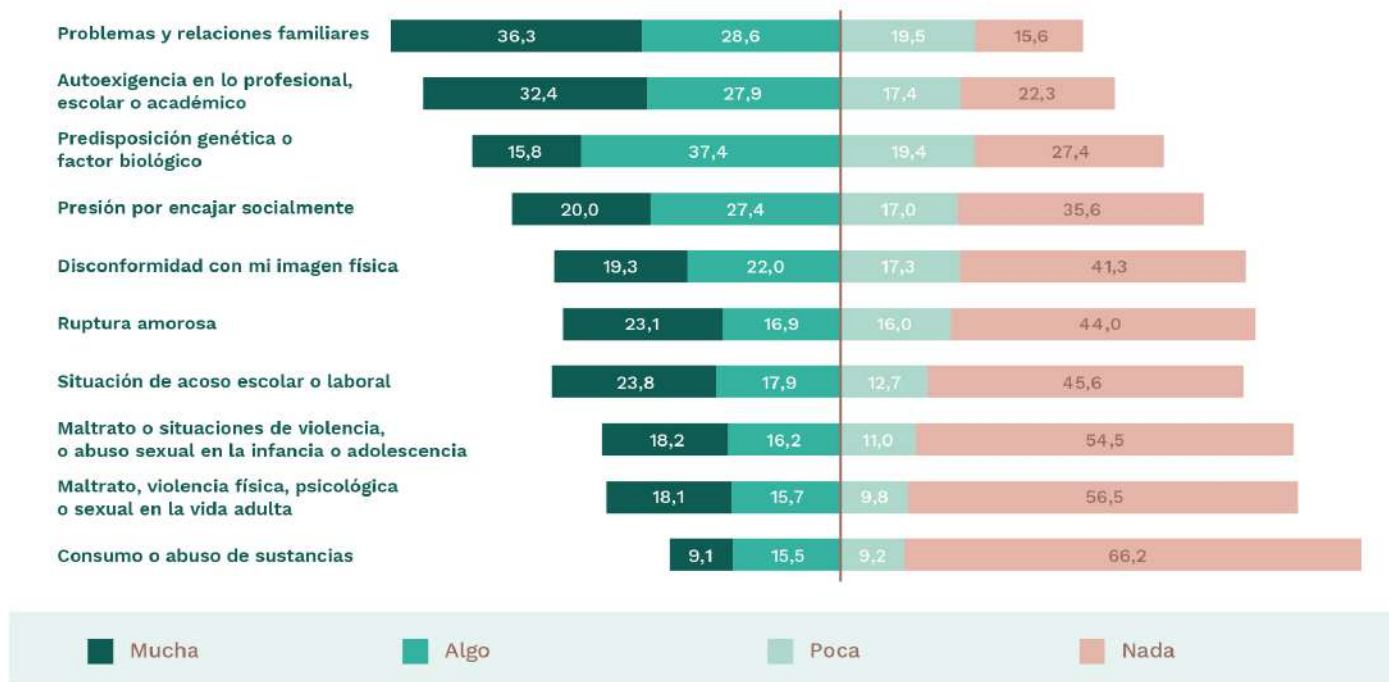


! El acompañamiento de alguien que ha pasado problemas de salud mental, los centros de día y los centros de rehabilitación psicosocial son los tres servicios mejor valorados por las personas que utilizan estos servicios.

4.4.9 Posibles detonantes del problema de salud mental

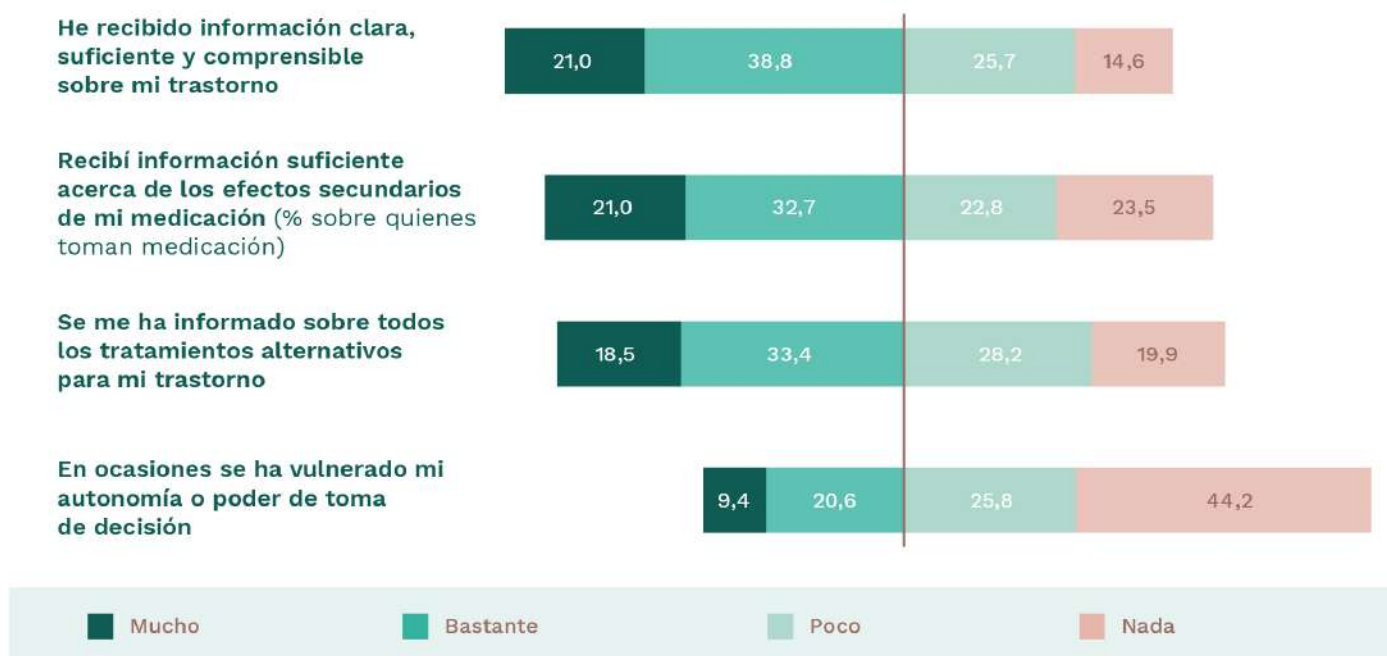
¿Qué grado de importancia crees que tuvieron las siguientes situaciones en el surgimiento de tu problema de salud mental?

(% sobre personas diagnosticadas)



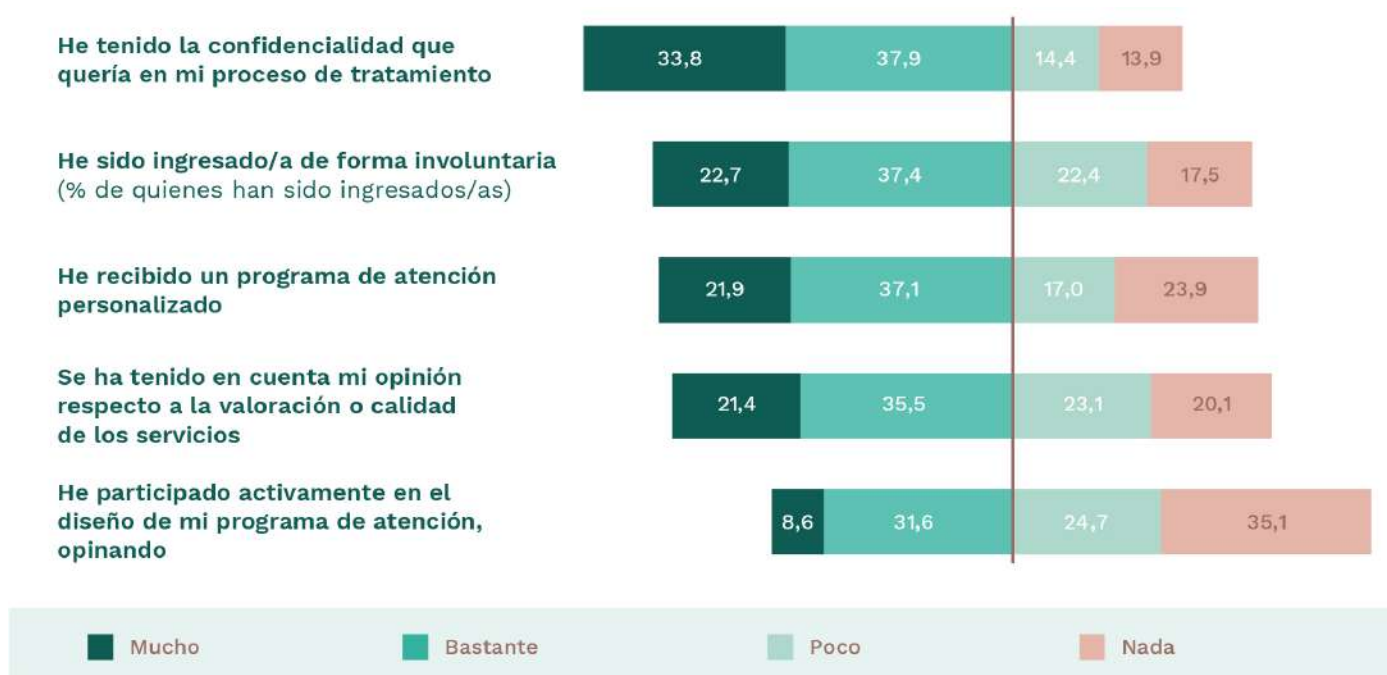
4.4.10 Satisfacción con la información recibida en el proceso de tratamiento

Pensando en tu experiencia personal, ¿en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?
(% de personas diagnosticadas)



4.4.11 Satisfacción con el proceso de tratamiento

Pensando en tu experiencia personal, ¿en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?
(% de personas diagnosticadas)



4.5 Percepción social de la salud mental: significados y actitudes

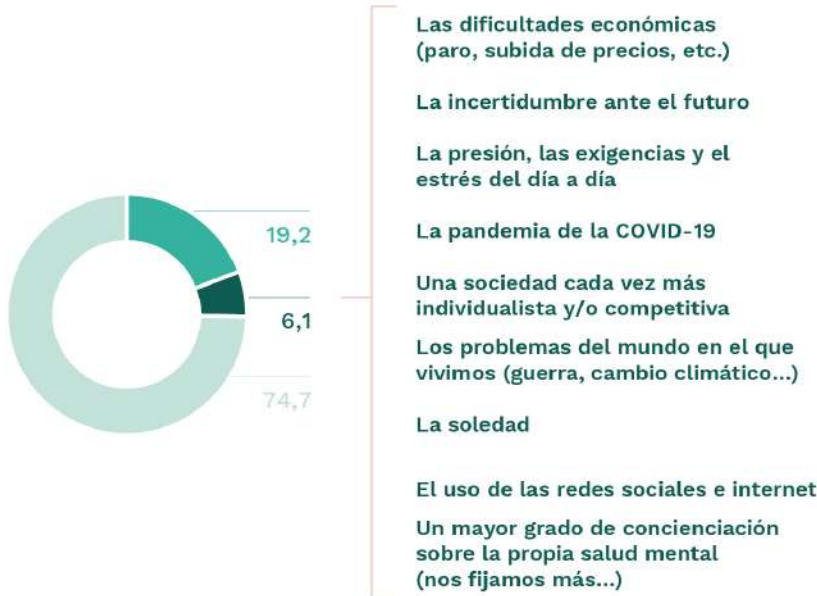
- Un **74,7%** cree que en los últimos años la salud mental de la sociedad ha empeorado, y especialmente lo creen las mujeres (80,4%).
- Las tres razones más señaladas como causas de este empeoramiento son: las **dificultades económicas** (91,4%), la **incertidumbre ante el futuro** (89,0%) y la **presión, las exigencias y estrés** del día a día (88,8%).
- De media, la **salud mental obtiene una importancia de 4,5** en una escala de 1 a 5 en su efecto sobre el bienestar general en la vida de las personas.
- La mayoría (**57,3%**) considera que acudir a un profesional de la salud mental es **económicamente inaccesible**, siendo esta opinión mayor entre las mujeres (63,0%) y personas de clase media baja y baja (62,6%). Una gran mayoría no piensa que acudir a este tipo de profesionales sea **innecesario o inútil** (86,0%) o un **signo de debilidad** (87,9%).
- **Saber gestionar el estrés (86,0%), tener un círculo de confianza (85,4%) y dormir las suficientes horas (85,3%)** son los tres hábitos más importantes en términos generales para el bienestar emocional. Al mismo tiempo, una **vida personal o familiar satisfactoria (88,1%), gozar de buena salud [la persona y su entorno] (87,8%) y poder llegar a fin de mes sin problema (85,9%)** son factores que, según la población, afectan al bienestar emocional.
- En cuanto a la presencia de **estigmas sociales**, un **13,9%** de las personas creen que quienes han padecido o padecen un trastorno mental pueden recuperarse y vivir una vida normal, un **21,3%** considera que son personas vulnerables y el **21,9%** no cree que sería capaz de convivir y/o trabajar con alguien que ha padecido un trastorno mental.



4.5.1 Percepción general

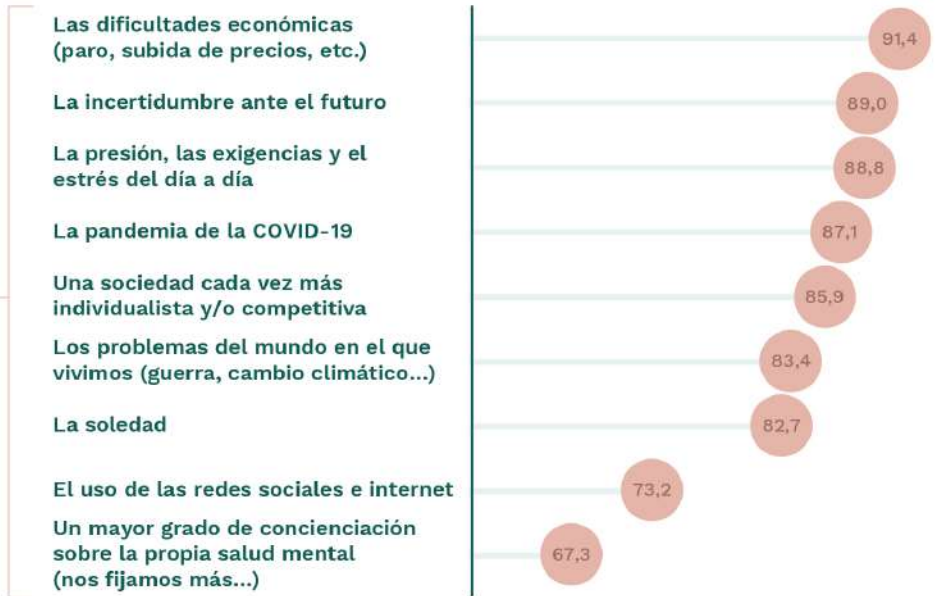
En los últimos años, dirías que la salud mental de la sociedad...

(% sobre el total)



Y, en general, ¿en qué medida crees que han podido contribuir las siguientes cuestiones al empeoramiento de la salud mental de la sociedad?

(% de la suma de “Mucho” y “Bastante” sobre quienes creen que la salud mental ha empeorado)



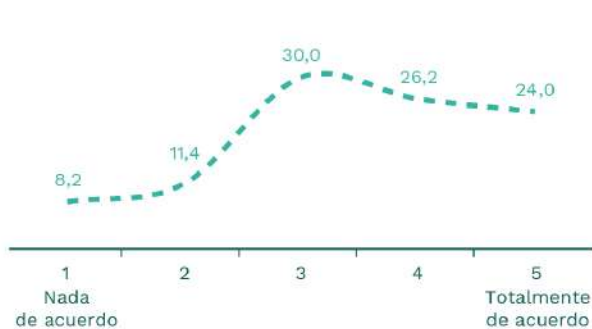
■ Ha mejorado ■ Ha empeorado ■ Se ha mantenido igual

4.5.2 Significados de salud mental

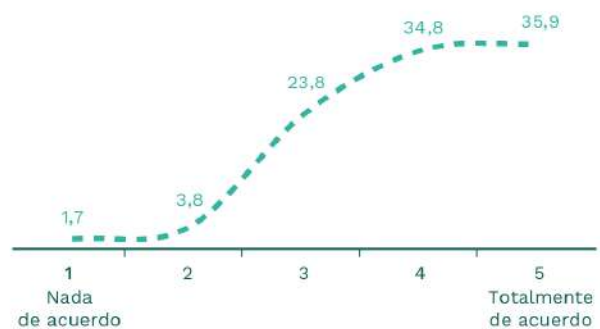
¿En qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo” (% sobre el total)

Una buena salud mental solo puede darse cuando vives sin preocupaciones o sentimientos negativos o desagradables.



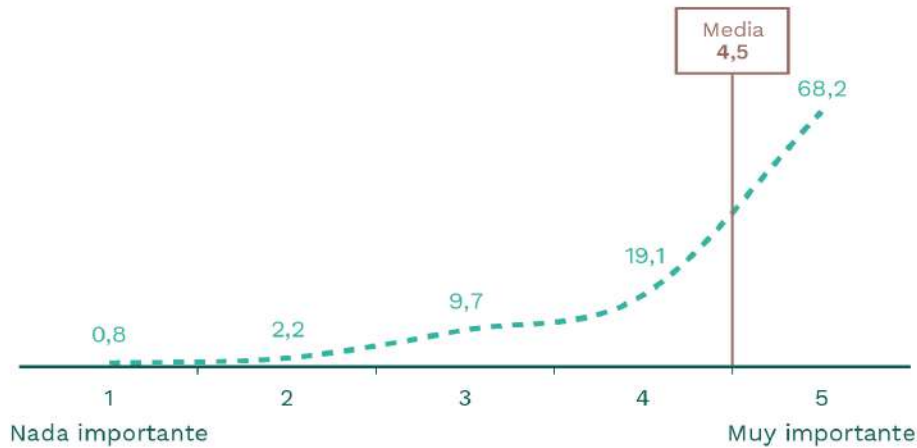
Una buena salud mental se da cuando eres capaz de hacer una vida normal, aun experimentando de vez en cuando sentimientos desagradables.



4.5.3 Importancia de la salud mental

Señala el grado de importancia que, en tu opinión, tiene la salud mental para el bienestar en general.

Utiliza una escala de 1 a 5 en la que 1 significa “Nada importante” y 5 significa “Muy importante” (% sobre el total)



4.5.4 La ayuda profesional

De acuerdo con tu opinión, acudir a un/a profesional de la salud mental (psicólogo/a, psiquiatra...) es...

(% sobre el total)

Un signo de debilidad



DIFERENCIAS POR GÉNERO (% de “sí”)



Algo innecesario o inútil



DIFERENCIAS POR GÉNERO (% de “sí”)



Los hombres creen en mayor medida que acudir a un/a profesional de la salud mental es un signo de debilidad (13,7%) y algo innecesario o inútil (15,8%).

Estas opiniones también son superiores en las personas de entre 35 y 44 años (18,7% y 20,6% respectivamente).

4.5.5 Percepción económica de la ayuda profesional

De acuerdo con tu opinión, acudir a un/a profesional de la salud mental (psicólogo/a, psiquiatra...) es...

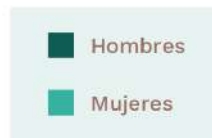
(% sobre el total)

Algo económicamente inaccesible



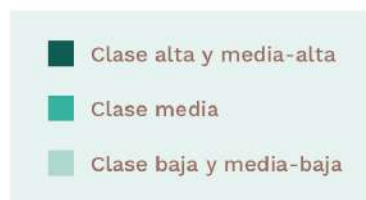
DIFERENCIAS POR GÉNERO

(% de "sí")



DIFERENCIAS POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

(% de "sí")



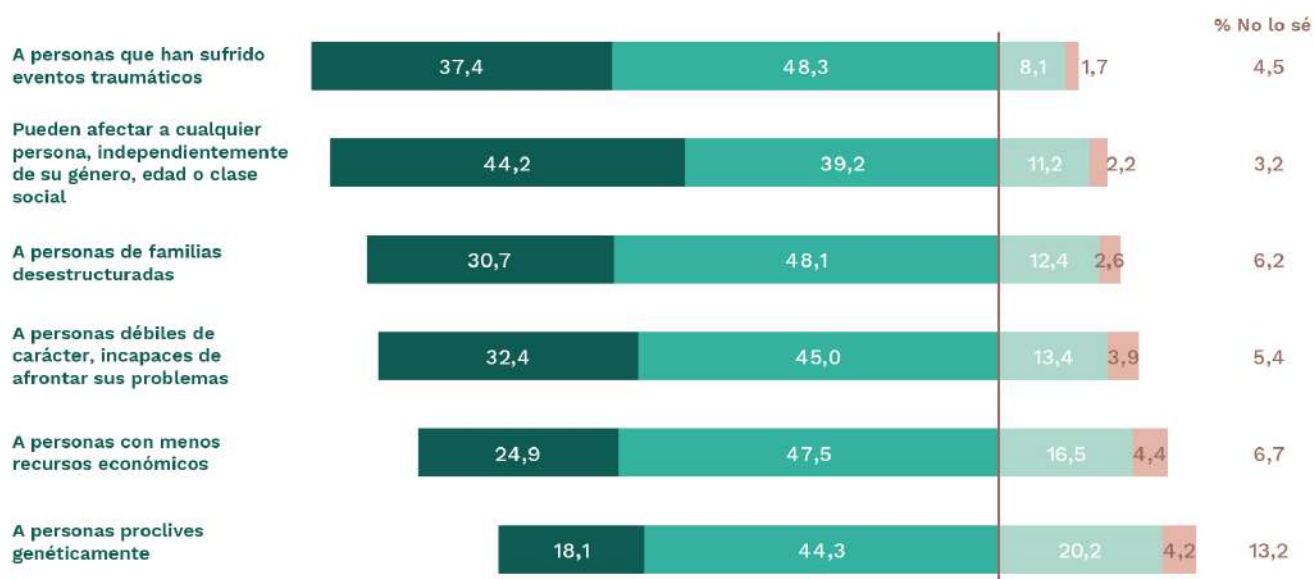
Las mujeres (63,0%) y las personas de clase media-baja y baja (62,6%) creen en mayor medida que acudir a un/a

profesional de la salud mental es económicamente inaccesible.

4.5.6 Los posibles factores detonantes

Dirías que los problemas de salud mental afectan en mayor medida...

(% sobre el total)



4.5.7 Las posibles causas del malestar emocional

¿En qué medida consideras que los siguientes hábitos son importantes para el bienestar emocional?

Utiliza una escala de 1 a 5, donde 1 representa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo” (% de la suma de “5” y “4” sobre el total)



4.5.8 Factores que pueden afectar al bienestar emocional

¿Cómo crees que afectan las siguientes cuestiones al bienestar emocional?

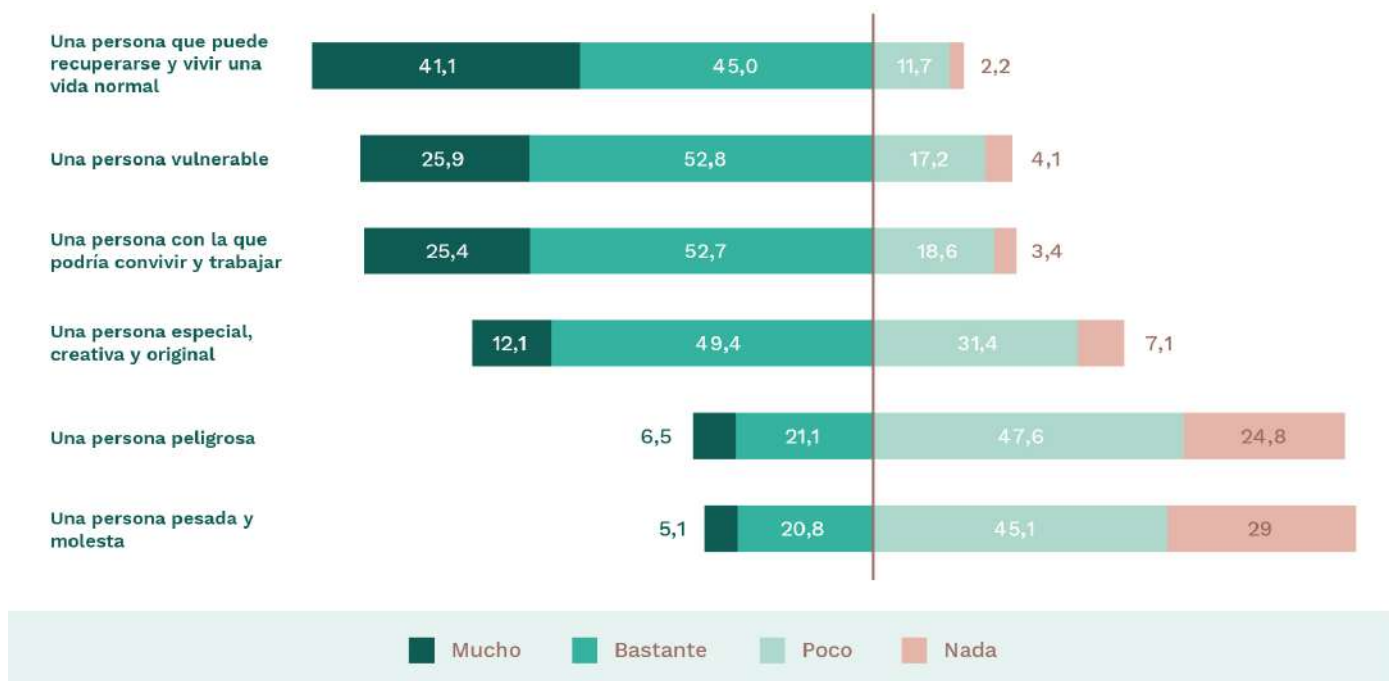
Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Nada importante” y 5 “Muy importante” (% de la suma de “5” y “4” sobre el total)



4.5.9 Las personas que padecen o han padecido algún problema de salud mental

¿Hasta qué punto consideras que una persona que ha padecido o padece un trastorno mental es...?

(% sobre el total)



DIFERENCIAS POR GÉNERO

(% sobre el total por género)



Los **hombres** son más inclinados a pensar que **son personas peligrosas** (31,7%) y **pesadas o molestas** (31,6%).

4.6 Percepción de los recursos humanos y materiales disponibles

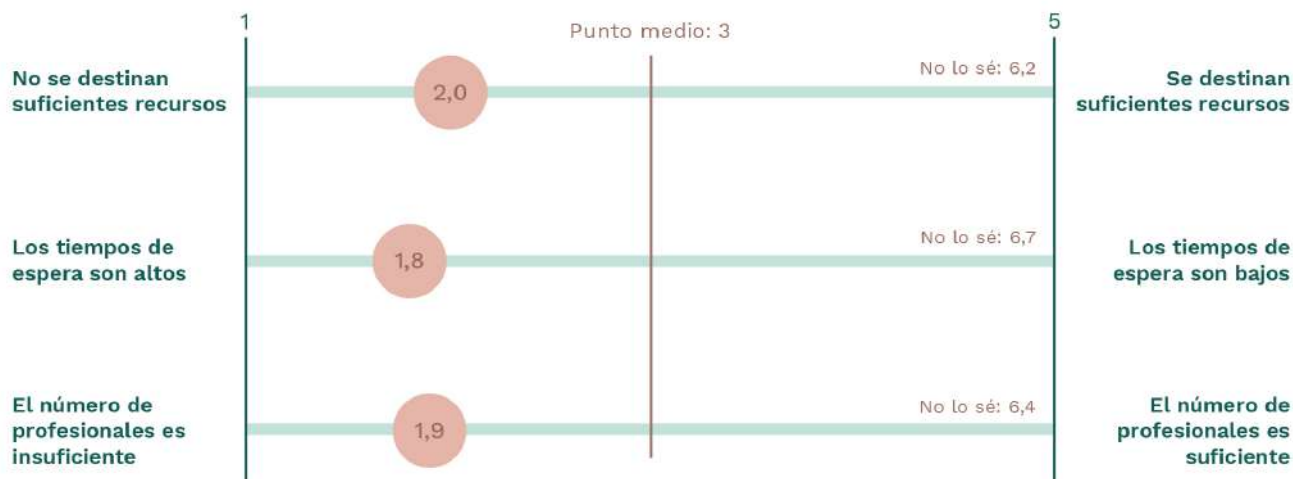
- Sobre la percepción de los recursos que se destinan a la salud mental, un **48,9% de la población general considera** con un valor 1 en una escala de 1 a 5, **que no se destinan suficientes recursos**. Esta cifra es **significativamente superior entre las mujeres (54,1%)**. De igual forma, **la mayoría opina que el número de profesionales es insuficiente (54,9%)** y que **los tiempos de espera son altos (56,6%)**.
- Las **tres medidas asistenciales** propuestas preferidas para la mejora de la atención a la salud mental son: **aumentar el número de profesionales en salud mental (67,8%)**, **más Centros de Salud Mental Comunitarios y/o Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (48,7%)** y **asegurar la continuidad del tratamiento con el mismo profesional a lo largo de todo el proceso (46,4%)**.
- En cuanto a la **propuesta de medidas sociales**, destacan: realizar **acciones de apoyo para prevenir el estrés laboral y las situaciones de acoso (58,0%)**, promover **iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia (51,3%)** y la inclusión de **programas específicos de prevención y sensibilización en el ámbito educativo (48,0%)**.



4.6.1 Evaluación de los recursos disponibles para la salud mental

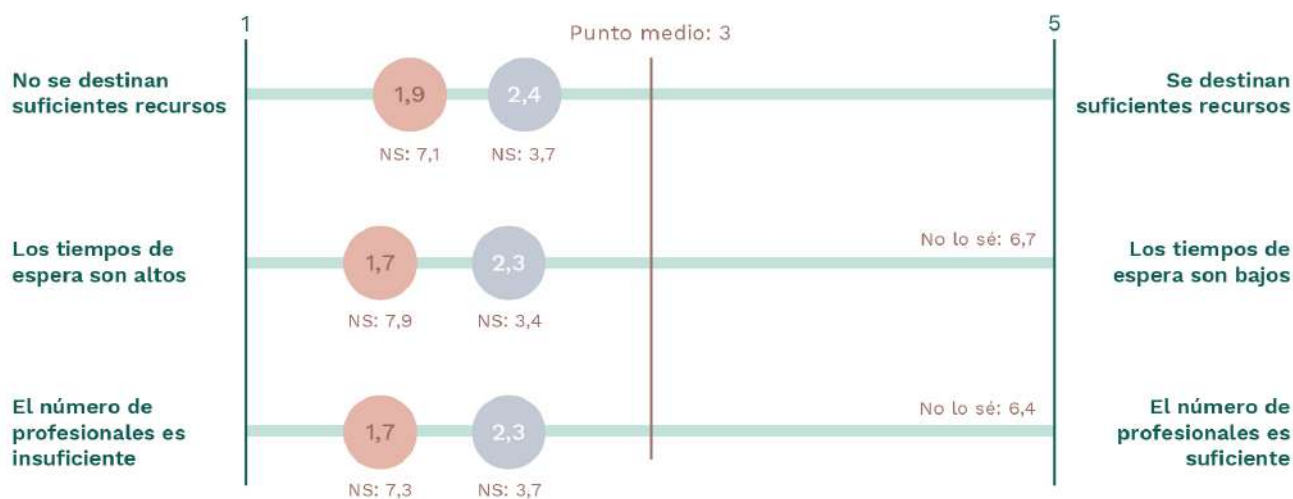
Con respecto al sistema público de salud, y pensando en la salud mental, crees que actualmente...

Utiliza una escala de 1 a 5. (Media del total)



Con respecto al sistema público de salud, y pensando en la salud mental, crees que actualmente...

Utiliza una escala de 1 a 5. (Media de quienes acuden a un/a especialista y media de quienes no acuden a un/a especialista)



■ Población que nunca ha acudido a un profesional de la salud mental N= 1476
 ■ Población que ha acudido alguna vez a algún profesional de la salud mental N= 524

En general, se aprecia que **aquellas personas que han acudido a la consulta de al menos un/a profesional de la salud mental** (psicólogo/a, psiquiatra u otros) hacen una **mejor valoración media de los recursos materiales**

y humanos disponibles en materia de salud mental que aquellas que dicen no haber acudido nunca a la consulta de algunos/as de estos/as profesionales.

4.6.2 Preferencias respecto a las medidas asistenciales

De las siguientes medidas asistenciales, ¿cuáles te parecen prioritarias? Elige un máximo de tres.

(% sobre el total)



Los **hombres** apostarían en mayor medida por **aumentar la dotación en hospitales psiquiátricos** (26,5%) y **medicamentos psiquiátricos** (17,2%).



4.6.3 Preferencias respecto a las medidas sociales

Y de las siguientes medidas sociales, ¿cuáles te parecen prioritarias? Elige un máximo de tres.

(% sobre el total)



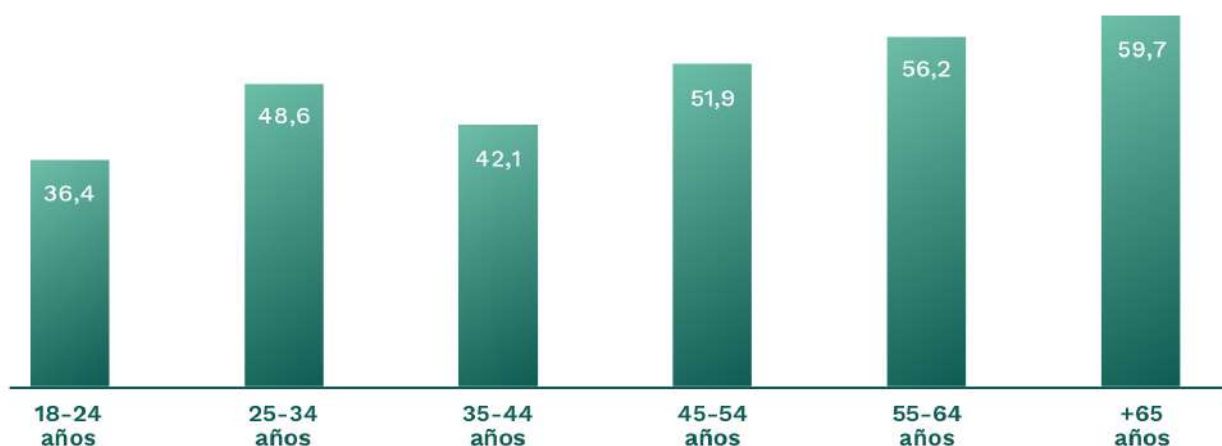
Las **iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia** encuentran **menos apoyo** entre

las personas **de 18 a 24 años** (36,4%) y **más** entre las **mayores de 64 años** (59,7%).

DIFERENCIAS POR EDAD

Promoción de iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia.

(% sobre el total por edad)



4.7 Los condicionantes socioeconómicos y de hábitos en la salud mental: un análisis avanzado

Con el objetivo de **entender con mayor profundidad la importancia de determinados aspectos sobre la salud mental se han elaborado cuatro modelos de regresión logística**. Las variables dependientes de estos modelos son ser una persona con experiencia propia en salud mental, ir al/ la psicólogo/a, ir al/ la psiquiatra y consumir psicofármacos.

En la tabla que se muestra a continuación se presentan los resultados de los cuatro modelos incluyendo como variables explicativas las siguientes: sexo, edad, nivel socioeconómico, pertenencia al

colectivo LGTB, estar incapacitado/a laboralmente, estar preocupado/a por el pago de las facturas, beber alcohol y consumir drogas al menos una vez a la semana.

La tabla recoge **la dirección de la influencia y su fuerza significativa**. La relación se señala con un signo “↑” si es positiva y con un signo “↓” si es negativa. Además, el número de flechas indica el grado de significatividad de esta relación. Si no existe una relación estadísticamente significativa se señala con el símbolo “-”.

		Ser PEP	Ir al psicólogo	Ir al psiquiatra	Consumir psicofármacos
Sexo	Mujer	↑↑↑	-	-	↑↑
	18-24 años	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	-
Edad	25-34 años	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	-
	35-44 años	-	↑↑	↑↑	-
	55-64 años	-	↓↓	-	↑↑
	+65 años	↓↓	↓	-	↑↑
	Nivel socioeconómico bajo	↑↑↑	-	↑↑	↑↑↑
Formar parte del colectivo LGTB	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	
Estar incapacitado/a*	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	
Estar preocupado/a por no poder pagar las facturas	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	
Hábitos “nocivos”	Beber alcohol	↑	↑↑	↑	-
	Consumir drogas	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑

↑ o ↓ p<0.05, ↑↑ o ↓↓ p<0.01, ↑↑↑ o ↓↓↓ p<0.001.

* A pesar de la significatividad de la variable, los resultados deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral.



Colectivos vulnerables en materia de salud mental

LAS MUJERES

Ser mujer aumenta las probabilidades de ser una persona con experiencia propia en salud mental y de consumir psicofármacos. Sin embargo, no hay un efecto significativo sobre la probabilidad de ir a profesionales de la Psicología o la Psiquiatría. Es decir, acuden de media lo mismo que los hombres.

Al realizar pruebas con otros modelos se observó que el efecto del género disminuye ante la presencia de la variable que mide la frecuencia de sufrir estrés. Por tanto, algunas variables sociodemográficas pueden estar reflejando características más presentes y frecuentes en determinados grupos (como el estrés en las mujeres), que pueden provocar una peor autopercepción de la salud mental o el hecho de ser diagnosticados/as.

EL COLECTIVO LGTB

Pertenecer al colectivo LGTB está relacionado con una mayor probabilidad de: ser población con experiencia propia en salud mental, acudir al/la psicólogo/a, al/la psiquiatra y de consumir psicofármacos.

LAS PERSONAS JÓVENES DE 18 A 34 AÑOS

Son más propensas a pertenecer a la población con experiencia propia en salud mental, así como de acudir tanto al/la psicólogo/a como al/la psiquiatra. Sin embargo, no muestran una mayor probabilidad de consumir psicofármacos.

LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Es menos probable que las personas mayores de 65 años sean población con experiencia propia en salud mental. En coherencia con lo anterior, tienen una menor probabilidad de acudir al/la psicólogo/a. Sin embargo, es el grupo de edad más propenso a consumir psicofármacos.

PERSONAS INCAPACITADAS

Las personas que se encuentran en una situación de incapacidad laboral tienen más probabilidades de ser población con experiencia propia en salud mental, ir al/la psicólogo/a, al/la psiquiatra y de consumir psicofármacos.

LAS PERSONAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO

Las personas de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo tienen mayores probabilidades de ser población con experiencia propia en salud mental, acudir al/la psiquiatra y de consumir psicofármacos.

LAS PERSONAS PREOCUPADAS POR EL PAGO DE FACTURAS

Las personas preocupadas por no poder hacer frente al pago de sus facturas es más probable que sean población con experiencia propia en salud mental, acudan tanto al/la psicólogo/a, como al/la psiquiatra y consuman psicofármacos.

LAS PERSONAS QUE CONSUMEN ALCOHOL

El consumo habitual de alcohol aumenta las probabilidades de que una persona sea población con experiencia propia en salud mental, acuda al/la psicólogo/a y de que acuda al/la psiquiatra.

LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

El consumo habitual de drogas aumenta notoriamente la probabilidad de que una persona sea población con experiencia propia en salud mental, acuda al/la psicólogo/a, acuda al/la psiquiatra y consuma psicofármacos.

*Nota metodológica: A pesar de la significatividad de la variable, los resultados deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral.

Principales conclusiones

En los últimos años, **la salud mental** se ha puesto de manifiesto en la conversación política, mediática y social como **un problema real ante el que se debe actuar**.

Aunque este primer estudio y el análisis presentado en este epígrafe tienen un **enfoque exploratorio** y suponen una primera aproximación a la materia, se ha observado cómo **los problemas de salud mental afectan especialmente a mujeres, jóvenes y personas pertenecientes al colectivo LGTB**. Además, las **personas más vulnerables económicamente** también presentan un **peor estado de su salud mental**, algo a tener en cuenta considerando el actual periodo económico de inflación y las consecuencias agravadas que puede tener para esta parte de la población.

Se hace, por lo tanto, necesario **continuar explorando el fenómeno**, todo ello, con el objetivo de ampliar el conocimiento y contribuir al desarrollo de **propuestas y recomendaciones** más informadas para la mejora de la salud mental y el estado emocional de la ciudadanía. Y, en concreto, desarrollar programas de actuación que busquen y atajen el origen de esa mayor incidencia en los grupos de población más vulnerables en materia de salud mental.

[...] se ha observado cómo los problemas de salud mental afectan especialmente a mujeres, jóvenes y personas pertenecientes al colectivo LGTB. Además, las personas más vulnerables económicamente también presentan un peor estado de su salud mental [...]



4.8 Anexo cuantitativo



Las variables de los modelos de regresión logística: variables dependientes

Con el objetivo de **entender la importancia de determinados aspectos sobre la salud mental, se han elaborado cuatro modelos de regresión logística incluidos en el Apartado 7 del informe**. Las variables dependientes de estos modelos se han construido de la siguiente manera:

- **Ser una persona con experiencia propia en salud mental:** variable binaria que toma el valor 1 si la persona es PEP -declara haber sido diagnosticada con algún trastorno y/o problema de salud mental a lo largo de su vida o autoevalúa su salud mental como “muy mala” o “mala”, independientemente de si ha sido o no diagnosticada-, y el valor 0 en caso contrario.
- **Ir al/la psicólogo/a:** variable binaria que toma el valor 1 si la persona acude actualmente al psicólogo/a –ya sea a través de la sanidad pública, privada o ambas-, y el valor 0 en caso contrario.
- **Ir al/la psiquiatra:** variable binaria que toma el valor 1 si la persona acude actualmente al/la psiquiatra –ya sea a través de la sanidad pública, privada o ambas-, y el valor 0 en caso contrario.
- **Consumir psicofármacos:** variable binaria que toma el valor 1 si la persona consume actualmente algún psicofármaco (ansiolíticos, reguladores del sueño, antidepresivos...), y el valor 0 en caso contrario.

Construcción de los modelos de regresión logística: variables independientes

SER MUJER

- 0 Se identifica como hombre o si, siendo una persona no binaria, en su documento de identidad se establece el sexo “hombre” (S1 y S2).
- 1 Se identifica como mujer o si, siendo una persona no binaria, en su documento de identidad se establece el sexo “mujer” (S1 y S2).

*Este tratamiento de la variable se ha hecho para evitar la pérdida de observaciones a la hora de construir el modelo.

EDAD

- 0 No pertenece al tramo de edad (S3).
- 1 Pertenece al tramo de edad correspondiente (S3).

*Este tratamiento de la variable supone dejar fuera una categoría de referencia (en este caso 45-54 años).

NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

- 0 La persona pertenece al nivel socioeconómico medio, medio-alto, o alto.
- 1 La persona pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo o bajo.

*Variable construida a través de (1) tamaño del hogar y número de individuos con ingresos en el mismo y (2) Actividad, nivel de estudios y profesión del sustentador principal del hogar.

FORMAR PARTE DEL COLECTIVO LGTB

- 0 Declara identificarse con el género que le asignaron al nacer y define su orientación sexual como heterosexual o prefiere no contestar (S19 y S20).
- 1 Declara no identificarse con el género que le asignaron al nacer o define su orientación sexual como homosexual, bisexual u otros (S19 y S20)

ESTAR INCAPACITADO/A

- 0 No define su situación laboral actual como “incapacitado/a” (S10).
- 1 Define su situación laboral actual como “incapacitado/a” (S10).

ESTAR PREOCUPADO/A POR NO PODER HACER FRENTE AL PAGO DE TUS FACTURAS

- 0 Declara estar “poco” o “nada” preocupado/a por el pago de las facturas (P3_2).
- 1 Declara estar “muy” o “bastante” preocupado/a por el pago de las facturas (P3_2).

BEBER ALCOHOL

- 0 Declara beber alcohol los fines de semana, con menos frecuencia o nunca (P5_2).
- 1 Declara consumir alcohol a diario o varias veces por semana (P5_2).

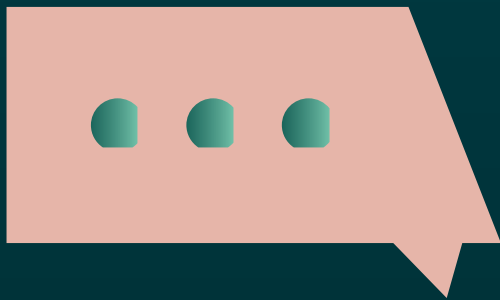
CONSUMIR DROGAS

- 0 Declara consumir droga los fines de semana, con menos frecuencia o nunca (P5_3).
- 1 Declara consumir drogas a diario o varias veces por semana (P5_3).



Entre paréntesis se muestra la pregunta tal y como está codificada en el cuestionario.

5 SÍNTESIS Y CONCLUSIONES



5. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

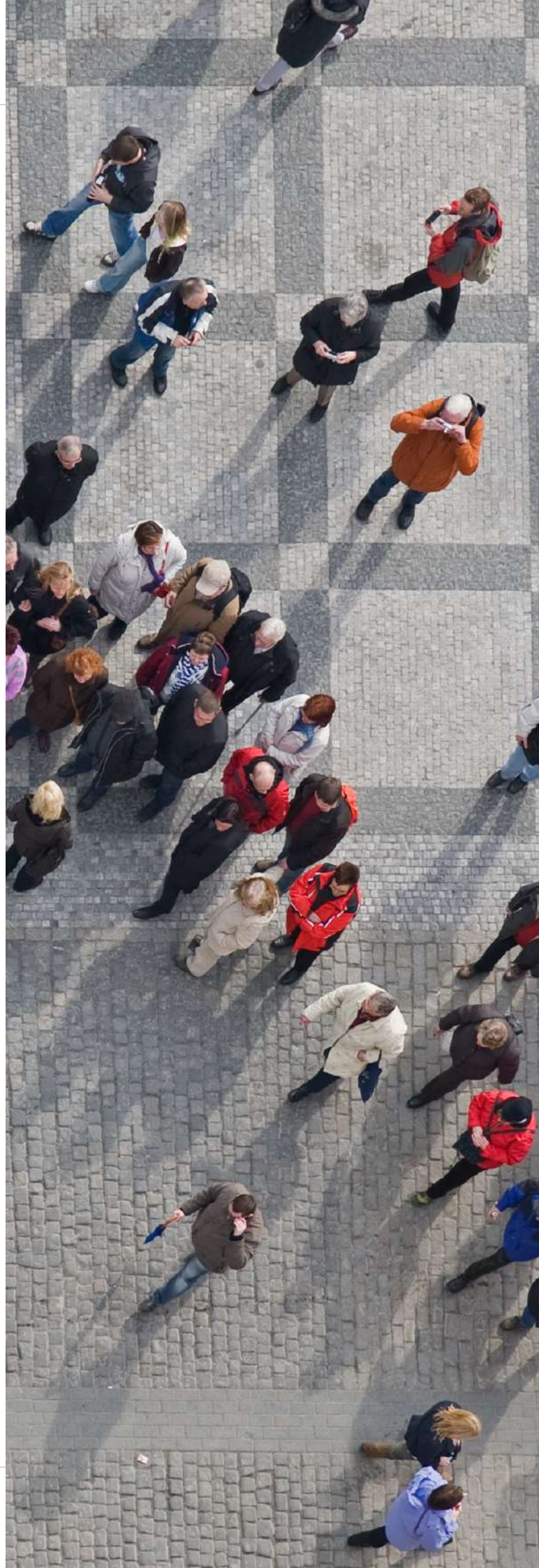
La investigación sobre la situación de la salud mental de la población española, realizada con un enfoque metodológico mixto, se ha compuesto de dos fases.

En una primera fase cualitativa, se han llevado a cabo seis grupos de discusión con tres colectivos:

- Población con experiencia propia en salud mental (PEP): un grupo de personas jóvenes y un grupo de personas adultas.
- Familiares de PEP: dos grupos.
- Profesionales de salud: un grupo de profesionales médicos de atención Atención Primaria y un grupo de psiquiatras y psicólogos/as.

Sobre la base del análisis de estas reuniones, se ha diseñado una encuesta dirigida a población general, con un módulo adicional para aquellas personas con diagnóstico de problema de salud mental. La muestra se ha compuesto de 2000 personas residentes en España de 18 y más años. Presentamos a continuación los principales resultados de la investigación, que hemos estructurado en torno a cuatro grandes apartados:

- La salud mental en España: la importancia del contexto socioeconómico y los hábitos personales.
- El estado de la salud mental.
- La relación entre salud mental y bienestar.
- Los colectivos más vulnerables.



5.1 La salud mental en España: la importancia del contexto socioeconómico y los hábitos personales

El **sentimiento más extendido** en la sociedad española en el momento actual es el de **preocupación** (44,9%). La incertidumbre acerca de la evolución de la situación económica, con una tasa de inflación muy alta, unos precios muy elevados de los productos energéticos (gas, electricidad y gasolina), y unos tipos de interés crecientes, genera inquietud en las familias por las dificultades para llegar a final de mes. A ello se añade el temor al eventual impacto que el empeoramiento de la economía pueda tener en el mercado de trabajo español, caracterizado por un fuerte sesgo hacia la destrucción de empleo en las etapas de crisis. En concreto, **un 47,5% de las personas encuestadas manifiesta mucha o bastante preocupación por no poder hacer frente al pago de sus facturas**, mientras que la cifra se sitúa en el **39%** cuando se refiere al **pago del alquiler o la hipoteca**. De aquellas personas que trabajan, **un 45,9% se siente muy o bastante preocupada por perder su empleo**. En este contexto, los españoles y las españolas manifiestan que la estabilidad laboral (85,5%) y poder llegar sin problemas a fin de mes (85,9%) son factores importantes para el bienestar emocional.

Véase gráfico 4.1.5: Preocupaciones

Existe una **impresión generalizada (74,7%) de que en los últimos años se ha producido un empeoramiento de la salud mental** de la sociedad. Esta percepción es corroborada por algunos/as profesionales de la salud mental, que destacan el **componente social y económico** de los malestares emocionales. La población achaca el deterioro de la salud mental de la sociedad a: **las dificultades económicas (91,4%), la incertidumbre ante el futuro (89%), las exigencias y el estrés del día a día (88,7%), la pandemia del COVID-19 (87,1%), una sociedad cada vez más individualista y competitiva (85,9%), los problemas del mundo en que vivimos (guerra, cambio climático, ...) (83,4%) y la soledad (82,7%)**.

A lo largo de las reuniones celebradas, los médicos y médicas de Primaria y los/as profesionales de la salud mental refieren un aumento de la sintomatología en la población, que ha afectado también al propio personal sanitario. La situación de estrés experimentada durante la pandemia, unida a la incertidumbre actual, la sensación de falta de con-

trol sobre las propias vidas y la rápida sucesión de noticias negativas, han tenido un impacto sobre la sociedad.

Véase gráfico 4.5.1: Percepción general

Por otra parte, y de acuerdo con la población, **los hábitos y situaciones personales tienen también un impacto en el bienestar emocional** de las personas. Así, se considera que saber gestionar el estrés (86%), tener un círculo de confianza (85,4%), dormir las horas suficientes (85,3%), disponer de tiempo libre (82,8%), mantener una alimentación saludable (80,6%) y hacer ejercicio físico (76,1%) son importantes para el bienestar emocional.

En este sentido, **un 28,3% de la población española manifiesta no practicar ejercicio físico, un 21,6% experimenta estrés de forma regular, un 20,5% dice no dormir las horas suficientes, un 20,3% no se reúne con sus amistades de forma habitual (menos de una vez al trimestre) y un 20% se siente solo/a**. En cuanto a hábitos de consumo, **el alcohol es la sustancia que más se consume**, por encima del tabaco y las drogas: solo un 19% de la población dice no hacerlo nunca. Y alrededor de **un 30% de la población realiza apuestas con dinero** de forma regular u ocasional (porcentaje que se incrementa entre 7 y 10 puntos entre los hombres y las personas de entre 25 y 44 años).

Con relación a los aspectos que reportan una mayor satisfacción a la sociedad española, destacan: la familia (82,3%), la salud (77,2%) y las amistades (75,6%).

Existe una impresión generalizada (74,7%) de que en los últimos años se ha producido un empeoramiento de la salud mental de la sociedad.

5.2 El estado de la salud mental

5.2.1 Caracterización

A lo largo de la encuesta, se han formulado diversas preguntas para determinar el peso de la población con experiencia propia en salud mental en la población general, desde el diagnóstico clínico, hasta la autopercepción del estado de salud mental, pasando por un listado de sintomatología y problemas de salud mental, la asistencia a un/a especialista en salud mental o el consumo de psicofármacos prescritos por profesionales de la Medicina.

Si atendemos a la sintomatología experimentada por la población española a lo largo de la vida, e interpretando estos datos con cautela, pues no necesariamente se corresponden con diagnósticos clínicos, un 42,1% de las personas dice haber sufrido depresión; un 36,9%, ansiedad prolongada en el tiempo; un 14,5% tuvo ideación suicida o intentó suicidarse; y un 9% se causó autolesiones.

Véase gráfico 4.2.3:

Incidencia de problemas de salud mental

No obstante, a la hora de llevar a cabo nuestro análisis, hemos optado por una definición restringida de persona con experiencia propia en salud mental, contemplando exclusivamente la combinación de dos variables:

- Las personas que han sido **diagnosticadas** en alguna ocasión.
- Aquellas personas que en la actualidad **autoevalúan su salud mental como mala o muy mala**, y que no necesariamente han acudido a un/a especialista en salud mental o cuentan con un diagnóstico clínico.

Desde esta definición, se estima que **un 22,8% de la población española de 18 años o más son personas con experiencia propia en problemas de salud mental, es decir, han sido diagnosticadas en alguna ocasión (17,4%) o autoevalúan su salud mental como mala o muy mala (10%) en la actualidad**. Se debe tener en cuenta que la suma de las dos categorías supera el 22,8% mencionado inicialmente, ya

que en una parte de los casos las dos condiciones se solapan.

El perfil de la persona con experiencia propia en salud mental, en comparación con aquellos que no han experimentado problemas de salud mental, se caracteriza por **un mayor peso de la población femenina (61,3%), los estratos de edad más bajos (18-24 y 25-34 años) y las clases bajas y medias-bajas**. Con relación a la situación laboral, se observa una mayor incidencia en el colectivo de estudiantes y en las personas que cuentan con una incapacidad laboral. En cuanto al estado civil, hay un mayor peso de las personas solteras, frente a las casadas, y en relación con la orientación sexual, se observa una **mayor incidencia en el colectivo LGTB** frente a la población heterosexual.

En aquellos casos diagnosticados, **la edad media de diagnóstico es de 26 años, siendo la ansiedad (63%) y la depresión (56,3%) los trastornos más habitualmente reportados** en la encuesta. Por otra parte, en promedio, cada persona es diagnosticada de dos trastornos.

De acuerdo con las personas diagnosticadas, algunas situaciones que tuvieron importancia en el surgimiento del problema fueron las dificultades en las relaciones familiares (64,9%), la autoexigencia en el ámbito profesional, escolar y académico (60,3%), o la predisposición genética o factor biológico (53,2%). En este sentido, se debe tener en cuenta que un 35,6% de las personas diagnosticadas cuenta también con un/a familiar cercano/a diagnosticado/a.

Véase gráfico 4.4.9:

Posibles detonantes del problema de salud mental

5.2.2 Consumo de psicofármacos

Un 18,9% de las personas de más de 18 años en España consume psicofármacos, de las cuales un 73% los consume a diario, siendo los más comunes los ansiolíticos (61,9%) y los antidepresivos (47,2%). Por otra parte, el/la **médico/a de cabecera (55,1%) es el principal prescriptor**, seguido por el/la psiquiatra (35,2%).

*Véase gráfico 4.2.4:
Consumo de medicamentos*

En las reuniones de grupo celebradas, **los/as médicos/as de Atención Primaria (MAP) dicen** asumir habitualmente la atención de los casos de salud mental más prevalentes y leves, y **utilizar el recurso del fármaco como terapia principal o única**, aun cuando en algunos casos ello supone, de acuerdo con sus palabras, **‘medicalizar los problemas de la vida cotidiana’**.

Los/as MAP aducen que la presión de tiempo en consulta, la falta de recursos alternativos y la ausencia de formación para otro tipo de intervenciones conduce a la prescripción de psicofármacos. En este sentido, **califican el momento de la pandemia como un periodo de ‘manga ancha’ en la prescripción de psicofármacos**, ante la situación de desbordamiento y la ausencia de otras herramientas al alcance de las personas. A ello se une la percepción del fármaco como un recurso efectivo, cómodo, relativamente inocuo y de rápido efecto.

Por su parte, y **con relación a la atención del/la psiquiatra, una observación habitual tanto en las reuniones de personas con experiencia propia en salud mental como en las de familiares es que, con frecuencia, esta consulta se caracteriza por poner el foco en la terapia farmacológica exclusivamente**. Este dato es consistente con los resultados que se obtienen en la encuesta que indican que la terapia o tratamiento de la persona especialista en salud mental (psiquiatra y psicólogo/a) consiste principalmente en la prescripción de fármacos (57,1%), seguido por la psicoterapia (47,6%) y la participación en programas sociales de apoyo (27,4%).

5.2.3 Asistencia a especialista o servicio de atención a la salud mental

En las reuniones celebradas con el personal sanitario, los y las profesionales señalan haber constatado un incremento de las visitas a consulta por problemas de salud mental tras la pandemia, en contraste con el periodo de pandemia, donde la situación dificultaba la detección de casos, y en comparación igualmente con el periodo pre-pandemia. Durante el periodo más intenso de pandemia, una parte de las personas afectadas tendieron a retraerse y no acudir a consulta en el sistema público, otra parte de la demanda fue absorbida por el sector privado, y los casos más graves terminaron en el servicio de urgencias.

Un 26,2% de la población española acude actualmente a un/a especialista de salud mental (20,8% al/la psicólogo/a y 17,6% al/la psiquiatra). Nuevamente, la suma de las dos categorías supera el 26,2% inicial, dado que se trata de una pregunta de respuesta múltiple y algunos/as encuestados/as reciben atención tanto de psicólogo/a como de psiquiatra.

De las personas que solicitan asistencia especializada en salud mental, **la mayoría se dirige a la sanidad pública** (el 56,1% de quienes acuden a Psiquiatría y el 55,3% de quienes van a consulta de Psicología), **aunque las cifras de la sanidad privada no resultan desdeñables** (el 36,1% de quienes acuden a consulta psicológica y el 33,5% de quienes van a consulta psiquiátrica). Es importante señalar que hay un tercer segmento de población de menor peso que acude tanto a la sanidad pública como a la privada para recibir la atención del mismo tipo de especialista. Así, el 10,4% de quienes acuden al/la psiquiatra, combinan la sanidad pública y la privada, al igual que en el 8,7% de quienes acuden al/la psicólogo/a. Este comportamiento se detectaba ya en algunas personas participantes de la fase cualitativa, que explicaban esta combinación porque en la práctica privada podían acceder a una mayor frecuencia de visitas con consultas de mayor duración, y posibilidad, de ese modo, de recibir un tratamiento psicoterapéutico, a la vez que

mantienen la visita al/la psiquiatra de la sanidad pública porque era quien prescribía la medicación.

Véase gráfico 4.2.7:

Asistencia a profesionales de la salud mental

De acuerdo con los/as psiquiatras y psicólogos/as participantes en este estudio (algunos/as de ellos/as combinaban práctica pública y privada), la terapia privada suele concentrar los problemas más leves y prevalentes, mientras que la sanidad pública atiende los casos más graves. **Cuando se investigan las razones para acudir a la consulta privada, el 46,1% de quienes requerían atención psicológica y el 41,2% de quienes necesitaban atención psiquiátrica señalan el excesivo tiempo de espera del sistema de salud público.**

En cuanto a la frecuencia de las visitas, un 45,6% acude al psicólogo/a con una frecuencia mensual o mayor, frente al 37,2% que lo hace con una frecuencia entre trimestral y anual. En el caso del/la psiquiatra, este patrón se invierte: un 55,9% acude con una frecuencia de trimestral a anual, mientras que un 26,8% lo hace una vez al mes o más.

La mitad de las personas con diagnóstico acude actualmente a consulta psiquiátrica o psicológica, y su tratamiento ha tenido una duración media de 6,7 y 4,5 años, respectivamente.

Una de cada cinco personas diagnosticadas ha estado ingresada en un área de Psiquiatría. En contraste, la utilización de servicios y ayudas sociales y sanitarias complementarias ha sido muy baja (pregunta con opción de respuesta múltiple): un 11,4% ha acudido a un centro de día; un 9,3% a un centro laboral o de apoyo al empleo; un 8,8% ha recibido apoyo económico; un 8,4% ha acudido a un centro de rehabilitación psicosocial; un 4,3% ha recibido el acompañamiento de una persona con experiencia propia en salud mental; un 3,7% ha residido en vivienda tutelada o residencia; y un 3,1% ha contado con el acompañamiento de monitor/a. En cualquier caso, se debe hacer hincapié en que un 65% de las personas diagnosticadas dice que no ha recibido o utilizado estos servicios nunca.

Véase gráfico 4.4.8:

Uso de servicios y ayudas sociales y sanitarias

A pesar del bajo uso de estos servicios y ayudas complementarios, el acompañamiento de alguien que ha atravesado problemas de salud mental, los centros de día y los centros de rehabilitación psicosocial son los 3 servicios mejor valorados por las personas que los han utilizado.



5.2.4 Vulneración de la autonomía y los derechos humanos

Las personas debemos tener autonomía para la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental y estas decisiones deben ser informadas.

Sin embargo, y con relación a la información recibida en el proceso de tratamiento, las personas diagnosticadas manifiestan lo siguiente:

- Un 40,3% dice que recibió **poca o ninguna información** clara, suficiente y comprensible **sobre su trastorno**.
- Un 46,3% dice que recibió **poca o ninguna información** suficiente acerca de los **efectos secundarios de la medicación**.
- Un 48,1% manifiesta que recibió **poca o ninguna información** sobre todos los **tratamientos alternativos**.
- Un 30% señala que en ocasiones **se ha vulnerado mucho o bastante su autonomía o poder de toma de decisión**.
- Un 60,1% manifiesta que fue **ingresado/a de forma involuntaria**.
- Un 28,3% tuvo **poca o ninguna confidencialidad** en su proceso de tratamiento.
- Un 40,9% **no recibió un programa de atención personalizado**.
- Un 43,2% manifiesta que **se tuvo poco o nada en cuenta su opinión** respecto a la calidad de los servicios.
- Un 59,8% señala que **no participó activamente en el diseño de su programa de atención**.

Véase gráfico 4.4.10:

Satisfacción con la información recibida en el proceso de tratamiento

Véase gráfico 4.4.11:

Satisfacción con el proceso de tratamiento

En conclusión, es necesario **aumentar significativamente los recursos humanos** en los servicios sanitarios públicos de salud mental (psiquiatras, psicólogos/as clínicos/as, y otros/as profesionales) **para poder ofrecer una atención adecuada y respetuosa de los derechos humanos**. Además, **se necesita concienciar y formar a los y las profesionales en salud mental en España, para lo cual es preciso establecer sistemas de control, seguimiento y corrección, que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos**.

5.2.5 Necesidades y demandas con relación a la salud mental desde la perspectiva de la población general

La población considera que **no se destinan los suficientes recursos al cuidado de la salud mental, y abogan por medidas tanto de carácter sanitario, como de carácter social**. Desde la perspectiva sanitaria, un 67,8% se muestra partidario de **aumentar el número de profesionales de la salud mental**, un 48,7% aboga por **asegurar la continuidad del tratamiento con el mismo profesional** a lo largo de todo el proceso, y un 46,4% demanda **más centros de salud mental comunitarios y/o equipos de tratamiento asertivo comunitario**. Con relación a las acciones de carácter social, un 58% demanda **acciones de apoyo para prevenir el estrés laboral y las situaciones de acoso**, un 51,3%, la promoción de **iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia**, y un 48%, la inclusión de **programas específicos de prevención y sensibilización en el ámbito educativo**.

5.3 La relación entre salud mental y bienestar

5.3.1 Análisis comparado de la población con experiencia propia en salud mental

Los datos descritos en el apartado anterior demuestran la relevancia de la salud mental en la sociedad española.

Al mismo tiempo, los resultados muestran un claro vínculo entre estado de salud mental y bienestar, lo que tiene un impacto en ámbitos diversos de la vida de las personas investigadas. La centralidad de una buena salud mental para el bienestar individual se manifiesta ya en el propio discurso cualitativo, tanto desde la perspectiva de los/as profesionales sanitarios/as como desde la experiencia de las personas que sufren el problema y sus familiares. Esta centralidad es avalada asimismo por los resultados de la encuesta: **la población española otorga un 4,5 sobre 5 a la importancia que la salud mental tiene sobre su bienestar general.**

Pero **el impacto se hace, sin duda, patente al comparar** los resultados obtenidos entre **la población con experiencia propia en salud mental y aquella que no ha experimentado problemas.**

Véase gráfico 4.3.2 *Satisfacción con la vida*

Así, las personas con experiencia propia en salud mental están **más insatisfechas con** todos los aspectos de su vida, siendo el contraste entre ambas poblaciones más visible en lo que se refiere a **su vida familiar, su salud, sus amistades, su vida afectiva y su tiempo libre**, registrándose una diferencia de más de 20 puntos porcentuales en la mayor parte de estos indicadores. En términos de sociabilidad, las personas con experiencia propia en salud mental **ven menos a sus amistades y cuentan con menos personas en las que confiar.**

Adicionalmente, las personas con experiencia propia en salud mental manifiestan una **mayor preocupación por su situación económica**, tanto con relación al temor a no poder pagar sus facturas, como en lo relativo al pago del alquiler y la hipoteca, o la posibilidad de perder su trabajo, observán-

dose unas diferencias de 10 puntos porcentuales o más.

Las personas con experiencia propia en salud mental **sienten más estrés** (47,6% de la población PEP siente estrés de forma regular vs. 13,9% de las personas sin experiencia en salud mental). Y también **tienen hábitos menos saludables:** comen menos de forma saludable, duermen en menor medida las horas suficientes, hacen menos ejercicio, fuman más y consumen drogas en mayor medida, que las personas que no experimentan problemas de salud mental.

Las personas con experiencia propia en salud mental **se sienten más solas y preocupadas por no encajar en la sociedad.** Se muestran **más deprimidas, ansiosas y estresadas.** Además, manifiestan haber sufrido en mayor medida ansiedad prolongada (74,4% vs. 25,6%), depresión (76,2 vs. 32%), ataques de pánico (79,6 vs. 37,6%), ideación e intentos suicidas (40 vs. 7%) y autolesiones (23,1 vs. 7%) en algún momento de su vida.

Véase gráfico 4.3.6: *Autoestima e imagen personal*

Y en línea con lo anterior, acuden en mayor medida a la consulta de profesionales de la salud mental, y consumen más psicofármacos.

La población española otorga un 4,5 sobre 5 a la importancia que la salud mental tiene sobre su bienestar general.

5.3.2 Estigma y discriminación por razón de salud mental

Uno de los elementos que genera mayor sufrimiento y dificultades a la persona con trastornos o problemas de salud mental es el estigma y la discriminación que acarrea.

En las reuniones celebradas con personas con experiencia propia en problemas de salud mental, con familiares y con personal sanitario, se hace referencia a la mayor visibilización y concienciación en torno a la salud mental en fechas recientes. Ello se hace patente a través de noticias aparecidas en los medios, debates políticos en torno al tema, personas populares que comparten su problema en las redes sociales o la mayor naturalidad con la que se expresan las personas jóvenes al respecto, por citar algunos ejemplos.

En esta línea, la gran mayoría de la población (83,4%) considera que los problemas de salud mental pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad o clase social. Otra abrumadora mayoría (86,1%) piensa que una persona que ha padecido un trastorno mental puede recuperarse y desarrollar una vida normal.

***Véase gráfico 4.5.9:
Las personas que padecen o han padecido algún problema de salud mental***

Sin dudar del cambio actitudinal experimentado por las nuevas generaciones y del avance en esta materia, entre otras cosas por el impacto que la pandemia del COVID-19 ha tenido en la salud mental, estos públicos hacen alusión también al ‘efecto moda’. En esta línea, distinguen entre 2 escalas de problemas de salud mental que se acogen con diferente actitud por parte de la sociedad. Así, **los problemas más prevalentes y de carácter más leve parecen haberse normalizado en mayor medida, pero no ha sucedido lo mismo con los más graves y de baja prevalencia, donde persisten los prejuicios.**

En este sentido, **un 27,6% de la población opina que las personas que padecen o han padecido un**

trastorno mental son peligrosas, un 25,9% cree que son molestas, y un 21,9% considera que las personas con un trastorno de salud mental son personas con las que no podría convivir y trabajar.

En esta línea, los propios familiares manifiestan que en el ámbito de las familias se observa, en ocasiones, dificultad para aceptar el problema, u ocultación del mismo con ánimo de ‘proteger’ a la persona. Las propias personas afectadas, en su discurso en la fase cualitativa, señalan la importancia de no revelar el problema en una entrevista de trabajo, incluso si el problema es leve, para que ello no afecte de forma negativa en el proceso de búsqueda de empleo. Del análisis del discurso se desprende que la soledad, la sensación de aislamiento y la incompreensión del entorno, caracterizan la vivencia de las personas con experiencia propia en salud mental, ante un problema que, a menudo, no se comparte y que con frecuencia lleva aparejado renuncias vitales. Así, un 11% de las personas diagnosticadas no ha compartido su diagnóstico con nadie. Y **únicamente un 12,9% de las personas diagnosticadas ha compartido sus problemas con compañeros/as de trabajo, mostrando así su preocupación ante la desconfianza y recelo que se podría generar, y para evitar de ese modo ser ‘etiquetados/as’.**

***Véase gráfico 4.4.4:
Rechazo social***

En este sentido, **más de la mitad de las personas diagnosticadas dice haber experimentado rechazo social (58,5%) o discriminación (55%), siendo el trabajo el lugar más habitual.**

***Véase gráfico 4.4.5:
Discriminación***

5.4 Los colectivos más vulnerables



A través de los análisis de regresión logística, se detectan los perfiles más vulnerables y proclives a experimentar problemas de salud mental. Estos colectivos son los siguientes:

- Los/as jóvenes (18-34), con un efecto más acusado en el segmento más joven (18-24).
- Las mujeres.
- Las personas de clase baja y media-baja.
- Las personas LGTB.
- Las personas que cuentan con una incapacidad laboral.
- Aquellas personas que consumen drogas de forma habitual.
- Las personas que tienen dificultades económicas (manifiestan preocupación por no poder hacer frente al pago de sus facturas).

*Véase tabla 4.7**

Análisis avanzado de la salud mental

A continuación, nos detenemos de forma más detallada en los 4 primeros segmentos, a saber, las personas jóvenes, las mujeres, las personas de clase baja y media-baja y las personas LGTB, haciendo una mención más breve del resto de los perfiles.

*Nota 1: La tabla recoge la dirección de la influencia y su fuerza significativa. La relación se señala con un signo “↑” si es positiva y con un signo “↓” si es negativa. Además, el número de flechas indica el grado de significatividad de esta relación. Si no existe una relación estadísticamente significativa se señala con el símbolo “-”.

Nota 2: ↑ o ↓ p<0.05, ↑↑ o ↓↓ p<0.01, ↑↑↑ o ↓↓↓ p<0.001.

5.4.1 Las personas jóvenes

Los resultados del análisis empírico indican que las personas de 18 a 34 años muestran una mayor probabilidad de ser una persona con experiencia propia en salud mental. En particular, **las personas jóvenes de 18 a 24 años son quienes manifiestan una percepción subjetiva más baja con relación al estado de su salud mental** (más de una cuarta parte puntúa su salud mental con un 1 o un 2 sobre 5). Asimismo, los y las jóvenes **son también el segmento de edad que cuenta en mayor medida con un diagnóstico** en salud mental (1 de cada cuatro jóvenes entre 18 y 34 años).

Desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud mental, la combinación de una serie de cambios sociales y generacionales podría explicar en parte la situación de sufrimiento y malestar que manifiestan las personas jóvenes en España. El personal sanitario hace referencia a un contexto socioeconómico más individualista y competitivo, caracterizado además por un menor apoyo social y una menor contención en el ámbito de la familia. Lo anterior se ve acompañado de un cuestionamiento del mito de la meritocracia a la luz de la difícil experiencia que ha vivido este segmento de la población en los tres últimos lustros, con enormes dificultades para acceder a un puesto de trabajo que, cuando se encuentra, en muchas ocasiones no se ajusta a sus cualificaciones, está mal remunerado y tiene un carácter temporal.

En este entorno, las personas jóvenes señalaban en las reuniones, que sentían el peso de la autoexigencia, la presión y dificultad por alcanzar logros y objetivos, la inseguridad e incertidumbre ante el futuro, y la dificultad para gestionar las emociones desagradables. En este contexto, la situación de pandemia ha tenido un impacto relevante en su bienestar y salud mental, como relataban en la fase cualitativa.

Por otra parte, la compleja situación socioeconómica a la que se enfrentan las personas jóvenes, se combina con una serie de cambios actitudinales generacionales en torno a la salud mental. La ruptura de tabúes y el efecto de normalización se hace más patente entre las nuevas generaciones. Los/as

jóvenes tienen más conciencia sobre la importancia de la salud mental y conceden más atención al autocuidado.

No obstante, esta evolución actitudinal de la generación joven no basta para explicar su malestar, sino que es necesario poner atención a los factores sociales y económicos que lo determinan. Así, por ejemplo, **ante la situación económica y social actual, las personas jóvenes de 18 a 24 años se manifiestan más ansiosas y deprimidas que la media.** Además, en general, **se muestran más preocupadas por no encajar en la sociedad (35,2%) y por lo que otros puedan pensar de ellas (33,7%), se sienten solas en mayor medida (32,6%), menos integradas en su entorno laboral y/o escolar (29,7%), dicen compararse más con los/as demás (40,3%) y es el estrato de edad más insatisfecho con su apariencia física (46,5%).**

Por otra parte, **el 38,7% de los/as jóvenes de entre 18 y 24 años declara sentir estrés de forma regular, y son quienes reportan en mayor medida haber padecido en las 2 últimas semanas problemas de sueño, poco interés por hacer las cosas, estado de ánimo bajo, tristeza o decaimiento, nerviosismo, ansiedad o miedo, problemas para concentrarse, soledad o aislamiento.**

Las personas entre 18 y 34 años manifiestan en mayor proporción haber sufrido sintomatología de salud mental en algún momento de su vida. Así, una mayoría dice haber sufrido depresión (56,2% de los/as jóvenes de 18 a 24 años y 47,4% de las personas de 25 a 34) y ansiedad prolongada (56,5% y 46,4%, respectivamente). Por otro lado, **son las personas más jóvenes (18 a 24 años), las que refieren, en mayor proporción, ideación o intento de suicidio (31,8%) y autolesiones (30,7%),** un tipo de sintomatología que, desde la perspectiva del personal sanitario, resulta cada vez más frecuente entre los/as jóvenes en los servicios de urgencia de la salud mental.

Por último, las personas de 18 a 34 años muestran una **mayor probabilidad de acudir al/la psicólogo/a y al/la psiquiatra que el resto de los estratos de edad, pero, sin embargo, tienen una menor probabilidad de consumir psicofármacos.** Además, acuden al/la psicólogo/a a través de la sanidad privada

en mayor medida que el resto de la población. La mayor parte de ellas (76,8%) aduce que opta por la psicología privada por no poder esperar los tiempos de la sanidad pública. Asimismo, un cuarto de los y las jóvenes que no acude actualmente al/la psicólogo/a dice no hacerlo porque no puede permitírselo.

5.4.2 Las mujeres

De acuerdo con los resultados de las estimaciones, ser mujer aumenta la probabilidad de tener experiencia propia en salud mental: las mujeres califican en mayor medida el estado actual de su salud mental como malo o muy malo, y también han sido diagnosticadas en mayor medida que los hombres. En esta línea, **un 61,3% de las personas con experiencia propia en salud mental son mujeres frente al 38,3% de hombres. El análisis avanzado nos muestra también que las mujeres tienen una probabilidad superior de consumir psicofármacos que los hombres.**

Sin embargo, a pesar de esta mayor incidencia de mujeres entre las personas con experiencia propia en salud mental y su mayor tendencia a consumir psicofármacos, esto no se traduce en una mayor probabilidad de acudir al psicólogo/a o al psiquiatra: **las mujeres acuden de media a los/as especialistas en salud mental lo mismo que los hombres, lo que nos permite concluir que la población femenina está infraatendida** por los/as especialistas de la salud mental.

De estos datos podemos inferir también la hipótesis de que es el/la médico/a de cabecera quien tiende a realizar estos diagnósticos y a prescribir psicofármacos al colectivo femenino.

De acuerdo con el discurso analizado de los/as médicos/as de Atención Primaria, **las mujeres son las grandes cuidadoras y las que más acusan la sobrecarga del cuidado de otros miembros del hogar.** Los/as médicos/as hacen referencia a situaciones de estrés que se manifiestan en consulta de forma habitual por ser las mujeres las que asumen el peso del cuidado de familiares enfermos/as o mayores, y también el peso del hogar y de los/as hijos/as. De hecho, según los/as médicos/as de familia,

en el periodo de confinamiento las mujeres fueron uno de los colectivos que en mayor medida solicitó atención por sintomatología ansiosa ante las dificultades para conciliar vida laboral y personal.

En el discurso del personal sanitario especialista en salud mental, además del fenómeno de la sobrecarga femenina, se añade otra explicación al hecho de que haya más mujeres con experiencia propia en salud mental. Algunas especialistas mencionaban la mayor capacidad de las mujeres para reconocer el malestar y solicitar ayuda, frente a la población masculina, cuyo rol social tradicional dificulta la expresión de la emocionalidad y la consiguiente demanda de ayuda.

En cualquier caso, los resultados de la encuesta ponen en evidencia la peor situación que atraviesa la mujer, teniendo en cuenta diferentes indicadores. Así, las mujeres **declaran en mayor medida sentir estrés** de forma regular. También, en contraste con los hombres, **señalan con mayor frecuencia, haber estado muchos días nerviosas o ansiosas, con estado de ánimo bajo, con problemas de sueño, con poco interés por hacer las cosas y con problemas para concentrarse en una tarea.**



Las mujeres manifiestan también una **menor satisfacción con su vida laboral** (49,9% están satisfechas frente al 62,5% de los hombres) **y su situación económica** (44,8% frente al 54,2% de los hombres). También se muestran más preocupadas por no poder pagar las facturas (53,4% frente al 41% de los hombres) y el alquiler o hipoteca (43,9% frente al 33,5% de los hombres).

Además, las mujeres **ven a sus amigos/as todas las semanas en menor proporción que los hombres** (32,9% frente al 42,8% de los hombres) **y son menos las que ven a sus familiares todos los días** (24,5% frente al 31,8% de los hombres).

Asimismo, y **a pesar de contar con hábitos más saludables** (fuman, beben alcohol, consumen drogas y realizan apuestas con dinero menos que los hombres), sin embargo, **manifiestan en mayor medida haber sufrido sintomatología de salud mental en algún momento de su vida**: depresión (48,0% vs. 35,5% en el caso de los hombres), ansiedad prolongada (44,7% vs. 8,4%), autolesiones (17,0% vs. 11,7%), e ideación o intento de suicidio (11,3% vs. 6,4%).

En línea con todo ello, las mujeres concluyen con mayor frecuencia que no se destinan los suficientes recursos a la salud mental. Además, tienden a acudir en mayor proporción que los hombres al/la psicólogo/a de la sanidad privada, y una parte de las que no acuden al/la psicólogo/a lo justifica con razones económicas (13,4%).

5.4.3 Las personas de clase baja y media-baja

El lugar que se ocupa en la escala social tiene un impacto sobre la salud mental: **ser una persona de extracción social baja o media-baja aumenta la probabilidad de tener experiencia propia en salud mental**. De acuerdo con el análisis avanzado, las personas de clase baja o media-baja **tienen, asimismo, una probabilidad superior de consumir psicofármacos**.

En el discurso cualitativo de los/as médicos/as de Atención Primaria, algunos/as facultativos/as que habían trabajado en centros de salud de barrios

con diferente renta per cápita, decían constatar mayor prevalencia de problemas de salud mental durante el confinamiento en zonas de menor poder adquisitivo, por la incertidumbre laboral y la pérdida de ingresos experimentada. Asimismo, tendían a prescribir más fármacos en lugares con población más desfavorecida económicamente, frente a los barrios de renta más alta, donde se sentían más libres de proponer otras alternativas, como la terapia psicológica privada ante situaciones prevalentes no graves.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, las personas de clase baja y media-baja **se muestran menos satisfechas con su situación económica (63,9%) y con su vida laboral (59,7%), y manifiestan mayor preocupación por no poder pagar sus facturas (56,6%). Pero también expresan menor satisfacción con su salud (31,1%) y con su vida familiar (26,7%)**.

Las personas de clase baja y media-baja tienen también una mayor probabilidad de acudir al/la psiquiatra. Sin embargo, no se observa una diferencia significativa sobre la probabilidad de acudir al/la psicólogo/a. Se podría establecer como hipótesis que el tipo de problemas que experimentan es de carácter más grave. Además, tienden a acudir en mayor medida a la sanidad pública frente a la privada, en cualquiera de los y las profesionales de la salud mental.

En la fase cualitativa, algunos/as psiquiatras manifestaban que ya desde el propio embarazo y la primera etapa de socialización, la falta de recursos podía marcar carencias de cuidado que podían tener un impacto en la salud mental de la persona. También en el discurso de las personas con experiencia propia y sus familiares se hablaba de la importancia de los recursos materiales para poder acceder a cuidados y terapias con la frecuencia y duración de sesiones adecuadas.

5.4.4 El colectivo LGTB

Ser una persona perteneciente al colectivo LGTB aumenta la probabilidad de contar con experiencia propia en salud mental. Las personas LGTB reportan como media un estado de salud mental peor

que las personas cishetero: mientras que un 62,5% de las personas cishetero califican su salud mental como buena o muy buena, este porcentaje desciende a 43,6% en el caso de las personas LGTB.

En una sociedad heteronormativa, donde lo diferente y las minorías afrontan más dificultades para encajar, la sintomatología del colectivo LGTB se hace más prevalente. Así, este colectivo **reporta en mayor medida haber sufrido depresión (55,4%), ansiedad prolongada (48,2%), ideación o intento de suicidio (32,1%), y autolesiones (19,5%).**

Asimismo, y al igual que sucedía con las mujeres, **el colectivo LGTB tiene una mayor probabilidad de consumir psicofármacos. Y, sin embargo, no se observan diferencias significativas sobre la probabilidad de acudir al/la psicólogo/a o al/la psiquiatra. Nuevamente se trataría de una población infraatendida por los/as especialistas en salud mental.**

5.4.5 Otros colectivos

En los análisis de regresión se detectan otros tres colectivos vulnerables, que mencionamos aquí de forma breve.

Así, observamos que la situación económica y laboral ejerce un impacto sobre la salud mental. En esta línea, advertimos que **las personas preocupadas por no poder hacer frente al pago de sus facturas tienen más probabilidad de tener experiencia propia en salud mental, consumen más psicofármacos, y acuden en mayor medida al/la psicólogo/a y al psiquiatra.**

Asimismo, **las personas con una incapacidad laboral tienen más probabilidad de tener problemas de salud mental, y más probabilidad de ir al/la psicólogo/a, al/la psiquiatra y de consumir psicofármacos.**

Por último, sucede lo mismo en el caso de las personas con hábitos de consumo nocivos. En este sentido, de acuerdo con el análisis, **las personas que tienen problemas con las drogas tienen más probabilidad de tener problemas de salud mental, así como más probabilidad de ir al/la psicólogo/a, al/la psiquiatra y de consumir psicofármacos.**

Este último perfil de persona con experiencia propia fue detectado ya en la fase cualitativa a través del discurso de las familias: un número de estas personas databa el origen de los problemas de salud mental de su familiar en la adolescencia y juventud, a raíz del consumo de tóxicos.



5.5 Recomendaciones

5.5.1 La importancia de la salud mental: atención a los colectivos más vulnerables

Los resultados de la presente investigación revelan la importancia de la salud mental, con un relevante impacto en el estado de bienestar de la persona, en todos los ámbitos de su vida. Asimismo, se identifica una serie de perfiles vulnerables, como son: las personas jóvenes, las mujeres, las personas de clase baja y media-baja, el colectivo LGTB, las personas con dificultad para llegar a fin de mes, las personas con incapacidad laboral y las personas que consumen drogas. Es necesario dispensar una especial atención a estos colectivos, con medidas de carácter preventivo y asistencial, tanto desde una perspectiva sanitaria y psicoeducativa, como desde una perspectiva social y económica.

5.5.2 Visibilización, desestigmatización y combatir la discriminación

En los últimos tiempos **se observa un avance en el proceso de normalización de la salud mental en la sociedad**. Cada vez más a menudo se escucha a personajes conocidos que hacen pública su experiencia con un problema de salud mental, se organizan eventos relacionados con el tema o se habla sobre ella en los medios de comunicación y las redes sociales. **Este cambio actitudinal se hace más visible entre las nuevas generaciones, que cada vez conceden más importancia a su salud mental y hablan de ello sin tabúes.**

Esta tendencia, que estaba ya en marcha, **ha tomado más fuerza a raíz del impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población**, lo que ha colocado el asunto en la agenda pública.

No obstante, **esta normalización avanza a dos velocidades. Por un lado**, nos encontramos con los **problemas de salud mental más prevalentes**, como la ansiedad y la depresión, que son los que se han beneficiado de esta evolución actitudinal y social. **Por otro**, los **problemas más graves y de carácter psiquiátrico**, que siguen asociados a estereotipos

negativos, generando incompreensión y distancia emocional. Es necesario romper tabúes y dar visibilidad a esta realidad, de manera que las personas que los experimentan no tengan que cargar adicionalmente con la ignorancia del otro y la falta de empatía por los prejuicios sociales.

Asimismo, la falta de recursos en el sistema sanitario dificulta una atención adecuada y suficiente, y favorece que se perpetúe el estigma y la discriminación (recogemos este aspecto, a continuación, en los puntos 3 y 4).

En los últimos tiempos se observa un avance en el proceso de normalización de la salud mental en la sociedad. [...] Este cambio actitudinal se hace más visible entre las nuevas generaciones, que cada vez conceden más importancia a su salud mental y hablan de ello sin tabúes.

PROPUESTAS:

- Dar a conocer la realidad de la PEP con problema grave sobre la base de su propio testimonio para despertar conciencia y generar cercanía con la situación, al tiempo que se pone el énfasis en la capacidad de recuperación (p.ej.: colaborar con la iniciativa de origen danés *Human Library* [<https://humanlibrary.org/>], que organiza encuentros en bibliotecas en los que personas habitualmente afectadas por el estigma cuentan su historia, como un libro abierto, y están disponibles a las preguntas de otras).
- Desarrollar iniciativas sobre salud mental en centros educativos:
 - Promover actividades en las que PEP jóvenes compartan su experiencia con otras personas de su edad en centros escolares.

- Desarrollar espacios de escucha para que la infancia, la adolescencia y la juventud puedan compartir vivencias y malestares, grupos autogestionados o con acompañamiento de terapeutas.
- Otra forma de normalizar es precisamente no patologizar las emociones y sentimientos que no resultan agradables, o aquellas circunstancias de la vida cotidiana en las que se atraviesa un proceso que puede resultar doloroso, pero que entra dentro de la normalidad. Desarrollar iniciativas con jóvenes en las que:
 - Ayudar a reconocer y aceptar los sentimientos desagradables.
 - Proporcionar herramientas de gestión emocional y acompañamiento, como itinerario alternativo al sistema de salud mental.
 - Promover hábitos saludables y de gestión emocional.
- En entornos laborales se comienza a hablar sobre salud mental: seguir profundizando en romper barreras y tabúes, y de ese modo romper con los prejuicios y la ocultación.
- Poner en marcha campañas de sensibilización y concienciación en los medios de comunicación y en las redes sociales.
- Desde el ámbito de las familias de PEP, la normalización pasa por la no ocultación del problema y de la persona:
 - Espacios en los que las familias puedan compartir grupalmente sus experiencias.
 - Ayudar a gestionar la culpa y la vergüenza.
 - Promover que hablen de sus experiencias y de los problemas de salud mental.
- Por último, desde el sistema sanitario, el proceso de desestigmatización demanda un cambio conceptual, hacia la apertura y visibilidad:
- El diseño y concepción de las unidades de agudos debe guardar similitud con las de otras es-

pecialidades: las salas cerradas, la separación del entorno, y la limitación de los derechos y libertades, ayudan a perpetuar el estigma, porque separa de la sociedad, ‘encierra’ y ‘esconde’ a las PEP.

5.5.3 Prevención y detección temprana

La pandemia ha sometido a la población a un estrés masivo, que se refleja tanto en el discurso del personal sanitario, que observa un incremento de las sintomatologías, como en el de las personas con experiencia propia en salud mental. **Se debe tener en cuenta además el contexto de la sociedad actual, más individualista y competitiva, con un menor soporte familiar y social.**

Por otra parte, se ha detectado un perfil actitudinal diferente entre las PEP jóvenes y las PEP adultas. Mientras que **las PEP jóvenes** cuando expresan sus frustraciones **revelan** en realidad sus **expectativas y esperanzas**, en el caso de **las PEP adultas**, encontramos un **discurso más desesperanzado y con menos expectativas**. Por esa razón, parece importante actuar de forma temprana, de manera que se pueda recibir la atención adecuada desde un primer momento.

PROPUESTAS:

- Formación acerca del crecimiento y desarrollo de la infancia para padres, madres (vínculo saludable, escucha y legitimación) y profesores/as.
- Frente a la competitividad y el perfeccionismo, promover el cultivo de la relación en las escuelas, no solo entre iguales, sino también entre profesores/as y estudiantes, para prevenir el *bullying*, la ansiedad y otros problemas, y para sentirse vistos/as, tenidos/as en cuenta y empoderados/as.
- Prestar atención a las etapas de mayor fragilidad y facilitar los cuidados necesarios con carácter preventivo. Detección temprana en el centro educativo (formación en salud mental de profesorado; presencia de terapeutas o figura responsable de salud mental).

- Servicio de psicoterapia gratuito para problemas leves de adolescentes y jóvenes, o sin distinción de edad, para explorar la causa del problema, en vez de atender exclusivamente al síntoma. Fácil acceso, desde el ámbito educativo, a los servicios públicos de salud mental, incluyendo la psicoterapia y otros apoyos necesarios.
- Fortalecer los vínculos familiares, apoyo a las familias para facilitar la conciliación, con especial atención a los entornos vulnerables.
- Prevención de adicciones con o sin sustancias.
- Educación sobre las redes sociales, no desde la alarma o lo punitivo, sino analizando con la persona aquellas necesidades que busca satisfacer y cómo puede cubrirlas de una manera más saludable.

5.5.4 Diagnóstico, atención y recuperación

Este apartado se centra en el sistema de salud. La diversidad de situaciones por regiones exige la adopción de las debidas cautelas a la hora de extraer conclusiones. En cualquier caso, podemos afirmar que se detecta una falta de recursos que impide una atención adecuada y suficiente.

A lo largo de la fase de investigación cualitativa, en el discurso del personal sanitario, **en alguna comunidad autónoma se observa una saturación de los primeros niveles de atención sanitaria** (médicos/as de Atención Primaria), que unido a la falta de formación en salud mental del/la médico/a de Atención Primaria (MAP) y la ausencia de apoyo por parte de Atención Especializada (AE), sin protocolos establecidos, genera un impacto en la capacidad y los criterios adecuados de detección, en el manejo y la derivación. En otros casos no existe coordinación entre el primer y segundo nivel.

A esto se une la baja presencia de alternativas psicoterapéuticas a las que derivar aquellas situaciones leves que podrían manejarse sin medicación y que no requieren del concurso de AE. En la actualidad, se están poniendo en marcha algunas **iniciativas de terapia grupal para problemas de mayor prevalencia** (ansiedad, duelo...) en algunos centros

de Atención Primaria, **promovidos por Atención Especializada**. No obstante, lo habitual es que estas situaciones sean absorbidas por la terapia privada o se aborden mediante la prescripción de medicación por parte del/la médico/a de Atención Primaria, como se puede concluir a partir de los resultados de la encuesta.

El conocimiento y familiaridad con los psicofármacos en todos los colectivos (incluidos MAP, pero también PEP con problemas leves), unidos al abanico terapéutico disponible y la mejora de los efectos secundarios, refuerza el protagonismo de esta opción, en un contexto de alto consumo nacional. De hecho, **la centralidad de la medicación en el tratamiento se revela como la pauta más habitual, tanto en el caso del/la médico/a de Atención Primaria, como en el caso del/la psiquiatra**, figura que en muchas ocasiones se percibe como una ‘reguladora’ de dosis y tratamiento farmacológico, con baja comunicación e interacción con la persona con experiencia propia. Por otra parte, las familias y PEP con problemas graves señalan que las altas dosis de medicación impiden llevar una vida normalizada (adormecimiento, sobrepeso y reducción de esperanza de vida).

Todo ello en un contexto de **altas listas de espera** para acceder a AE **que provocan que** finalmente el problema, o bien **se solucione simplemente con el paso de tiempo** (si era leve), **o se trate en terapia privada** si la persona cuenta con recursos, **o termine agravándose**. Además, los reducidos tiempos de atención en consulta, la baja frecuencia de las consultas y la rotación de los y las profesionales no permiten un tipo de atención que requeriría un tiempo más prolongado y un seguimiento continuado. Se observa que, en algunos casos, la persona acude a un servicio psicoterapéutico complementario de carácter privado, con lo que la importancia del factor socioeconómico vuelve a manifestarse.

Por otro lado, de acuerdo con los y las profesionales, parece haberse incrementado el acceso al sistema a través de urgencias, especialmente entre la población infantojuvenil. Este aumento y el hecho de que algunos de los casos sean nuevos y no estén registrados en el sistema de salud mental, revela que algo no está funcionando en términos de detección y manejo en los niveles previos.

Los resultados de la encuesta muestran una relativa alta incidencia de los ingresos psiquiátricos.

La carencia de personal y de falta de programas de prevención, de diagnóstico y tratamiento temprano, y de acompañamiento, se traduce en el agravamiento de los procesos y la necesidad de ingreso hospitalario. La alta incidencia de los ingresos contrasta, de acuerdo nuevamente con los datos de la encuesta, con el déficit de otras ayudas servicios sociales y sanitarios complementarios, a los que no han tenido acceso una mayoría de personas con experiencia propia en salud mental. **Es necesario reforzar los programas sociales complementarios.**

Los Centros o Unidades de Día, y otros centros como los de rehabilitación o los ocupacionales, reciben, en general, una positiva valoración, por su atención integral en la que se combinan terapias psicológicas con actividades diversas. No obstante, dado que el número de plazas es reducido, requieren de meses de espera para que la persona sea admitida, y la asistencia es por un tiempo limitado. Por último, una necesidad apremiante es la revisión de las condiciones de hospitalización de las unidades de agudos, desde su propio diseño, hasta las condiciones del entorno y la atención que se dispensa.

La vulneración de derechos y la falta de autonomía de la persona con experiencia propia en el proceso de atención se ha hecho patente en los resultados de la encuesta. Nuevamente, la suficiente dotación de profesionales y una formación adecuada, permitiría una atención más humanizada y en la que la persona y sus familiares puedan ser copartícipes de las decisiones y tratamientos adoptados.

PROPUESTAS:

A. HUMANIZACIÓN Y CENTRALIDAD DE LA PERSONA EN EL SISTEMA

- La filosofía que debe orientar cualquier nueva línea de actuación debe ser poner a la persona en el centro: cualquier iniciativa solo tiene sentido si se diseña desde esta intención, de manera que no sean las personas las que deban adaptarse al sistema, sino que se desarrolle un sistema saludable al servicio de las personas.

- Participación de la PEP como sujeto activo y no como objeto de tratamiento.
- Hacerle partícipe de los objetivos del tratamiento, los criterios a contemplar para una mejoría y los tiempos tentativos que se manejan.
- Generación de equipo con los/as distintos/as profesionales en el que puedan estar presentes las PEP y las familias.
- Sin dudar del inestimable valor y centralidad de los fármacos en el tratamiento de algunos problemas, se propone la apertura de un debate que lleve al análisis riguroso del fenómeno de la sobremedicación, que debe incluir también, como hemos visto, los factores sociales.
- Incorporar un enfoque más equilibrado entre lo bio y lo psicosocial.
- Un/a psiquiatra o psicólogo/a de referencia o un equipo coordinado que comparta la historia exhaustiva de la persona, de manera que no se tenga la sensación de empezar de nuevo en cada consulta.
- Profesionales formados/as y concienciados/as con los derechos humanos, información a PEP sobre tratamientos y efectos secundarios, autonomía y consentimiento informado y programas de atención personalizados.
- Sistemas de control, seguimiento y corrección que garanticen el cumplimiento de dichos derechos.
- En lo relativo a las Unidades hospitalarias de Agudos, en la reunión de AE se mencionan algunos ejemplos inspiradores (Escocia). En definitiva, se propone el desarrollo de sistemas abiertos, con personal motivado y formado en humanización y con la inclusión de otros profesionales que provean de actividades y diversas terapias a los servicios y tratamientos de la unidad.

Todo esto incluye también el cuidado del colectivo sanitario (y estamos pensando sobre todo en los y las MAP, aunque no exclusivamente), que refleja la fatiga por el estado de estrés y alerta vivido durante la pandemia, la saturación posterior del sistema por los retrasos acumulados, y la desmotivación por la falta de reconocimiento de su esfuerzo y el bajo apoyo recibido.

B. RECURSOS Y ORGANIZACIÓN

- Reforzar los primeros niveles. Inversión en Atención Primaria como puerta de entrada al sistema:
 - Más profesionales.
 - Más tiempo disponible en consulta.
 - Formación en salud mental.
 - Coordinación y apoyo del siguiente nivel: generar relación y vínculo.
- Crear plazas suficientes de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería en salud mental, Trabajo Social, auxiliares, figuras de apoyo con experiencia propia.
- Promover los equipos multidisciplinares, con un tratamiento asertivo comunitario, con los centros de salud mental como eje de la atención, coordinado con los servicios sociales y educativos.
- Crear canales institucionales de coordinación de profesionales público-privada.
- Aumentar el número de plazas para PEP en los Centros o Unidades de Día, y en los programas sociales complementarios.
- Continuar con iniciativas como los equipos que se trasladan a domicilio.
- Establecer una coordinación y compartir información, iniciativas y protocolos entre CCAA, como forma de compartir aprendizajes e inspiración mutua.



5.5.5 Medidas sociales, laborales y de integración

Algunos de los problemas más prevalentes en las consultas del personal sanitario tienen un alto componente social. Por tanto, **el cuidado de la salud mental no tiene un exclusivo carácter sanitario, sino que tiene que ver con una proyección de vida y de futuro, con oportunidades laborales, condiciones de trabajo dignas, políticas de vivienda y leyes de dependencia que protejan el bienestar de los/as cuidadores/as.**

Por su parte, en el caso de las personas con experiencia propia con problema de salud mental grave, la participación en el mercado de trabajo es una de las asignaturas pendientes. El trabajo es una fuente principal de participación en la sociedad. Para ello, la persona necesita tener la seguridad de que puede incorporarse al mercado laboral y, si sufre una descompensación, puede recuperar su pensión y su plaza en un centro de rehabilitación, para volver a reincorporarse a su puesto de trabajo una vez se encuentre recuperada.

Se demanda también que se posibilite al máximo que las personas sigan con su educación reglada durante los internamientos. Asimismo, se solicita que se promueva el desarrollo de algún tipo de capacitación profesional para aquellas personas que han tenido dificultad para continuar con sus estudios.

Por último, **desde el personal sanitario, se solicita una revisión del concepto de incapacitación total, que evolucione hacia una incapacidad limitada a áreas específicas, dotando de más autonomía y poder a la PEP.**

[...] el cuidado de la salud mental no tiene un exclusivo carácter sanitario, sino que tiene que ver con una proyección de vida y de futuro [...]

PROPUESTAS:

- Promover programas de Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, empleo con apoyo, y reserva de plazas en plantillas públicas y empresas privadas.
- Fomentar programas de formación para el empleo.
- Apoyo a experiencias de tipo cooperativo de personas con experiencia propia.
- Facilitar el acceso a viviendas tuteladas y mini-residencias, y ofrecer apoyo para acceso a la vivienda de personas con experiencia propia.
- Promover programas de desarrollo cultural y de ocio, para la inclusión social de las PEP.
- Desarrollar programas de acompañamiento de monitores / auxiliares para personas en situaciones de crisis o en fase de recuperación, con participación de PEP.
- Programas para jóvenes, en coordinación con el ámbito educativo, para compartir experiencias, generar confianza y resiliencia, y combatir la soledad.

6 ANEXO: CUESTIONARIO





Bloque I: Sociodemográficos + identidad de género

- Sexo
- Edad
- Tamaño de hábitat
- Región
- Nivel socioeconómico, a través de:
 - Número de personas en el hogar
 - Número de personas que aportan un ingreso en el hogar
 - Persona que mayor ingreso aporta en el hogar
 - Estudios oficiales de la persona que mayor ingreso aporta en el hogar
 - Régimen laboral de la persona que mayor ingreso aporta en el hogar
 - Profesión de la persona que mayor ingreso aporta en el hogar
 - Sus estudios oficiales (en caso de no ser esa persona de mayor ingreso)
 - Su régimen laboral (en caso de no ser esa persona de mayor ingreso)
 - Su profesión (en caso de no ser esa persona de mayor ingreso)
- Estado civil
- Número de hijos/as
- Identidad de género
- Orientación sexual

Bloque II: Características del entrevistado y estilos de vida

P1. PENSANDO EN LA SITUACIÓN ACTUAL, Y EN LO QUE ESTAMOS VIVIENDO COMO SOCIEDAD, ¿QUÉ DESCRIBE MEJOR CÓMO TE SIENTES?

[Rotar]

1. Confiado/a
2. Esperanzado/a
3. Feliz
4. Indiferente
5. Preocupado/a
6. Temeroso/a
7. Triste
8. Ansioso/a
9. Deprimido/a

P2. ¿CÓMO DE SATISFECHO/A DIRÍAS QUE ESTÁS CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE TU VIDA?

[Rotar]

- A. Tu vida laboral
 - B. Tu salud
 - C. Tu tiempo libre
 - D. Tu situación económica
 - E. Tus amistades
 - F. Tu vida familiar
 - G. Tu vida afectiva
1. Mucho
 2. Bastante
 3. Poco
 4. Nada

P3. Y, ¿CÓMO DE PREOCUPADO/A DIRÍAS QUE ESTÁS POR...?

[Rotar]

- A. Perder tu trabajo (*solamente a quien tiene un empleo*)
 - B. No poder pagar tus facturas
 - C. No poder pagar el alquiler o la hipoteca
1. Mucho
 2. Bastante
 3. Poco
 4. Nada

P4. DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS O ACTIVIDADES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA DIRÍAS QUE...?

[Rotar]

- A. Haces ejercicio físico
 - B. Duermes suficientes horas
 - C. Comes de forma saludable
 - D. Dispones de tiempo libre para tu ocio y/o hobbies
 - E. Sientes estrés
 - F. Apuestas (deportivas, en casinos, online, en casas de apuestas...)
1. Regularmente
 2. Ocasionalmente
 3. Casi nunca
 4. Nunca

P5. Y, EN CUANTO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA DIRÍAS QUE...?

- A. Fumas (tabaco, vapeador, cigarrillos electrónicos...)
 - B. Bebes alcohol
 - C. Consumes drogas
1. A diario
 2. Varias veces a la semana
 3. Los fines de semana
 4. Puntualmente
 5. Nunca
 6. Actualmente no consumo, aunque sí lo hacía en el pasado

Bloque III: Características de los entrevistados, estados de ánimo y preocupaciones

P6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE REÚNES CON AMIGOS/AS Y FAMILIARES?

- A. Amigos/as
 - B. Familia
1. Casi todos los días
 2. Todas las semanas
 3. Cada quince días
 4. Una vez al mes
 5. Una vez al trimestre
 6. Una vez cada seis meses
 7. Una vez al año
 8. Con menos frecuencia

P7. Y, PENSANDO EN TUS AMISTADES Y FAMILIA, ¿A CUÁNTOS DE ELLOS/AS PODRÍAS ACUDIR PARA CONTARLE UN PROBLEMA ÍNTIMO O PERSONAL?

1. Con ninguno/a
2. Con uno/a
3. Con dos o tres
4. Con cuatro o cinco
5. Con 6 o 7
6. Con 8 o más

P8. ¿EN QUÉ MEDIDA ESTÁS DE ACUERDO CON CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?

Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”

[Rotar]

- A. Me comparo constantemente con los demás
- B. Me preocupa mucho lo que los demás puedan opinar de mí
- C. Me siento solo/a
- D. Me preocupa no encajar en la sociedad

- E. No me siento integrado/a en mi entorno laboral, escolar o académico
- F. No estoy satisfecho con mi apariencia física

(Filtro, si trabaja actualmente)

P9. Y RESPECTO A TU TRABAJO, EN QUÉ GRADO SIENTES QUE:

[Rotar]

- A. Eres valorado/a por tus jefes/as y compañeros/as
 - B. Te deja tiempo suficiente para ti (ocio, amigos, familia, hobbies...)
 - C. Te deja tiempo suficiente para las tareas de cuidados y del hogar
1. Mucho
 2. Bastante
 3. Poco
 4. Nada

(A todos)

Bloque IV: La salud mental: significados y actitudes

P10. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, DIRÍAS QUE LA SALUD MENTAL DE LA SOCIEDAD...

1. Ha mejorado
2. Ha empeorado
3. Se ha mantenido igual

(Filtro, si P10=2)

P11. Y, EN GENERAL, ¿EN QUÉ MEDIDA CREES QUE HAN PODIDO CONTRIBUIR LAS SIGUIENTES CUESTIONES AL EMPEORAMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LA CIUDADANÍA?

[Rotar]

- A. Un mayor grado de concienciación sobre la propia salud mental (nos fijamos más...)
- B. Los problemas del mundo en el que vivimos (guerra, cambio climático...)
- C. La pandemia de la COVID-19
- D. Las dificultades económicas (paro, subida de precios, etc.)
- E. El uso de las redes sociales e internet
- F. La presión, las exigencias y el estrés del día a día
- G. Una sociedad cada vez más individualista y/o competitiva
- H. La incertidumbre ante el futuro
- I. La soledad

1. Mucho
2. Bastante
3. Poco
4. Nada
5. No lo sé

(A todos)

P12. ¿EN QUÉ MEDIDA ESTÁS DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?

Utiliza una escala de 1 a 5 donde 1 representa “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”

- A. Una buena salud mental solo puede darse cuando vives sin preocupaciones o sentimientos negativos o desagradables.
- B. Una buena salud mental se da cuando eres capaz de hacer una vida normal, aun experimentando de vez en cuando sentimientos desagradables.

P13. DIRÍAS QUE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL AFECTAN EN MAYOR MEDIDA...

[Rotar]

- A. A personas proclives genéticamente
- B. A personas de familias desestructuradas
- C. Pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad o clase social
- D. A personas débiles de carácter, incapaces de afrontar sus problemas
- E. A personas que han sufrido eventos traumáticos
- F. A personas con menos recursos económicos

1. Mucho
2. Bastante
3. Poco
4. Nada
5. No lo sé

P14. SEÑALA EL GRADO DE IMPORTANCIA QUE, EN TU OPINIÓN, TIENE LA SALUD MENTAL PARA EL BIENESTAR EN GENERAL.

Utiliza una escala de 1 a 5 en la que 1 significa “Nada importante” y 5 significa “Muy importante”

Nada importante 1 2 3 4 5 Muy importante

P15. DE ACUERDO CON TU OPINIÓN, ACUDIR A UN PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL (PSICÓLOGO/A, PSIQUIATRA...) ES...

- A. Un signo de debilidad
- B. Algo innecesario o inútil
- C. Algo económicamente inaccesible

- 1. Sí
- 2. No

P16. ¿HASTA QUÉ PUNTO CONSIDERAS QUE UNA PERSONA QUE HA PADECIDO O PADECE UN TRASTORNO MENTAL ES...?

[Rotar]

- A. Una persona con la que podría convivir y trabajar
- B. Una persona peligrosa
- C. Una persona que puede recuperarse y vivir una vida normal
- D. Una persona pesada y molesta
- E. Una persona especial, creativa y original
- F. Una persona vulnerable

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Poco
- 4. Nada

P17. EN QUÉ MEDIDA CONSIDERAS QUE LOS SIGUIENTES HÁBITOS SON IMPORTANTES PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL:

Utiliza una escala de 1 a 5 en la que 1 significa “Nada importante” y 5 significa “Muy importante”

Nada importante 1 2 3 4 5 Muy importante

[Rotar]

- A. Saber manejar el estrés
- B. Hacer ejercicio físico
- C. Dormir suficientes horas
- D. Mantener una vida social activa
- E. Tener personas con las que hablar, en las que confiar

- F. Una alimentación saludable
- G. Mantener una rutina diaria
- H. Disponer de tiempo libre para tu ocio y hobbies

P18. ¿CÓMO CREES QUE AFECTAN LAS SIGUIENTES CUESTIONES AL BIENESTAR EMOCIONAL?

Utiliza una escala de 1 a 5 en la que 1 significa “Nada importante” y 5 significa “Muy importante”

Nada importante 1 2 3 4 5 Muy importante

[Rotar]

- A. La estabilidad laboral
- B. Poder llegar sin problemas a fin de mes
- C. Tener un círculo de personas en las que confiar (pareja, familia, amigos...)
- D. Gozar de salud tanto tú como los tuyos
- E. Estar satisfecho/a con el trabajo o la vida profesional
- F. Estar satisfecho/a con la vida personal o familiar

Bloque V: Percepción y valoración de los recursos humanos y materiales disponibles y propuestas de acciones/mejora

P19. CON RESPECTO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, Y PENSANDO EN LA SALUD MENTAL, CREES QUE ACTUALMENTE...

A. Recursos destinados:

1 2 3 4 5 / 99. No lo sé

(Siendo 1 'No se destinan suficientes recursos')

(Siendo 5 'Se destinan suficientes recursos')

B. Los tiempos de espera:

1 2 3 4 5 / 99. No lo sé

(Siendo 1 'Los tiempos de espera son altos')

(Siendo 5 'Los tiempos de espera son bajos')

C. El número de profesionales:

1 2 3 4 5 / 99. No lo sé

(Siendo 1 'El número de profesionales es insuficiente')

(Siendo 5 'El número de profesionales es suficiente')

P20. DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS ASISTENCIALES, ¿CUÁLES TE PARECEN PRIORITARIAS? ELIGE UN MÁXIMO DE TRES

[Rotar]

1. Aumentar el número de profesionales en salud mental (psicólogos/as, psiquiatras, etc.)
2. Más Centros de Salud Mental Comunitarios y/o Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario
3. Asegurar la continuidad del tratamiento con el mismo profesional a lo largo de todo el proceso
4. Aumentar la dotación en hospitales generales (hospitales de día, camas de corta estancia)
5. Aumentar la dotación en hospitales psiquiátricos
6. Más apoyo sociosanitario: centros de día, ocupacionales, viviendas tuteladas, etc.
7. Incrementar la dotación para medicamentos psiquiátricos
8. Ninguna de los anteriores

P21. Y DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS SOCIALES, ¿CUÁLES TE PARECEN PRIORITARIAS? ELIGE UN MÁXIMO DE TRES.

[Rotar]

1. Mejora de la atención en salud mental en relación con el embarazo, el parto y la crianza
2. Apoyo al desarrollo psicosocial durante los primeros años de vida, desde la atención primaria
3. Impulso a la participación ciudadana, fomentado los grupos de apoyo mutuo
4. Promoción de iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia
5. Acciones de apoyo para prevenir el estrés laboral y las situaciones de acoso
6. Inclusión de programas específicos de prevención y sensibilización en el ámbito educativo
7. Ninguna de las anteriores

Bloque VI: Experiencias personales (a todos)

P22. PENSANDO EN TI MISMO/A, ¿CÓMO VALORAS EL ESTADO ACTUAL DE TU SALUD MENTAL?

Utiliza una escala de 1 a 5, donde 1 significa "Muy malo" y 5 "Muy bueno".

Muy malo 1 2 3 4 5 Muy bueno

P23. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HAS SENTIDO...?

[Rotar]

- A. Nervioso/a, ansioso/a o con miedo
- B. Con estado de ánimo bajo, muy triste, decaído
- C. He tenido problemas de sueño (dormir poco o demasiado)
- D. Con poco interés por hacer cosas
- E. Solo/a o aislado/a
- F. Con problemas para concentrarme en una tarea
- G. Con alucinaciones (he oído o visto cosas que otras personas no oyen o ven)

- 1. Nunca o casi nunca (1 día o menos)
- 2. Pocos días (2-3)
- 3. Ocasionalmente (4-6)
- 4. Muchos días (7 o más)

P24. ¿EN ALGÚN MOMENTO DE TU VIDA HAS SUFRIDO...?

- A. Un ataque de ansiedad o pánico
- B. Una depresión
- C. Ansiedad prolongada en el tiempo
- D. Autolesiones
- E. Ideación o intento de suicidio

- 1. Sí
- 2. No

P25. ¿CONSUMES ACTUALMENTE ALGÚN PSICOFÁRMACO (ANSIOLÍTICOS, REGULADORES DEL SUEÑO, ANTIDEPRESIVOS...)?

- 1. Sí
- 2. No (*Pasa a P29*)

(Filtro, si P25 = 1)

P26. ¿Y ESTE O ESTOS MEDICAMENTOS HAN SIDO MAYORMENTE...?

- 1. Recetados
- 2. No recetados

(Filtro, si P26 = 1)

P26.1 ¿QUIÉN TE LO HA RECETADO?

- 1. El médico o médica de cabecera
- 2. Un/a psiquiatra
- 3. Ambos

(Filtro, si P26 = 2)

P26.2. ¿QUIÉN TE HA FACILITADO EL MEDICAMENTO? SELECCIONA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- 1. Un familiar
- 2. Un amigo/a
- 3. En una farmacia

(Filtro, si P25 = 1)

P27. ¿QUÉ MEDICAMENTOS CONSUMES? SELECCIONA TANTOS COMO CORRESPONDA.

- 1. Ansiolíticos (benzodiazepinas, Valium, Orfidal, Lorazepam, barbitúricos...)
- 2. Antidepresivos: fluoxetina, Prozac, citalopram, Celexa, escitalopram, Lexapro...
- 3. Estimulantes/ medicamentos para el TDAH: metilfenidato, Ritalina, Ritalín, Concerta, Focalin, Adderall...)
- 4. Medicamentos para el sueño: temazepam, Restoril, triazolam, zolpidem, Ambien...

5. Litio
6. Estabilizadores del humor
7. Antipsicóticos
8. Otro

(Filtro, si P25 = 1)

P28. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMES ESE TIPO DE MEDICAMENTOS?

1. Diariamente
2. Habitualmente (varias veces a lo largo de una semana, pero no todos los días)
3. Esporádicamente (varias veces al mes)
4. Ocasionalmente (en situaciones muy puntuales)

(A todos)

P29. ¿ACUDES ACTUALMENTE A LA CONSULTA DE UN/A PROFESIONAL O DE UN EQUIPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL PÚBLICO Y/O PRIVADO?

- A. Psicólogo/a
- B. Psiquiatra
- C. Otros/as (trabajadores/as sociales de los ayuntamientos., educadores/as sociales, enfermeros/as, asistentes personales...)

1. Sanidad pública
2. Sanidad privada
3. Ambas
4. No voy

(Filtro, si P29_A y/o B = 2 o 3)

P30. ¿POR QUÉ ACUDES A LA SANIDAD PRIVADA? SELECCIONA TANTOS MOTIVOS COMO CORRESPONDA.

- A. (Filtro, P29_A = 2 o 3) Psicólogo/a
- B. (Filtro, P29_B = 2 o 3) Psiquiatra
- C. (Filtro, P29_C = 2 o 3) Otros/as profesionales

1. Creo que en la sanidad privada me van a dar mejor servicio en esta materia
2. Se trata de un problema leve
3. Tengo un seguro médico privado

4. No sabía cuál era el procedimiento para ir por la sanidad pública
5. No podía esperar los tiempos de la sanidad pública
6. En la sanidad pública no se resolvió mi problema
7. Me derivaron o me lo recomendaron los profesionales de la sanidad pública
8. Otro

(Filtro, si P29_A = 4 y P29_B = 4)

P31. ¿POR QUÉ MOTIVO NO HAS ACUDIDO A CONSULTAS PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS?

1. No considero que necesite acudir
2. Acudí en el pasado, pero actualmente no lo necesito
3. Querría acudir, pero no he logrado conseguir cita (pública o privada)
4. Querría acudir, pero no me lo he podido permitir económicamente
5. Querría acudir, pero no me atrevo a dar el paso por el “qué dirán”
6. No me siento con fuerza para pedir ayuda
7. No me gusta hablar de mis problemas con un/a desconocido/a
8. Otro motivo

(Filtro, si P29 = 1, 2 o 3)

P32. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACUDES A CONSULTA DEL ESPECIALISTA?

- A. Psicólogo/a (Filtro: si P29_A = 1, 2 o 3)
- B. Psiquiatra (Filtro: si P29_B = 1, 2 o 3)
- C. Otros/as (trabajadores/as sociales de los ayuntamientos, educadores/as sociales, enfermeros/as, asistentes personales...) (Filtro: si P29_C = 1, 2 o 3)

1. Una o más veces a la semana
2. Varias veces al mes
3. Una vez al mes
4. Una vez al trimestre
5. Una vez al semestre
6. Una vez al año
7. Ya no acudo porque terminó mi terapia

(Filtro, si P29_B = 1, 2 o 3)

P33. ¿EN QUÉ CONSISTE, PRINCIPALMENTE, LA TERAPIA O TRATAMIENTO? SELECCIONA TANTAS OPCIONES COMO CORRESPONDA.

1. Prescripción de fármacos
2. Psicoterapia
3. Participación en programas sociales de apoyo
4. Otros (cuál)

(Filtro, si P29 = 1, 2 o 3, en cualquiera de las 3)

P34. EN GENERAL, COMPARADO CON ANTES DE COMENZAR A ACUDIR AL ESPECIALISTA O ESPECIALISTAS, ¿CÓMO DIRÍAS QUE TE ENCUENTRAS AHORA?

1. Mucho mejor
2. Mejor
3. Igual
4. Peor
5. Mucho peor

(Filtro, si P.29 = 1, 2 o 3, en cualquiera de las 3)

P35. RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE HAS RECIBIDO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DIRÍAS QUE...

Utiliza una escala de 1 a 5.

- A. La ayuda recibida:**
1 2 3 4 5 / 99. No lo sé
(Siendo 1 'No he recibido ayuda suficiente')
(Siendo 5 'He recibido toda la ayuda que necesitaba')
- B. La escucha en el proceso:**
1 2 3 4 5 / 99. No lo sé
(Siendo 1 'No me he sentido escuchado/a en el proceso')
(Siendo 5 'Me he sentido escuchado/a en el proceso')
- C. Tener en cuenta y ser parte del proceso:**
1 2 3 4 5 / 99. No lo sé
(Siendo 1 'No siento que se me tiene en cuenta, ni soy parte del proceso')

(Siendo 5 'Siento que se me tiene en cuenta y soy parte del proceso')

D. La frecuencia o duración de las consultas:

1 2 3 4 5 / 99. No lo sé

(Siendo 1 'La frecuencia de las consultas o la duración de las mismas era demasiado reducida')

(Siendo 5 'La frecuencia de las consultas o la duración de las mismas era satisfactoria')

E. La satisfacción con el tratamiento:

1 2 3 4 5 / 99. No lo sé

(Siendo 1 'En general, no estoy satisfecho con el tratamiento')

(Siendo 5 'En general, estoy satisfecho con el tratamiento')

Bloque VII: PEP diagnosticadas

Aviso: En este apartado no se recoge la valoración de la asistencia psicológica y/o psiquiátrica por parte del PEP, ya que esa información ya se ha obtenido antes en [P27 – P33]

(A todos)

PEP.1 ¿ALGUNA VEZ HAS SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGÚN TRASTORNO MENTAL Y/O PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

1. Sí
2. No (*salto a Pep.3*)

(Filtro, si Pep.1 = 1)

PEP.2 ¿CUÁL/ES?

1. Trastorno depresivo
2. Trastornos de ansiedad
3. Problemas del ritmo circadiano o problemas de sueño
4. Trastorno de estrés agudo
5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
6. Trastorno relacionado con sustancias y adicciones
7. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
8. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
9. Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)
10. Espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos
11. Trastorno bipolar
12. Trastorno de personalidad
13. Otro: ¿cuál?

PEP.3 E, INDEPENDIENTEMENTE DE SI TÚ HAS SIDO DIAGNOSTICADO/A, ¿ALGUIEN DE TU CÍRCULO MÁS CERCANO (FAMILIA, AMIGOS, PAREJA) LO HA SIDO?

1. Sí
2. No (*Si Pep.1 = 2, fin del cuestionario*)

PEP.3.1 ¿QUIÉN/ES?

1. Mi padre
2. Mi madre
3. Hijo/a [*a quienes tengan hijos*]
4. Mi pareja/cónyuge
5. Mi hermano/a
6. Mi abuelo/a
7. Un amigo/a
8. Mi tío/a
9. Mi primo/a

PEP.3.2 ¿CUÁL/ES?

1. Trastorno depresivo
2. Trastornos de ansiedad
3. Problemas del ritmo circadiano o problemas de sueño
4. Trastorno de estrés agudo
5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
6. Trastorno relacionado con sustancias y adicciones
7. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
8. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
9. Trastorno alimenticio y de la alimentación (TCA)
10. Espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos
11. Trastorno bipolar
12. Trastorno de personalidad
13. Otro, ¿cuál?

PEP.3.3 ¿ERES O FUISTE LA PERSONA O UNA DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE CUIDAR DE ESA/S PERSONA/S DURANTE EL PROCESO DE TRATAMIENTO?

1. Sí
2. No (*Si Pep.1 = 2, fin del cuestionario*)

Bloque VIII: Vivencia de la salud mental por parte de las PEP

PEP.4 ¿HAS SENTIDO RECHAZO POR PARTE DE ALGUNA PERSONA DE TU ENTORNO DEBIDO A TU PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

1. Muchas veces
2. Algunas veces
3. Pocas veces
4. Nunca (*Pasa Pep.6*)

PEP.5 ¿EN QUÉ ÁMBITOS HAS SENTIDO ESE RECHAZO? SELECCIONA TANTAS OPCIONES COMO CORRESPONDA

1. En la familia
2. Entre amigos
3. En el trabajo
4. En el centro de estudios
5. En la pareja
6. Entre conocidos
7. Otros

PEP.6 ¿CON QUIÉN HAS COMPARTIDO TU/S PROBLEMA/S DE SALUD MENTAL? SELECCIONA TANTAS OPCIONES COMO CORRESPONDA.

1. Con mis padres/hermanos/hijos
2. Con mis amigos
3. Con otros familiares
4. Con mis compañeros de trabajo
5. Otros (cuál)
6. No los he compartido con nadie

PEP.7 Y, ¿CONSIDERAS QUE ALGUNA VEZ HAS PODIDO SUFRIR DISCRIMINACIÓN A RAÍZ DE TRASTORNO Y/O PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

1. Sí, muchas veces
2. Sí, algunas veces
3. Sí, pero pocas veces
4. No, nunca

(Si Pep 7 = 1, 2 o 3)

PEP.7.1 ¿EN QUÉ ÁMBITOS HAS SUFRIDO ESTA DISCRIMINACIÓN? SELECCIONA TANTAS OPCIONES COMO CORRESPONDA.

1. Administración Pública
2. Procesos de selección laboral
3. En el trabajo
4. En mi centro educativo
5. En un centro sanitario
6. En otro/a (¿cuál?)
7. Ninguno de los anteriores

(Filtro: si P29_A = 1, 2 o 3)

PEP.8.1 ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS ACUDIENDO A LA CONSULTA DEL PSICÓLOGO/A?

[tiempo en años/meses]

(Filtro: si P29_B = 1, 2 o 3)

PEP.8.2 ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS ACUDIENDO A LA CONSULTA DEL PSIQUIATRA?

[tiempo en años/meses]

PEP.9 ¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO INGRESADO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO O EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL?

1. Sí
2. No

(Si Pep.9 = 1)

PEP.9.1 ¿A DÍA DE HOY, ESE TRATAMIENTO HA FINALIZADO? ¿CUÁNTO DURÓ ESTE TRATAMIENTO?

1. Sí
2. No

(Si Pep.9.1 = 1)

PEP.9.2 ¿CUÁNTO DURÓ ESE TRATAMIENTO?

[tiempo en años/meses]

PEP. 10 ¿ALGUNA VEZ HAS RECIBIDO O HAS UTILIZADO ALGUNO DE ESTOS SERVICIOS? SELECCIONA TANTOS COMO CORRESPONDA.

1. Centro de Día
2. Centro de Rehabilitación psico social
3. Centro Laboral, apoyo al empleo
4. Vivienda tutelada, residencia, pensión
5. Apoyo económico
6. Acompañamiento de monitor
7. Acompañamiento de persona con experiencia propia
8. Otro, ¿cuál?
9. Ninguno de los anteriores

PEP.10.1 EN GENERAL, ¿CÓMO CALIFICARÍAS LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL UTILIZADOS Y/O RECIBIDOS?

- A. Centro de Día (Filtro: si Pep.10=1)
B. Centro de Rehabilitación psico social (Filtro: si Pep.10=2)
C. Centro Laboral, apoyo al empleo (Filtro: si Pep.10=3)
D. Vivienda tutelada, residencia, pensión (Filtro: si Pep.10=4)
E. Apoyo económico (Filtro: si Pep.10=5)
F. Acompañamiento de monitor (Filtro: si Pep.10=6)
G. Acompañamiento de persona con experiencia propia (Filtro: si Pep.10=7)

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala

PEP.10.2 DE LOS SERVICIOS CITADOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR, CUÁLES CONSIDERAS QUE PODRÍAS HABER NECESITADO MÁS. SELECCIONA TANTOS COMO CORRESPONDA.

1. Centro de Día
2. Centro de Rehabilitación psico social
3. Centro Laboral, apoyo al empleo
4. Vivienda tutelada, residencia, pensión
5. Apoyo económico
6. Acompañamiento de monitor
7. Acompañamiento de persona con experiencia propia
8. Ninguno de los anteriores

PEP.11 ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍAS CUANDO COMENZÓ/COMENZARON TU/S PROBLEMA/S DE SALUD MENTAL?

1. [Edad en años]

PEP.12 ¿QUÉ GRADO DE IMPORTANCIA CREES QUE TUVIERON LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN EL SURGIMIENTO DE TU PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

[Rotar]

- A. Predisposición genética o factor biológico
B. Problemas y relaciones familiares
C. Ruptura amorosa
D. Autoexigencia en lo profesional, escolar o académico
E. Situación de acoso escolar o laboral
F. Maltrato o situaciones de violencia, o abuso sexual en la infancia o adolescencia
G. Maltrato, violencia física, psicológica o sexual en la vida adulta
H. Presión por encajar socialmente
I. Consumo o abuso de sustancias
J. Disconformidad con mi imagen física

1. Mucha
2. Algo
3. Poca
4. Nada

PEP.13 PENSANDO EN TU EXPERIENCIA PERSONAL, ¿EN QUÉ MEDIDA ESTÁS DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?

[Rotar]

- A.** He recibido un programa de atención personalizado
- B.** He participado activamente en el diseño de mi programa de atención, opinando
- C.** En ocasiones, se ha vulnerado mi autonomía o mi poder de toma de decisión
- D.** He recibido una información clara, suficiente y comprensible sobre mi trastorno
- E.** Se me ha informado sobre todos los tratamientos alternativos para mi trastorno
- F.** He sido ingresado/a de forma involuntaria [sólo a quien ha estado ingresado]
- G.** Recibí información suficiente acerca de los efectos secundarios del tratamiento [solo a quien toma medicación]
- H.** He tenido la confidencialidad que quería en mi proceso de tratamiento
- I.** Se ha tenido en cuenta mi opinión respecto a la valoración o calidad de los servicios

- 1.** Mucho
- 2.** Bastante
- 3.** Poco
- 4.** Nada

(Fin del cuestionario)

Muchas gracias por completar esta encuesta. Antes de acabar queremos volver a recordarte que las respuestas son completamente anónimas.





consaludmental.org



fundacionmutua.es