



confederación
SALUD MENTAL
españa

Informe sobre el estado de los
DERECHOS HUMANOS
de las personas con trastorno mental
en España **2017**

Edición: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Coordinación y redacción: Irene Muñoz, Servicio de Asesoría Jurídica – Área de Comunicación, Imagen e Influencia Social de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Participantes (Comité Jurídico de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA):

- Ana Mingorance (FEAFES Andalucía Salud Mental)
- Patricia Hernández (Salud Mental Aragón)
- Eladio Rico (AFESA Salud Mental Asturias)
- Ángel Lozano (Salud Mental Castilla y León)
- Mónica Carrilero (Salut Mental Catalunya)
- Iván Sanmartín (FEAFES Galicia)
- Adriana Sanclemente (UMASAM)
- María José Cano (Fedeafes)
- Llum Moral (Salut Mental Comunitat Valenciana)
- Andrés Mendoza (Salud Mental Canarias. Delegado de Junta Directiva de SALUD MENTAL ESPAÑA para su Comité Jurídico. Secretario de SALUD MENTAL ESPAÑA)

Edición: Abril 2018



Licencia de contenidos Creative Commons: Reconocimiento – NoComercial (by-nc)

PRESENTACIÓN

Es muy habitual escuchar “yo tengo derecho a” o “eso no es un derecho” o “se están vulnerando nuestros derechos”. Pero en realidad **¿sabemos lo que es un derecho y si lo tenemos reconocido o no como personas, como individuos, como colectivo?**

Nos centraremos, específicamente, en los derechos humanos, que son los que establecen las condiciones indispensables para **garantizar la dignidad humana** y hacer posible que las personas vivan en un entorno de libertad, justicia y paz. Hablan del principio de igualdad, del derecho a la vida y a no sufrir torturas, del asilo, de la libertad de expresión y de conciencia, pero también de la educación, la vivienda y del acceso a la salud y a la cultura.

Nuestro objetivo y nuestro deber como movimiento asociativo que **representa a personas con problemas de salud mental y sus familias**, es trabajar por el cumplimiento de los derechos del colectivo, los cuales se ven vulnerados casi a diario y en diferentes formas y contextos.

Con este informe queremos **denunciar algunas de estas vulneraciones**, a través de casos reales. Casos que tienen que ver con el derecho a la salud, con el derecho de las mujeres a la igualdad y la no discriminación, con el derecho a la seguridad y la protección en situaciones de riesgo o con el derecho al empleo o a vivir de manera independiente y a ser incluido en la comunidad.

Pero no solo denunciamos, sino que **aportamos luz**. Ofrecemos respuestas, alternativas, recomendaciones y buenas prácticas que ya están en marcha y que tratan de que las personas con problemas de salud mental tengan garantizado el respeto de sus derechos, de igual modo y en las mismas condiciones que el resto de personas.

En un Estado como es España, garante de los derechos fundamentales, firmante de convenciones internacionales, moderno e integrador, todavía se siguen produciendo acontecimientos que deberían estar superados. Y **entre todos**, movimiento asociativo, profesionales de diferentes ámbitos, poderes públicos, organizaciones sociales, políticas y económicas, tenemos que trabajar para **lograr** que ninguna persona con trastorno mental vea limitadas sus posibilidades de **participar en la vida pública**, encuentre barreras para **acceder a la justicia**, tenga dificultades para **disponer de servicios de salud** adecuados a sus necesidades o cuente con **apoyos suficientes para tomar sus propias decisiones**.

Nelson Mandela dijo que “*privar a las personas de sus derechos humanos es poner en tela de juicio su propia humanidad*”. Es por esto que desde el movimiento asociativo reunido en SALUD MENTAL ESPAÑA, seguiremos trabajando y reivindicando lo que es de derecho, lo que es de justicia, lo que es, básicamente, humano.



Nel Anxelu González Zapico

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
¿QUÉ HEMOS DETECTADO?	11
1. OBLIGACIONES GENERALES	11
1.1. Aspectos a tener en cuenta	
A) Prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con trastornos mentales: garantía de los derechos sociales	
B) La asistencia personal: garantía para el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental	
1.2. Buenas prácticas	
A) SALUD MENTAL ESPAÑA vuelve a poner en marcha el proyecto 'In-Formándonos. La autonomía es un derecho'	
B) Proyecto Actívate por la salud mental (<i>Projecte Activa't per la salut mental</i>)	
C) Asistente personal en salud mental como figura en el apoyo para el ejercicio de derechos: la experiencia de la Federación Salud Mental Castilla y León	
1.3. Recomendaciones	
2. DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	23
2.1. Aspectos a tener en cuenta	
A) Perspectiva de género: Asignatura pendiente en salud mental	
B) Análisis de las demandas atendidas en el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género	
2.2. Vulneraciones	
A) Ausencia de recursos de acogida específicos para las víctimas de violencia de género	
B) Abusos sexuales y otras formas de violencia en lugares de custodia de personas con problemas de salud mental	
2.3. Buenas prácticas	
A) Investigación sobre la violencia contra las mujeres	
B) Taller dedicado a 'Mujeres y Salud Mental'	
C) Jornada sobre "La violencia contra las mujeres con problemas de salud mental"	
D) Jornada "Salud mental y mujer"	
2.4. Denuncia	
A) Una investigación impulsada por la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior del Gobierno de España delimita un perfil de perpetradores de homicidios machistas asociado al trastorno mental	
2.5. Recomendaciones	

3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS 37

3.1. Aspectos a tener en cuenta

- A) La dificultad para acceder a los servicios de psicología, más que a cualquier otra especialidad sanitaria, pone en riesgo la salud mental de los jóvenes

3.2. Vulneraciones

- A) Abusos sexuales y salud mental: un espacio de impunidad

3.3. Buenas prácticas

- A) Programa “Kidstime”

3.4. Denuncia

- A) Faltan recursos en materia de salud mental de los niños y niñas adoptados

3.5. Recomendaciones

4. TOMA DE CONCIENCIA 42

4.1. Aspectos a tener en cuenta

4.2. Vulneraciones

- A) El Circo de los Horrores promueve una imagen distorsionada de las personas con trastornos mentales en su espectáculo “Manicomio”
- B) El anuncio de Campofrío “Amodio” muestra una visión distorsionada y denigrante de las personas con problemas de salud mental

4.3. Buena práctica

- A) El Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA presenta el portal ‘Diversamente’

4.4. Recomendaciones

5. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY 49

5.1. Aspectos a tener en cuenta

- A) La promoción de la autonomía continúa siendo una asignatura pendiente

5.2. Vulneraciones

- A) España continúa manteniendo los sistemas de sustitución en la adopción de decisiones de la asistencia para la toma de decisiones

5.3. Buenas prácticas

- A) Una persona con un problema de salud mental asume por primera vez la responsabilidad de presidir una asociación uniprovincial o federación
- B) FEAFES Salud Mental Andalucía elige al portavoz de su comité de usuarios de salud mental para presidir la federación

5.4. Recomendaciones

6. DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD 54

6.1. Aspectos a tener en cuenta

- A) Ingresos involuntarios y otras medidas restrictivas
- B) Continuidad del proyecto “Protocolo Adicional a la Convención de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina relativo a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntarios”

6.2. Vulneraciones

- A) Incremento de los ingresos hospitalarios
 - 6.3. Buenas prácticas**
 - A) Mapeo y evaluación de unidades de ingreso psiquiátrico en España
 - 6.4. Denuncia**
 - A) Un Informe del Comité de Bioética de España sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad propone introducir el consentimiento por representación en materia de ingresos involuntarios
 - 6.5. Recomendaciones**
- 7. DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES** **63**
- 7.1. Aspectos a tener en cuenta**
 - A) Criterios mínimos para prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
 - 7.2. Vulneraciones**
 - A) Fallecimiento de una joven en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)
 - B) Fallecimiento de pacientes en Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo y en el Complejo Hospitalario de A Coruña
 - C) Falta de asistencia psiquiátrica en la prisión de Sevilla
 - 7.3. Buenas prácticas**
 - A) Nace la Plataforma Nacional Sin Sujeciones
 - 7.4. Denuncia**
 - A) No hay protocolo de actuación único ni normas mínimas a nivel estatal sobre contenciones mecánicas
 - 7.5. Recomendaciones**
- 8. RESPETO DEL HOGAR Y DE LA FAMILIA** **77**
- 8.1. Aspectos a tener en cuenta**
 - A) El tabú de las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia
- 9. DERECHO A LA SALUD** **79**
- 9.1. Aspectos a tener en cuenta**
 - A) Discriminación por orientación sexual: efectos sobre la salud mental
 - B) Trastornos asociados a la salud mental materna y paterna
 - 9.2. Vulneraciones**
 - A) España tiene escasos recursos para tratar la salud mental materna
 - 9.3. Buenas prácticas**
 - A) El CERMI acude como entidad invitada a la manifestación del orgullo para visibilizar la diversidad sexual de las personas con discapacidad
 - 9.4. Recomendaciones**
- 10. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO** **91**
- 10.1. Aspectos a tener en cuenta**
 - A) Empleo y salud mental

10.2. Vulneración

- A) La tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental es la más baja de toda la discapacidad

10.3. Buenas prácticas

- A) Jornada 'Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras'
- B) El modelo de Itinerarios de Empleo de la Federación Salud Mental Castilla y León

10.4. Avance

- A) Aprobación de Ley que obliga a reservar un 1% de empleo público para personas con problemas de salud mental

10.5. Recomendaciones

11. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA

98

11.1. Aspectos a tener en cuenta

- A) El ejercicio del derecho de sufragio como máxima expresión de participación política de los miembros de una sociedad democrática

11.2. Avance

- A) Todos los partidos del Congreso de los Diputados se mostraron a favor de admitir a trámite la Proposición de Ley de reforma de la Ley del Régimen Electoral General (LOREG) elevada por la Asamblea de Madrid

11.3. Recomendación

ANEXOS

101

Anexo 1: Conclusiones 'XX Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA': "Una Vida en Primera Persona"

Anexo 2: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Anexo 3: Texto completo del documento de consideraciones dirigido al Comité de Bioética del Consejo de Europa

FUENTES DOCUMENTALES

109

INTRODUCCIÓN

Según un informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos. Concretamente, la salud mental se puede definir como *"un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y hacer una contribución a su comunidad"*. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, se refiere a *"la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos"*¹.

Este informe, siguiendo lo dispuesto por el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 32/18, de 1 de julio de 2016, sobre salud mental y derechos humanos, identifica la discapacidad psicosocial como un atributo que puede ir asociado a la condición de tener un trastorno mental, incluyendo en esta categoría a las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitarios². Así, las personas con discapacidad psicosocial son aquellas que, independientemente de la auto identificación o el diagnóstico de una condición de salud mental, se enfrentan a restricciones en el ejercicio de sus derechos y barreras a la participación sobre la base de un impedimento real o percibido. De esta categoría quedarían excluidas aquellas que, aun existiendo esa vinculación con los problemas de salud mental, no enfrenten tales restricciones.

En abril de 2017 la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, junto con la Federación Salud Mental Castilla y León y con la asociación FAEMA Salud Mental Ávila como entidad anfitriona, celebró el XX Congreso del Movimiento Asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, bajo el título *‘Una Vida en Primera Persona’*. Este título contiene un concepto esencial que determina la vida de cualquier ser humano y hace referencia a su capacidad para llevar las riendas de su vida, una capacidad que se verá condicionada por los medios de los que disponga en la sociedad concreta en la que viva y se desarrolle. Así, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y*

¹ United Nations, General Assembly. "Mental health and human rights", A/HRC/34/32 (31 de enero, 2017). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>: *"Three different categories should be clearly distinguished among those referred to in resolution 32/18: persons using mental health services (who are current or potential users of mental health and community services); persons with mental health conditions; and persons with psychosocial disabilities, namely, persons who, regardless of self-identification or diagnosis of a mental health condition, face restrictions in the exercise of their rights and barriers to participation on the basis of an actual or perceived impairment. These categorizations may overlap: a user of mental health services may not have a mental health condition and some persons with mental health conditions may face no restrictions or barriers to their full participation in society."*

² La resolución 32/18 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. "Mental health and human rights", A/RES/67/97 (18 de julio, 2016). Recuperado de <http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>.

gobiernos” (OMS, 2010). En relación a las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), la OMS asocia el empoderamiento “al nivel de elección, influencia y control que los usuarios/as de estos servicios ejercen en las situaciones que acontecen en sus vidas” (OMS, 2010). Es por ello que es tan importante facilitar que estas personas tomen las riendas y encabecen las iniciativas, propuestas y acciones que se lleven a cabo en todos los aspectos relacionados con la defensa de sus derechos y su calidad de vida y bienestar³.

Por ello, el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA, en su Decálogo “¿Qué es el Empoderamiento?” (2014)⁴, identificó este concepto y en 2017 lo ha actualizado de la siguiente manera⁵:

DECÁLOGO

 01 PLENITUD La existencia de las personas tiene múltiples facetas, y queremos disfrutar de todas ellas.	 02 PROTAGONISMO Queremos ser los protagonistas de nuestras vivencias.	 03 SUPERACIÓN Queremos potenciar nuestras habilidades.	 04 RESPONSABILIDAD Queremos poner en valor nuestra madurez, sin paternalismos.	 05 AUTONOMÍA Queremos cerrar los círculos del trabajo y la afectividad.
 06 BIENESTAR Tanto social como individual: queremos ser felices.	 07 AUTOCONOCIMIENTO Debemos aceptar con humildad nuestras limitaciones para evitar frustraciones innecesarias.	 08 CONFIANZA Al mismo tiempo debemos transmitir seguridad a la hora de relacionarnos, sin complejos.	 09 AUTOESTIMA De gran valor terapéutico.	 10 PARTICIPACIÓN “Nada de nosotros sin nosotros”.

Sin embargo, el estigma continúa siendo una de las barreras invisibles fundamentales –si no la más importante- que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible (Red2Red, 2015).

Para combatirlo es preciso conocer de primera mano a las personas que han tenido o tienen estos problemas, escuchar sus voces y sus experiencias y conocer los obstáculos a los que se enfrentan en el ejercicio de sus derechos. Este informe, como los publicados en los años anteriores, pretende contribuir a arrojar luz en la situación de un colectivo que, por lo general, se invisibiliza bajo el manto de los mitos, prejuicios y estereotipos, elementos que abonan el

³ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). La salud mental en primera persona: los comités de personas expertas.

Revista Española de Discapacidad, 4 (1), pp. 241-247. Recuperado de <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/248/163>

⁴ *Ibid.*

⁵ Información disponible en www.diversamente.es

terreno para la proliferación de conductas discriminatorias de todo tipo que afectan gravemente a su inclusión social y calidad de vida.

En este documento se denuncian las principales vulneraciones detectadas en el curso de 2017, ilustradas con ejemplos concretos. Asimismo, se pone de relieve una selección de buenas prácticas que constituyen soluciones que producen un impacto positivo y tangible y sirven como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones a nivel general. Todo ello se acompaña de recomendaciones dirigidas a proporcionar una guía de actuación a la luz de la información proporcionada por el documento.

¿QUÉ HEMOS DETECTADO?

1. OBLIGACIONES GENERALES

Artículo 4 CDPD

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:
 - a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
 - b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
 - c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
 - d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
 - e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;
 - f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;
 - g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
 - h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
 - i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.
3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.
4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.
5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

1.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con trastornos mentales: garantía de los derechos sociales

Las personas con problemas de salud mental constituyen uno de los colectivos más susceptibles de sufrir situaciones de exclusión, discriminación, explotación y desigualdad. En estas circunstancias, como refiere la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), el papel de los derechos sociales es esencial por su propia naturaleza netamente reivindicativa, como derechos surgidos *“ante la necesidad de cumplir la ley en aquellos aspectos en los que las personas puedan sentirse desprotegidas o en los casos en que carezcan de reconocimiento dentro de su comunidad, población, nación, país, grupo o sociedad”*⁶.

⁶ ACNUR Comité Español. ¿Cuáles son los derechos sociales y qué aplicación tienen? [Artículo en un blog]. Recuperado de <https://eacnur.org/blog/cuales-los-derechos-sociales-aplicacion-tienen/>

Entre estos derechos, incorporados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (artículos 22 a 27) y, posteriormente, recogidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, se encuentran el derecho a un empleo y salario justo, el derecho a la protección social en casos de necesidad, derecho a la vivienda, derecho a la educación gratuita y de calidad, derecho a la sanidad, derecho a un entorno saludable, al acceso a la cultura y a todos los ámbitos de la vida pública de la comunidad y el derecho a la alimentación y a la soberanía alimentaria.

Las personas con problemas de salud mental tienen muy limitado el acceso a los servicios sociales, algo que debería haberse incorporado a la normativa sobre promoción de la autonomía y atención a la dependencia como un derecho subjetivo, así como en las diferentes normas de servicios sociales autonómicas (específicamente, Cartera de Servicios Sociales), a fin de poner en valor la promoción de la autonomía. Esa falta de promoción de la autonomía y la situación de aquellas personas excluidas por no percibirse su situación, produce constantes vulneraciones de sus derechos fundamentales.

Se precisa por ello una previsión de gasto que garantice el futuro de la protección social como un espacio centrado en las personas, en el que los servicios sanitarios y sociales estén eficazmente coordinados para ofrecer una atención integral. Como se señaló desde la Federación Andaluza de Familiares y Personas con enfermedad Mental (FEAFES ANDALUCÍA SALUD MENTAL) en la presentación de la Guía de los Derechos de los Usuarios de los Servicios Sociales, esto es así incluso en contextos de crisis, en los que la necesaria contención del déficit público no es óbice para el cumplimiento de la responsabilidad pública.

Se ha de evitar la vuelta a sistemas benéficos y asistenciales para hacer frente al incremento de las necesidades y el deterioro sistemático de las políticas sociales que les deberían dar respuesta en el marco de sistema público de servicios sanitarios, educativos, sociales y de garantía de ingresos. Frente al viejo modelo de sociedad desigual de personas ricas y pobres donde la compasión sustituye a la solidaridad, la justicia y los derechos sociales, se ha de apostar por *“una estrategia de coordinación efectiva de servicios sanitarios y sociales sin merma de los derechos reconocidos en ambos sistemas y sin degradar sus dispositivos prestacionales. Una estrategia en la que siguen existiendo prestaciones sociales y prestaciones sanitarias, y en la que no existen otras prestaciones sociosanitarias que las que resultan de la confluencia de las existentes en uno y otro sistema”*⁷.

B) La asistencia personal: garantía para el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental

⁷ Alianza Servicios Sociales y Sanitarios El valor de lo público. (2015). *La coordinación de los servicios sanitarios y sociales: un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales*. Málaga: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/sociosanitario/Coordinacin%20Servicios%20Sociales%20y%20sanitarios%20-%20AEDGSS.pdf>

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define en su artículo 2 la asistencia personal de la siguiente forma: *“servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”*. Así, para contribuir a la contratación de este servicio prevé en su artículo 19 una prestación económica específica dentro de las prestaciones del SAAD y, por tanto, un derecho subjetivo tal y como recoge su artículo 1.

Ya en su momento, la derogada Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), en su artículo 9 recogía la figura de la asistencia personal como un apoyo complementario para hacer efectivo el paradigma de vida independiente. De hecho, esta norma se inspiraba, entre otros, en el principio de vida independiente, entendida por tal *“la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad”* (artículo 2).

Después de la entrada en vigor de la conocida como “Ley de Dependencia”, las Comunidades Autónomas introdujeron en sus leyes de servicios sociales de “segunda” o “tercera generación” la prestación económica de asistencia personal, como una prestación esencial dentro del sistema público de Servicios Sociales. Sin embargo, pese a todo ello, todavía hoy este servicio que, como se ha indicado está incluido en el catálogo de servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), es el que ha contado con menor atención por parte de los poderes públicos.

La Convención de la ONU sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad recoge en su artículo 19 el *“derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”*. Concretamente el apartado b) de este precepto establece: *“Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la **asistencia personal** que sea necesaria **para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad** y para evitar su aislamiento o separación de esta”*.

En este mismo sentido, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad en su informe de 2016, efectúa un detallado estudio sobre el acceso al apoyo. El estudio tiene como objetivo *“concienciar a los Estados e impartirles orientación sobre el modo de garantizar el acceso a distintas formas de apoyo para las personas con discapacidad con un enfoque basado en los derechos humanos”*.

A la luz de lo anterior, en los apartados 13 y siguientes de este documento, además de explicar en qué consiste el apoyo a las personas con discapacidad y referirse a la asistencia personal, subraya la importancia de acceder a un *“apoyo de calidad como condición fundamental para vivir y participar plenamente en la comunidad haciendo elecciones como las demás personas”*.

Así, continúa este informe, **“sin un apoyo adecuado, las personas con discapacidad están más expuestas a un trato negligente o a ser institucionalizadas**. Por ello, **“la prestación de un apoyo adecuado es necesaria para hacer valer toda la gama de derechos humanos y permite a las personas con discapacidad alcanzar su pleno potencial y contribuir así al bienestar general y la diversidad de la comunidad en la que viven”**. De hecho, **“para muchas personas con discapacidad, el apoyo es una condición indispensable para participar de forma activa y significativa en la sociedad y, al mismo tiempo, conservar su dignidad, autonomía e independencia”**⁸.

Concretamente, en lo que a la asistencia personal se refiere, en su apartado 82 el estudio recuerda a los Estados Parte su obligación de **“asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la asistencia personal necesaria para vivir y ser incluidas en la comunidad tal como se establece en el artículo 19 b) de la Convención”**.

1.2. Buenas prácticas

A) SALUD MENTAL ESPAÑA vuelve a poner en marcha el proyecto ‘In-Formándonos. La autonomía es un derecho’

A lo largo de 2017 SALUD MENTAL ESPAÑA retomó la puesta en marcha del proyecto ‘In-Formándonos. La autonomía es un derecho’, finalista de los premios “La Caixa” a la innovación social. Con él se busca mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, además de promover su empoderamiento y autonomía, a través de una atención integral de estas personas y sus familias, poniendo a su alcance información, asesoría jurídica y formación.

Una de las herramientas con las que esta Confederación trabaja para ello es su Servicio de Orientación en Salud Mental, a través del cual se ofrece información actualizada, completa y adecuada sobre salud mental, derechos y la forma de ejercerlos a personas con problemas de salud mental, familiares y personas allegadas.

Esto se ha materializado en la continuidad de uno de sus vértices: el asesoramiento jurídico. Este, además de atender las demandas de las personas que acceden al mismo, realiza entre otras cuestiones un trabajo de análisis y estudio de la normativa actual en relación a los derechos de las personas con problemas de salud mental; así como de divulgación a través de informes e intervenciones en diferentes foros y espacios.

En el ámbito de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, se ofrece también asesoramiento jurídico desde la red de asesorías jurídicas de buena parte de sus federaciones autonómicas.

⁸ Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad”, A/HRC/34/58 (20 de Diciembre de 2016), disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf?OpenElement>

Por otro lado, el proyecto lleva ligada la realización de una formación de carácter presencial titulada 'Informando en primera persona', y que tiene como objetivo dotar a las personas con problemas de salud mental de la información y herramientas necesarias para que puedan desempeñar la labor de acogida y acompañamiento en las entidades a las que pertenecen. Este curso, celebrado en la sede de la Confederación en Madrid los días 6 y 7 de septiembre de 2017, ha sido impartido por un miembro del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona y por un trabajador y trabajadora sociales de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y se ha centrado en la potenciación del desarrollo de competencias y habilidades comunicativas fundamentales (escucha activa, empatía...). Asimismo, se han ofrecido pautas sobre el tipo de información que se debe conocer para poder ofrecer un asesoramiento eficaz.

B) Proyecto Actívate por la salud mental (*Projecte Activa't per la salut mental*)⁹

Actívate por la salud mental es un proyecto piloto en Cataluña que pretende lograr que las personas con problemas de salud mental o con riesgo de tenerlos, así como sus familiares, puedan convertirse en agentes de salud, activos en su propio proceso de recuperación, y mejorar así su calidad de vida.

De este modo, se pone a disposición de las personas afectadas y de sus familias un circuito estructurado que les permita el acceso a la información, la formación y el fomento del empoderamiento; así como un soporte continuado en el tiempo coordinando las acciones de las diferentes redes que intervienen en su atención.

Dentro del circuito se incluye un servicio de información (*Espai Situa't*), un servicio de formación y psicoeducación (*Proenfa*), un servicio de desarrollo del empoderamiento (*Prospect*) y un servicio de soporte continuado e indefinido basado en el contacto social (*grups d'ajuda mútua*).

El objetivo final del proyecto es integrarse en las redes públicas de atención.

C) Asistente personal en salud mental como figura en el apoyo para el ejercicio de derechos: la experiencia de la Federación Salud Mental Castilla y León

Desde la Federación Salud Mental Castilla y León se apuesta por el servicio de asistencia personal como clave para que las personas con problemas de salud mental puedan ejercer sus derechos. Por tanto, la asistencia personal se convierte en un soporte para que sean **ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho**, en las mismas condiciones de libertad y de control sobre su vida que cualquier otra persona, facilitando que puedan disfrutar del máximo nivel de autonomía en el desarrollo de su proyecto de vida.

⁹ Información disponible en: <http://activatperlasalutmental.org/>

Esto supone un cambio de paradigma en la definición de servicios y en la manera de prestar apoyos, pasando de un modelo dirigido por los profesionales a uno cuya planificación está dirigida por la propia persona beneficiaria. De este modo, la asistencia personal se sustenta en el modelo social, siguiendo el cauce de la atención comunitaria en salud mental.

Además, esta Federación ha puesto en valor el nicho de empleo que esta figura implica para las propias personas con problemas de salud mental. En este sentido, se han desarrollado varios programas formativos para que las propias personas con algún problema de salud mental puedan trabajar como asistentes personales de otras personas en situación de dependencia, bajo el modelo de “apoyo de pares”, que ya cuenta con experiencias positivas en este sentido. Así, en la actualidad el movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León cuenta con 107 personas recibiendo el servicio de asistente personal, adaptado a cada una de sus necesidades.

1.3. Recomendaciones

Según la guía elaborada por FEAFES Andalucía Salud Mental, para lograr una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales que proporcione la atención integral a personas que tienen necesidad de recibir unos y otros servicios se precisa:

1. Decidida inversión tecnológica y organizativa

Coordinar de manera efectiva los servicios sanitarios y sociales requiere inevitablemente un gasto inicial para llevar a cabo inversiones tecnológicas y organizativas necesarias que pueden incorporar sinergias que a medio y largo plazo contribuyan a una eficiencia en las prestaciones de uno y otro sistema –sanitario y social-, reduciendo los costes asociados a algunas de sus prestaciones y servicios.

Sea como sea, lo que no es viable es el diseño de un pseudosistema social y sanitario que tenga como principal objetivo reducir costes creando servicios degradados, abandonando la responsabilidad pública o incrementando de forma indiscriminada la contribución de los propios usuarios por la vía de un aseguramiento previo (seguros privados) o del copago. No se pueden plantear las cuestiones sociales y sanitarias como una estrategia de desregulación y de abandono de una efectiva responsabilidad pública.

2. Visión a largo plazo

La efectiva coordinación de los servicios sanitarios y los sociales es una estrategia, un horizonte a medio y largo plazo, y por eso se debe plantear con una visión estratégica. Pero ello no exime de la necesidad de dar pasos concretos para avanzar en ese camino. No se

puede esperar a tener una completa definición de la estrategia para poner en marcha experiencias o medidas concretas de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Quizás uno de los problemas es que se está produciendo un exceso de discursos, mientras que apenas se llevan a cabo prácticas efectivas de coordinación. Estas prácticas aportarían experiencia y generarían condiciones para avanzar en la definición e implantación de las estrategias.

3. Un marco de derechos garantizados en materia sanitaria y social

La efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales debe establecerse sobre la base de un marco de derechos garantizados en ambas materias.

4. Responsabilidad pública con participación privada

Es responsabilidad pública garantizar los derechos sanitarios y sociales. Por ello corresponde a las Administraciones Públicas la responsabilidad sobre el Sistema Público de Salud y sobre el Sistema Público de Servicios Sociales, tal y como la legislación sectorial establece en ambos sistemas.

La necesaria coordinación de servicios sanitarios y sociales no puede establecerse en un terreno de nadie, al margen de esta responsabilidad pública. No se puede plantear lo socio sanitario como una estrategia de desregularización, para crear un nuevo espacio abandonado a iniciativas empresariales donde las Administraciones Públicas queden reducidas al mero papel de espónsos que aseguren su principal base de financiación.

No se trata de vetar la actividad empresarial en el sector, siempre que aporten capacidad organizativa y prestacional. Además, es importante también la presencia de entidades sin ánimo de lucro como prestadoras de servicios que coordinen atenciones sanitarias y sociales, especialmente en el caso de aquellas entidades que representan a las propias personas afectadas o a sus familiares, y que tienen una reconocida trayectoria e implantación en esta materia.

Ahora bien, esta presencia de las iniciativas privadas (lucrativas o no lucrativas) en los servicios que incorporen atenciones sanitarias y sociales, debe hacerse sobre la base de una responsabilidad pública que requiere:

- La responsabilidad en el reconocimiento de la persona a recibir estas atenciones.
- El efectivo control del acceso a los servicios que deban proporcionarlas, señalando las condiciones de uso.
- La inspección y control efectivos sobre estos servicios.

- El liderazgo del sector asumiendo la gestión directa de una parte significativa del mismo, que aporte experiencia y constituya referencias de calidad para el conjunto de servicios que coordinen atenciones sanitarias y sociales.
- La garantía de financiación de los servicios que hagan efectivos los derechos reconocidos a las personas, mediante fórmulas de contratación de servicios y de concertación de plazas suficientes.

5. La estrategia para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere:

Prestar atenciones integradas

No se trata de integrar sistemas, sino de prestar atenciones de manera integral, mediante una estrategia que requiere integración suave y una coordinación fuerte.

Frente a lo que algunos discursos proponen, entendemos que no se debe hablar de un sector socio sanitario, cuyo resultado no es otro que un híbrido: un subsistema sanitario, integrado por centros socio sanitarios, a los que un gestor de casos deriva pacientes socio sanitarios, con un perfil vinculado a patologías y prestaciones sanitarias, y con un catálogo de servicios que ignora los existentes en el propio Sistema de Salud y en el de Servicios Sociales. Un sector socio sanitario que pretende poner los escasos recursos sociales al servicio de las prioridades del Sistema de Salud para recortar sus gastos, con un perfil vinculado a patologías y prestaciones sanitarias.

Frente a ello proponemos atenciones sociales y sanitarias combinadas en procesos personalizados. Los cuidados personalizados son la llave de la utilización racional de los recursos; así, por ejemplo, hay datos que ponen de manifiesto cómo el 55% de la población – mayor o no- no sigue su tratamiento sanitario prescrito, pero al incluir un plan de seguimiento por enfermería de los cuidados, se consigue reducir el 95% de los ingresos hospitalarios. Al aplicar una efectiva coordinación sociosanitaria se podrían obtener muchos más beneficios, tanto en la mejora de la salud como en la mejora de la convivencia de las personas. Y aunque no sea este su objetivo prioritario, tal y como hemos dicho, no cabe duda de que la práctica sostenida de esta coordinación, a pesar de requerir un gasto inicial suplementario, podría aportar una reducción de gastos en ambos Sistemas.

Un proceso único para cada persona que lo necesite, con atenciones diferenciadas. En estos procesos cada sistema deberá asumir sus responsabilidades financieras, organizativas y de control de calidad. Los servicios y centros que presten atenciones sociosanitarias corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales. Y de ninguna manera parece conveniente establecer un catálogo específico de centros socio sanitarios, por la apariencia que ello implica de una red alternativa. Cualquier dispositivo, servicio, prestación o recursos socio sanitario ha de tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a

intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.

Crear condiciones para superar asimetrías entre ambos sistemas

Son notables las diferencias que existen entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales. Diferencias de cultura, diferencia en conocimiento y arraigo social, en cuanto a recursos... Una de las principales diferencias estriba en que el Sistema de Salud adscribe sus prestaciones y servicios en base a la prescripción profesional, mientras que en el de Servicios Sociales esta adscripción se hace a través de resolución administrativa, con toda su lentitud y complejidad, y en cuyo contexto el informe profesional es un mero dictamen técnico.

Por todo eso, la efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere crear condiciones para superar estas notables diferencias, ya que de lo contrario se tratará, como de hecho suele ocurrir, de una relación asimétrica, en la cual inevitablemente el Sistema más potente, el de Salud, tenderá a fagocitar al otro, el de Servicios Sociales, utilizándolo para descargar en él algunas de las atenciones que sus gestores pueden considerar periféricas. Una de las condiciones para lograr la convergencia de ambos Sistemas es configurar zonas homogéneas en su planificación territorial, y estructuras que en cada una de ellas encuentren su correlato en el otro Sistema, tanto a nivel de atención primaria como en niveles especializados. El Proyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía contempla esta coincidencia en la zonificación de los Servicios Sociales con los Servicios del Sistema Andaluz de Salud.

Proximidad

El Sistema de Servicios Sociales tiene, como un elemento muy arraigado de su propia identidad, el valor de la proximidad. El ámbito local, el entorno vecinal como referencia de estas relaciones de proximidad y, sobre todo, el propio domicilio, constituyen las referencias esenciales sobre las que se ha desarrollado el concepto más actual de servicios sociales, y la base de todas sus estructuras.

En este sentido coincide con la importancia cada vez mayor que adquiere en el discurso y en las prácticas del Sistema de Salud, los servicios de apoyo al entorno vital de las personas. Priorizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en torno a los cuidados en el hogar, es una buena referencia sobre la que iniciar y fundamentar prestaciones integradas en ambos Sistemas. De alguna manera podemos decir que la coordinación se juega en la base, y que las estructuras que gestionan la atención primaria de ambos Sistemas tienen, por ello, un papel determinante.

Atender momentos críticos

La coordinación de servicios sanitarios y sociales no debe circunscribirse a las situaciones de dependencia o a los cuidados de convalecencia de larga duración siendo ámbitos muy importantes y que requieren una intervención social y sanitaria integrada.. Volvemos a insistir

en que tampoco se puede pensar un espacio sociosanitario para descargar en él a los expulsados del Sistema Sanitario, a pacientes y procesos que los gestores de ese Sistema consideran periféricos o de elevado coste.

La persona con necesidades sociosanitarias puede ser cualquier ciudadano que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada o integrada, sea de forma temporal o permanente. Para ello, la coordinación de servicios sanitarios y sociales debe articularse en torno a todos los vacíos existentes entre ambos Sistemas, es decir, en aquellas situaciones en las cuales la falta de apoyos sociales dificultan o limitan la eficacia de las atenciones sanitarias, o aquellas situaciones en las que la falta de atenciones sanitarias adecuadas dificultan o limitan las intervenciones de los servicios sociales. Encajarían así como objetivo de la coordinación de los servicios sanitarios y sociales todos aquellos procesos que requieren apoyos para la autonomía personal para la convivencia, cuando inciden limitaciones físicas o funcionales, tanto en el propio domicilio como en entornos de convivencia institucionalizados (viviendas tuteladas, residencias, centros de día, etc.).

Sería también objeto de esta coordinación la situación de las personas con enfermedad mental, el apoyo a las mujeres que han sido víctimas de violencia de género, el maltrato infantil, el maltrato o desatención de personas mayores, las situaciones que viven las personas sin hogar...

Pero no todas las personas con patologías clínicas o sociales de estos y otros grupos son susceptibles de atención sociosanitaria, sino solo aquellas que reúnan a la vez patología clínica y problema social añadido. Esto quiere decir que cada uno de ambos sistemas deberá seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro Sistema.

En todo caso sería muy importante una acción preventiva que implique a los dos sistemas, basada en formación en derechos, en salud y en formación a cuidadores principales.

Información y conocimientos compartidos

La eficacia en la coordinación de servicios sociales y sanitarios requiere desarrollar una cultura organizativa y profesional compartida. Son pasos necesarios para ello compartir información, llevar a cabo investigaciones conjuntas, realizar acciones de formación para profesionales de uno y otro Sistema, y realizar una evaluación conjunta de los procedimientos y servicios en los que se articule y desarrolle esta coordinación.

- *Información*

Resulta evidente la necesidad de compartir información para poder coordinar eficazmente atenciones sanitarias y sociales. Para ello habrá que establecer los correspondientes protocolos. Ahora bien, no consideramos oportuno integrar la Historia Sanitaria y la Historia Social, fundamentalmente porque una y otra tienen diferentes unidades de

información y corresponden a Sistemas con estructuras, prestaciones y servicios diferenciados con necesidades de información muy diferentes.

- *Investigación*

Es necesario llevar a cabo investigaciones en torno a elementos de interés común para la mejor atención a las necesidades sanitarias y sociales que exigen esta coordinación, por ejemplo, en materia de nuevas tecnologías (de la información, de autocuidados, de atenciones en el hogar, para superar limitaciones funcionales...).

- *Formación*

El entrenamiento y la formación conjunta de los/as profesionales de uno y otro sistema es asimismo condición para lograr un conocimiento compartido.

- *Evaluación*

La evaluación conjunta de los procedimientos, resultados e impactos de las atenciones que se prestan de forma coordinada, es una de las vías necesarias para avanzar en el conocimiento compartido a partir del análisis y de la reflexión de la propia experiencia.

- *Empoderamiento y autocuidados*

El Sistema de Salud y el de Servicios Sociales al -ofertar de forma integrada sus atenciones en aquellas situaciones que así lo precisan, deben compartir el objetivo de favorecer el empoderamiento de las personas afectadas y sus capacidades para el autocuidado. Uno y otro Sistema deben compartir estrategias de motivación y de aprendizaje para desarrollar en las personas y en su entorno las máximas capacidades de autocuidado.

2. DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Artículo 6 CDPD

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

2.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Perspectiva de género: Asignatura pendiente en salud mental

La perspectiva de género continúa siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la salud mental. No se cumplen los estándares internacionales¹⁰ y este enfoque continúa excluido en materia de salud mental de manera injustificable. Esto perjudica la consecución del objetivo de igualdad de género, condicionando también el efectivo ejercicio de otros derechos fundamentales de la persona¹¹.

La falta de formación en esta materia se acumula a la ya existente en salud mental, por lo que las vulneraciones de derechos se manifiestan unas veces con toda su crudeza y otras de forma más velada, pero siempre de manera continuada y contribuyendo a la consolidación y aumento del estigma.

Pese a que España está obligada a respetar los instrumentos internacionales de derechos humanos en cuanto a la protección de sus ciudadanos y ciudadanas de cualquier violación de derechos recogida en las convenciones o tratados, todavía a muchas mujeres y niñas con

¹⁰ Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Recuperado de:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Asimismo, se puede obtener información relacionada en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11570c>

¹¹ El Consejo de Europa definió el mainstreaming de género como «la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas». En este sentido ver: Comisión Europea. (2008). *Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=es>

trastorno mental se les priva de su derecho a fundar una familia y, aún más, se llega incluso a dañar su integridad corporal. Sin embargo, prácticas como la esterilización forzada y el aborto coercitivo continúan vigentes en nuestro país, efectuándose bajo el paraguas de “lo que es mejor para ellas”.

Como expresa la psiquiatra Cristina Polo, aplicar una perspectiva de género “implica reconocer que las violaciones de derechos humanos tienen diferentes causas, consecuencias e impacto en relación con ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo”¹². De hecho, esta afirmación llevada a la práctica, condujo en 2016 al reconocimiento por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Centro de Salud Mental de Hortaleza, perteneciente al Hospital Universitario Ramón y Cajal, con un certificado de Buenas Prácticas - BBPP- por el trabajo que lleva por título: “Visibilización de la Violencia de Género en consultas sanitarias: un proyecto de Atención Primaria y Salud Mental”.

En este proyecto, coordinado por las profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica, Cristina Polo Usaola, Marisa López Gironés, Patricia Fernández Martín, Sandra Muñoz Sánchez y Adela San Vicente Cano, se utilizó un diseño de encuesta de carácter transversal cuyos resultados se completaron con datos sociodemográficos y clínicos. Del análisis de los resultados se pudo concluir que un 36,9% de mujeres habían sufrido violencia -psicológica, física y/o sexual- por parte de su pareja o ex pareja a lo largo de su vida y un 18,1% la habían sufrido en el último año. Además, se observó que la mayoría de profesionales no evaluaban la violencia de género de forma habitual¹³.

Por ello, es preciso seguir reclamando la incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas en materia de salud mental, a fin de lograr una efectiva aplicación de los derechos humanos.

B) Análisis de las demandas atendidas en el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género

En coherencia con lo expuesto y a fin de poner el foco de atención en realidades generalmente invisibilizadas, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA continúa analizando la incidencia del factor género con el fin de sacar a la luz esta realidad, como ha venido haciendo en años anteriores¹⁴.

¹² Polo Usaola, C. (28 de marzo, 2013). ¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada “Ideología de género”? [Artículo en web]. Recuperado de <https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

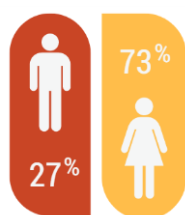
¹³ Hospital Universitario Ramón y Cajal (8 de julio, 2016). Reconocida como Buena Práctica un Centro de Salud Mental del Ramón y Cajal [Noticia en web]. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354600317154&language=es&pageid=1142404671257&pagename=HospitalRamonCajal%2FCM_Actualidad_FA%2FHRYC_actualidad

¹⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe desagregado por género de las demandas de asesoría jurídica durante el año 2016.

Este estudio, basado en los datos recabados durante el año 2017, analiza cuatro indicadores básicos:

1. Porcentaje de demandas atendidas
2. Perfil de las/los demandantes de asesoramiento
3. Modo de acceso al servicio
4. Tipo de demandas planteadas

1. Porcentaje de demandas atendidas



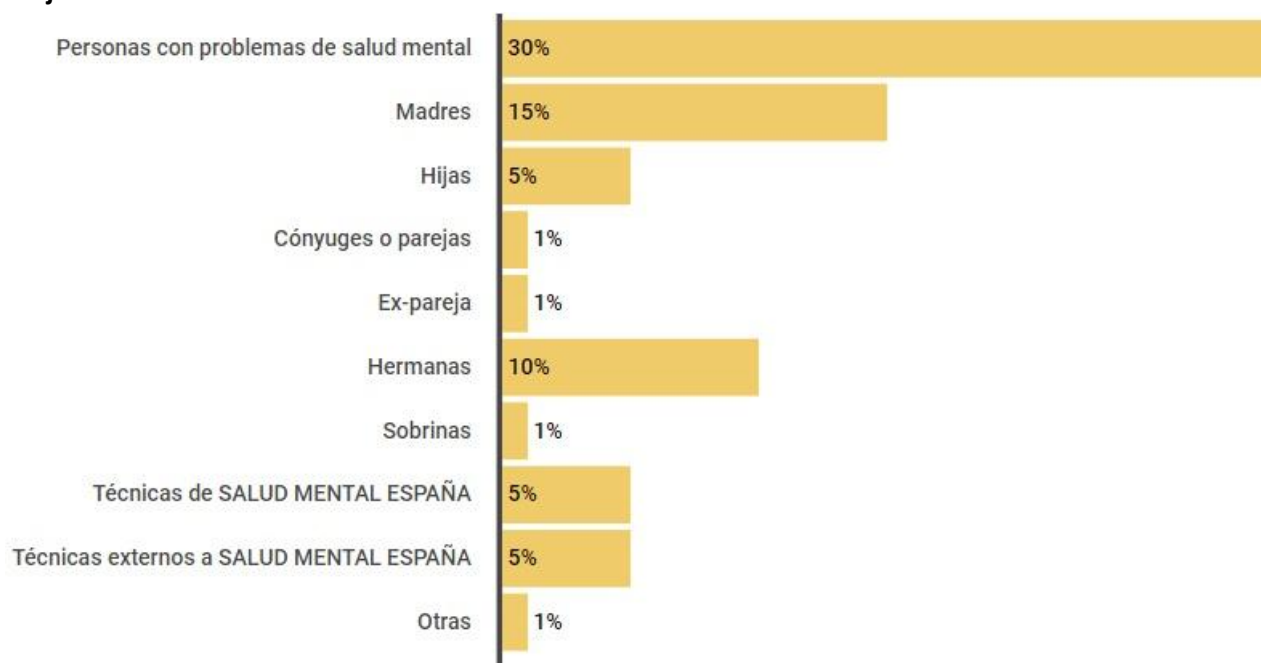
Se han atendido un total de 157 demandas, de las cuales un 27% han sido efectuadas por hombres y un 73%, por mujeres.

2. Perfil de las/los demandantes de asesoramiento

A la hora de estudiar el perfil de las personas que utilizan el Servicio de Asesoría Jurídica se han tenido en cuenta los siguientes ítems:

- Se trata de una persona con problemas de salud mental;
- Se trata de una persona vinculada afectivamente por lazos de familia o de otro tipo (padre o madre, hijas/os, hermanas/os, cónyuge o pareja, etc.);

Mujeres



Hombres



Los datos revelan que, en términos porcentuales, hay un mayor empoderamiento de las mujeres con respecto a los hombres, sin menoscabo del tradicional rol de cuidadoras que habían venido ejerciendo en años anteriores.

3. Modo de acceso al servicio

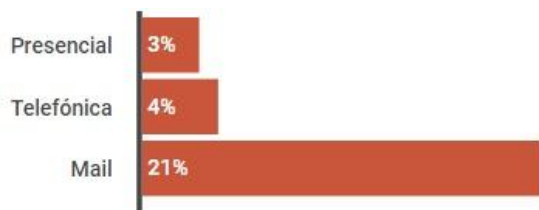
El Servicio de Información de SALUD MENTAL ESPAÑA se encarga de atender y derivar las demandas de orientación y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la atención y la promoción de la salud mental que llegan cada día a esta Confederación. Una vez realizada una valoración inicial, desde el Servicio de Información se puede derivar al recurso más adecuado a cada caso. Entre los recursos disponibles se encuentra el Servicio de Asesoría Jurídica, el cual atiende por vía electrónica (e-mail), telefónica y presencial.

En 2017, el modo de acceso al Servicio de Asesoría Jurídica, desagregado en función del género, ha sido el siguiente:

Mujeres



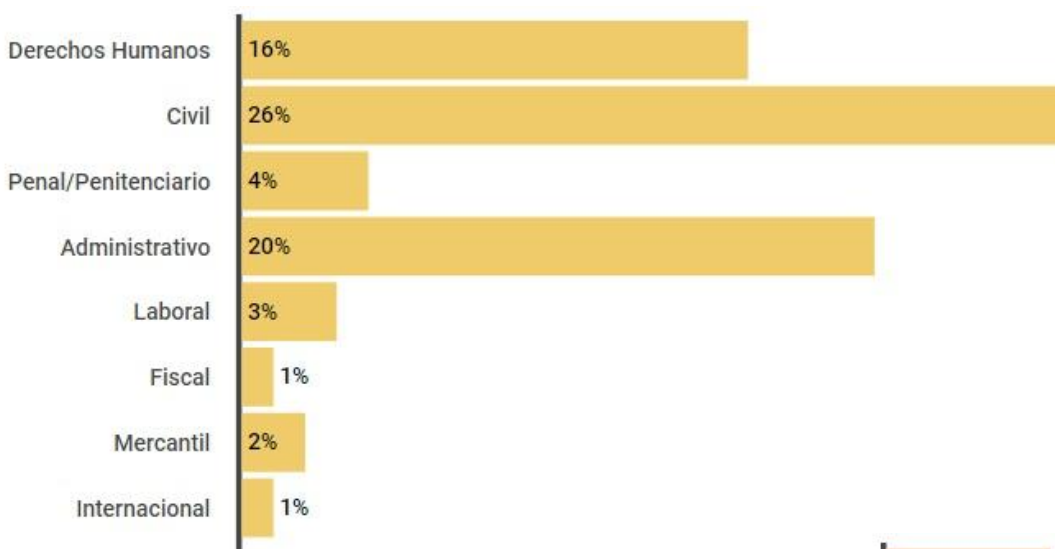
Hombres



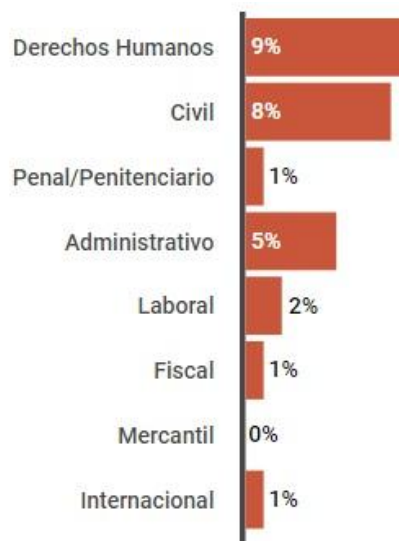
El 59% del total de demandas del Servicio de Asesoría Jurídica se han producido por e-mail, mientras que un 17% fueron atendidas presencialmente y el 24% restante por vía telefónica. En este periodo se advierte una mayor preferencia de las mujeres por la vía presencial o telefónica, aunque en todos los casos el correo electrónico ha sido el recurso más utilizado.

4. Tipo de demandas planteadas

Mujeres



Hombres



2.2. Vulneraciones

A) Ausencia de recursos de acogida específicos para las víctimas de violencia de género con trastorno mental

Las mujeres con problemas de salud mental se enfrentan a graves impedimentos para acceder a los recursos de acogida diseñados para las mujeres que sufren violencia de género¹⁵.

Esta realidad ha sido recogida en la Guía “Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental” publicada por la Federación vasca de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES) en 2017 y por el informe de la ponencia para un Pacto de Estado contra la Violencia de Género aprobado en el Senado que reclama modificar los reglamentos de las casas de acogida para que ninguna víctima con discapacidad pueda ser rechazada por este motivo, como sucede en la actualidad. El informe pide asegurar la accesibilidad a todos los recursos (sanitarios, sociales, judiciales y de acogida) a las víctimas con discapacidad y en su elaboración ha participado Cermi Mujeres que recalca: *"todo esto habrá de regularse en estrecha colaboración con las comunidades autónomas, que son las que tienen la potestad en este terreno"*¹⁶.

Para ello se exigen, entre otros aspectos importantes, campañas específicas dirigidas a este colectivo, así como formación especializada sobre violencia de género para todos los agentes que trabajen con personas con discapacidad (personal sanitario, asistentes sociales, psicólogos, educadores y agentes de los cuerpos de Seguridad del Estado); a fin de que sean capaces de identificar cuándo estas mujeres pueden estar sufriendo violencia de género¹⁷.

B) Abusos sexuales y otras formas de violencia en lugares de custodia de personas con problemas de salud mental

La propensión a la violencia es mayor en sistemas cerrados, jerarquizados y lejos de la mirada pública. El silencio se impone o autoimpone en estos contextos por miedo a las represalias, la

¹⁵ Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). (2017). *Guía Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. Llodio (Álava): Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). Recuperado de <http://www.fedeafes.org/blog/fedeafes-exige-una-adecuada-atencion-a-las-mujeres-con-enfermedad-mental-que-sufren-violencia-de-genero/>

¹⁶ Servimedia (27 de julio, 2017). El Senado pide que las casas de acogida no excluyan a las víctimas con discapacidad [Noticia en web]. Recuperado de: <http://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-senado-pide-que-las-casas-de-acogida-no-excluyan-las-victimas-con> Más información en: Senado de España, Comisión de Igualdad. (28 de julio, 2017). Ponencia de estudio para la elaboración de estrategias contra la violencia de género, constituida en el seno de la Comisión de Igualdad. Madrid: Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado. Recuperado de

http://www.senado.es/legis12/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_12_131_1154.PDF

¹⁷ *Ibíd.*

falta de protocolos que garanticen el acceso a la justicia y las barreras que se alzan por la falta de recursos de apoyo adecuados¹⁸.

En su informe de 2008, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes puso de relieve esta realidad al denunciar que *“dentro de las instituciones, las personas con discapacidad pueden verse expuestas a la violencia ejercida por otros pacientes o internos, así como por el personal de la institución”*.

Subraya, no obstante, que *“la violación bajo custodia constituye tortura cuando es infligida por funcionarios públicos, a instigación suya o con su consentimiento o aquiescencia, incluidos los funcionarios que trabajan en los hospitales, las instituciones de atención sanitaria y otras instituciones semejantes”*.

Por lo tanto los Estados, en cumplimiento del artículo 16 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, *“tienen la obligación de adoptar todas las medidas que sean pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso y proteger a las personas con discapacidad de estos actos, tanto en el seno del hogar como fuera de él, incluidos los aspectos relativos a su género, y de investigar y perseguir a los responsables”*.

El Relator Especial señala además que tener *“marcos legislativos y prácticas discriminatorias tales como leyes que les priven de su capacidad jurídica o que no les aseguren un acceso equitativo a la justicia”* constituyen uno de los múltiples modos de *“consentir la violencia contra las personas con discapacidad”*, *“lo cual da lugar a la impunidad de esos actos de violencia”*¹⁹.

Uno de los problemas que se enfrentan a la hora de abordar este problema en el ámbito de la salud mental es la escasez de estudios que analicen el riesgo de victimización de las personas con problemas de salud mental; lo cual se debe, entre otros factores, al estigma que conduce a no dar credibilidad al testimonio de las personas de este colectivo o al autoestigma, que nace precisamente de este previsible rechazo social y conduce a la desvalorización de la propia experiencia.

Dado que la victimización violenta es un problema de salud pública grave, es urgente que se efectúe un diagnóstico riguroso de la situación de las personas con trastornos mentales sometidas a diferentes formas de violencia (abusos sexuales, agresiones físicas y psicológicas, violencia de género, acoso escolar, abandono o negligencia en niños y niñas, robos, etc.) en

¹⁸ Federación Vida Independiente. (30 de octubre, 2013). La institucionalización aumenta el riesgo de explotación, violencia y abuso [Noticia en web]. Recuperado de <https://federacionvi.org/la-institucionalizacion-aumenta-el-riesgo-de-explotacion-violencia-y-abuso/>

¹⁹ Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, A/63/175 (28 de julio de 2008). Recuperado de <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2>

contextos de custodia que pueden ir desde los centros de reinserción laboral a los centros hospitalarios y penitenciarios²⁰.

2.3. Buenas prácticas

A) Investigación sobre la violencia contra las mujeres

FEDEAFES, entidad miembro de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, ha publicado en 2017 la Guía “Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental”²¹.

Esta guía recoge las principales conclusiones de la investigación sobre violencia contra las mujeres con trastornos mentales, realizada por la Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES) durante los años 2015 y 2016. El estudio destaca que la gravedad, extensión y consecuencias de la violencia contra las mujeres ha provocado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considerara, en el año 2005, como un problema mundial de salud pública. Sin embargo, pese a ello y la progresiva toma de conciencia en nuestra sociedad de las dimensiones de esta lacra, las mujeres con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) ven cuestionada sistemáticamente su condición de víctimas bajo argumentos tales como que su relato no es veraz debido a la descompensación psicopatológica, que son episodios que provocan ellas con su comportamiento o que si se visibiliza una situación de violencia, la mujer se puede descompensar, una idea extendida entre los profesionales de la salud que carece de fundamento científico. Por lo tanto, su situación queda invisibilizada.

El documento denuncia que está tan arraigado en nuestra sociedad el mito de que las personas con trastornos mentales son violentas, que cuesta trabajo visualizar la violencia que sufren. Sin embargo, los estudios cuantitativos que se han realizado en el ámbito estatal arrojan cifras escalofriantes:

3 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave (EMG) han sufrido violencia en el ámbito familiar o/y en la pareja alguna vez en su vida.

- Alrededor del 80% de las mujeres con EMG que han estado emparejadas en algún momento de su vida han sufrido violencia procedente de la pareja.

²⁰ Loínaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos Mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 19 (2), pp. 421-438. Recuperado de <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Loínaz-2011.TRASTORNOS-MENTALES.pdf>

²¹ Extraído de las conclusiones del Comité Jurídico de SALUD MENTAL ESPAÑA, en reunión de 23 de septiembre de 2017. Asimismo, Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). (2017). *Guía Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. Llodio: Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). Recuperado de <http://www.fedeafes.org/blog/fedeafes-exige-una-adecuada-atencion-a-las-mujeres-con-enfermedad-mental-que-sufren-violencia-de-genero/>

- El 52% de las mujeres con EMG que conviven con familiares han sido victimizadas en el último año.
- El riesgo que tiene una mujer con problemas de salud mental de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres en general.
- Al igual que en resto de la población femenina, el tipo de violencia más frecuente en la pareja es la psicológica. Sin embargo, la violencia física y la sexual son también muy elevadas:
 - Más de la mitad de las mujeres con EMG que han estado en pareja han sufrido violencia física.
 - Algo más del 40% han sufrido violencia sexual.
- Más del 40% de las mujeres con EMG que están sufriendo violencia en la pareja en la actualidad no la identifican como tal.
- En la mitad de los casos, la o el profesional de referencia en la Red de Salud Mental de la mujer no conocía la existencia del maltrato ocurrido durante el último año.

Este documento, en definitiva, recoge los factores que aumentan el riesgo de sufrir violencia y presenta propuestas para prevenir estas situaciones.

B) Taller dedicado a ‘Mujeres y Salud Mental’

Con el fin de generar un espacio de formación, reflexión y empoderamiento para mujeres con problemas de salud mental y propiciar que el conocimiento generado y las demandas planteadas se extiendan dentro de la red SALUD MENTAL ESPAÑA, la Confederación organizó un Taller Residencial bajo el título ‘Mujeres y Salud Mental’, que tuvo lugar del 27 al 29 de octubre de 2017 en Madrid y constituyó una de las actividades que han formado parte del programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Según el último informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad del 31 de diciembre de 2014, en España existen 228.501 mujeres con grado de discapacidad reconocido igual o mayor al 33% por causa de patología mental, representando un 50,27% del total. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión, que afecta más a las mujeres que a los hombres, es el problema de salud mental más frecuente y la principal causa de discapacidad en el mundo.

El taller ha estado dirigido a un grupo compuesto por veinticuatro mujeres con problemas de salud mental procedentes de las entidades que conforman el movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA (socias de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA, integrantes de Comités Pro Salud

Mental en Primera Persona, miembros de las juntas directivas y personal técnico) en el que se plantearon cuestiones, se intercambiaron ideas y se generó un conocimiento en común relacionado con la dimensión de género y sus implicaciones en la salud mental.

Durante el taller, dinamizado por personal técnico de la Confederación y por una especialista en género y salud mental, se trataron temas como la autopercepción, la imagen social, la violencia, la autoestima, los derechos sexuales y reproductivos, el empleo, el estigma o el feminismo.

El género es una construcción socio-cultural asociada a cada sexo, una categoría artificial basada en estereotipos, mitos o falsas creencias que generan modelos impuestos con los que nos socializamos e identificamos y que posicionan socialmente de forma desigual a mujeres y hombres.

Esta situación de desigualdad puede tener un impacto en la salud mental de las mujeres. De hecho, si se presta atención a la información que se desprende de los diferentes programas y proyectos en la red SALUD MENTAL ESPAÑA, se observa la tendencia de un uso de los recursos puestos a disposición significativamente inferior por parte de las mujeres con problemas de salud mental. Así, si se tiene en cuenta que las mujeres con problemas de salud mental representan un 50,27% del total, esta tendencia podría estar relacionada con una menor participación en los espacios públicos y con la consiguiente disminución de recursos y redes de apoyo con los que podrían estar contando para su tratamiento y recuperación.

Por ese motivo, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha planteado la necesidad de trabajar los problemas de salud mental desde una perspectiva de género, de lo cual este taller es una muestra²².

C) Jornada sobre “La violencia contra las mujeres con problemas de salud mental. Atención y prevención”²³

La Jornada sobre “la Prevención de violencia sobre las mujeres con problemas de salud mental” organizada por FEAFES Andalucía Salud Mental, tiene por objetivo general sensibilizar a las personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de las instituciones públicas y movimiento asociativo del ámbito de la salud mental.

Según la entidad, los objetivos específicos de esta formación son:

²² Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (30 de octubre, 2017). Se celebra el primer taller ‘Mujeres y Salud Mental’ de SALUD MENTAL ESPAÑA [Noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/primer-taller-mujeres-salud-mental-espana-34639/>

²³ FEAFES Andalucía Salud Mental. (14 de marzo, 2017). La violencia contra las mujeres con problemas de salud mental. Programa [Noticia en web]. Recuperado de: <http://feafesandalucia.org/prensa/noticias/la-violencia-las-mujeres-problemas-salud-mental-atencion-prevencion/>

- a. Analizar la situación actual de las mujeres con problemas de salud mental en riesgo o víctimas de violencia en los diferentes entornos, recursos y servicios.
- b. Formar sobre las herramientas existentes y proponer otros posibles métodos de prevención, de detección y de atención a situaciones de violencia de género en mujeres con problemas de salud mental.
- c. Informar y dar a conocer las actuaciones de buenas prácticas existentes.
- d. Analizar y proponer posibles actuaciones de mejora en la prevención de situaciones de violencia contra mujeres con problemas de salud mental así como en la detección y atención de estos casos.

D) Jornada “Salud mental y mujer”²⁴

La Jornada “Salud mental y mujer”, organizada por ANASAPS, ha buscado “*visibilizar la situación de discriminación múltiple que pueden sufrir las mujeres con problemas de salud mental*”, pretendiendo “*reflexionar sobre la necesidad de incluir la dimensión de género en cuestiones relacionadas con la salud mental, ya que durante mucho tiempo esta ha sido excluida*”.

La asociación navarra ha explicado que, para lograrlo, es preciso “*que todos los agentes relacionados con la salud mental incorporen dicha perspectiva*” y así “*generar un cambio social*”.

2.4. Denuncia

A) Una investigación impulsada por la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior del Gobierno de España delimita un perfil de perpetradores de homicidios machistas asociado al trastorno mental

A raíz de las últimas noticias publicadas por el diario El País acerca de los avances de una investigación impulsada desde la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior del Gobierno de España sobre “homicidios de pareja” con el objeto de dibujar un perfil feminicida para poder predecir dichos homicidios, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA manifestamos nuestra disconformidad con el perfil de persona que, según parece, se está identificando como agresor.

²⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2017). XXVI Jornada ‘Salud Mental y Mujer’ de ANASAPS [artículo en web]. Recuperado de: <https://consaludmental.org/eventos/xxvi-jornada-salud-mental-y-mujer-de-anasaps-34339/>

Según el artículo publicado por el diario El País el 10 de julio de 2017, “El crimen machista, a examen (I) ¿Por qué los hombres matan a las mujeres?”²⁵, el perfil que se dibuja como agresor machista teniendo en cuenta las variables psicosociales identificadas como las más comunes (maldad y locura trastorno) es el siguiente:

“Según los primeros análisis del minucioso trabajo, habría un 20% de agresores que podrían considerarse ‘sociópatas’, hombres con dificultades de integración social, con antecedentes penales o policiales; un 30% que serían inestables emocionalmente. Y un 5% podría clasificarse como psicópatas”.

Esto quiere decir que, según el estudio que se está realizando, el 45% de las personas que cometen homicidios machistas, es decir feminicidios, tiene un trastorno mental.

En España, más de un millón de personas tienen un problema de salud mental grave. Sin embargo sigue habiendo poca información al respecto, lo cual provoca un desconocimiento que genera una serie de prejuicios asociados por parte de la sociedad en general hacia las personas con problemas de salud mental. Existe en el imaginario colectivo la idea de que los problemas de salud mental son un reflejo de “debilidad de carácter” o una consecuencia de haber desarrollado “malos hábitos” a lo largo de la vida. Estas ideas prejuiciosas culpabilizan a las personas con problemas de salud mental de tener un determinado trastorno lo que desencadena, por ende, actitudes e ideas estigmatizantes muy alejadas de la realidad clínica y social.

El mito que asocia el trastorno mental con la perpetración de actos violentos está carente de fundamentación científica. No se puede concluir que las personas con trastornos mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que las personas sin problemas de salud mental. Muy al contrario a este prejuicio presente en el imaginario colectivo, las personas con problemas de salud mental son generalmente más vulnerables a sufrir actos violentos y convertirse así en víctimas de abusos, malos tratos y vulneraciones de derechos fundamentales, como se viene recogiendo en los informes sobre el estado de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales en España que publicó la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en los años 2016 y 2017. Además y de forma específica, las mujeres con problemas de salud mental están expuestas al mismo tiempo a sufrir violencia machista.

Es decir, el machismo es la base y el corazón mismo que fundamenta este tipo de violencia por lo que constituiría un acto de irresponsabilidad, además de contrario a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España en 2008, desviar el foco de atención contra las personas con problemas de salud mental, revictimizándolas y vulnerando sus derechos fundamentales.

²⁵ Ortega Dolz, P. (10 de julio, 2017). ¿Por qué los hombres matan a las mujeres? *El País*. Recuperado de https://politica.elpais.com/politica/2017/07/08/actualidad/1499533272_517542.html

2.5. Recomendaciones

Siguiendo las aportaciones incorporadas en el citado estudio de FEDEAFES, se recomienda:

1. Realizar protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación, tanto a nivel autonómico como local, en los que se incluya a la Red de salud mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
2. Proporcionar formación en violencia a todos los profesionales que realizan atención directa a mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
3. Proporcionar formación sobre recursos especializados en violencia a todas las personas profesionales que hacen atención directa a mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
4. Establecer equipos interdisciplinares que trabajen coordinadamente.
5. Proporcionar una respuesta a las mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial) que se quedan fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica especializada en violencia.
6. Designar psiquiatras de referencia que atiendan de forma preferente cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia.
7. Designar psiquiatras de referencia que trabajen con los servicios de atención psicológica especializada en violencia.
8. Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de cada mujer contempladas desde un enfoque interseccional.
9. Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones.
10. Incluir la violencia contra las mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial) en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.
11. Incluir la violencia contra las mujeres con trastorno mental en todos los recursos destinados a violencia de género.
12. Crear en los recursos destinados a violencia de género que sean procedentes un servicio experto en violencia que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales.

13. Incluir en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales –dependencia, desprotección, riesgo de exclusión- la violencia en el ámbito de la pareja, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia. Registrar también la existencia o sospecha de trastorno mental.

14. Incluir a las asociaciones del ámbito de la salud mental en el trabajo sobre prevención y detección de violencia que se realiza con el movimiento asociativo.

3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Artículo 7 CDPD

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

3.1. Aspectos a tener en cuenta

A) La dificultad para acceder a los servicios de psicología, más que a cualquier otra especialidad sanitaria, pone en riesgo la salud mental de los jóvenes

Un estudio internacional en el que participa la Universidad Miguel Hernández de Elche revela que dos de cada diez jóvenes ha sufrido a lo largo de su vida algún trastorno mental y, en concreto, problemas de ansiedad, depresión o ha consumido sustancias estupefacientes. Este trabajo de investigación forma parte de 'UniverSal' (Universidad y Salud Mental)²⁶ que es un proyecto coordinado a nivel estatal por el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) y forma parte de una iniciativa internacional desarrollada conjuntamente con la Universidad de Harvard y la Universidad Católica de Bélgica, realizándose en otros países representados en el consorcio *World Mental Health College Surveys*²⁷.

²⁶ UniverSal se enmarca dentro del proyecto UMH Saludable, con el fin de promocionar la salud en todos los ámbitos académicos a través del desarrollo de una cultura de hábitos saludables.

²⁷ Universidad Miguel Hernández de Elche. (9 de febrero, 2017). Participación en un estudio para identificar factores asociados a la salud mental en jóvenes que inician los estudios universitarios. Recuperado de <http://comunicacion.umh.es/2017/02/09/participacion-en-un-estudio-para-identificar-factores-asociados-a-la-salud-mental-en-jovenes-que-inician-los-estudios-universitarios/>

Mas, José A. (12 de febrero, 2017). Un estudio revela que dos de cada diez jóvenes sufre alguna enfermedad mental. *Información*. Recuperado de <http://www.diarioinformacion.com/elche/2017/02/10/estudio-revela-diez-jovenes-sufre/1858824.html>

Su objetivo es identificar factores asociados al bienestar psicológico y a la salud mental en jóvenes que inician los estudios universitarios, además de identificar aquellos factores que promueven o ponen en riesgo la salud mental. Sin embargo, los investigadores de la UMH afirman que estos datos son extrapolables a jóvenes no universitarios, así como a niños, niñas y adolescentes, siendo lo más grave el hecho de que la gran mayoría (más del 75% de personas afectadas) nunca han acudido a una consulta psicológica. El motivo, más allá del estigma asociado a este tipo de trastornos, es la dificultad que implica acceder a los servicios de psicología, más que a cualquier otra especialidad sanitaria.

La realidad actual es que la cantidad de menores de dieciocho años que están siendo diagnosticados de algún trastorno mental se está triplicando en los últimos años en algunas zonas del país, especialmente aquellas en las que se está prestando atención al problema. Entre los factores que inciden en este incremento se encuentra la propia evolución social que permite un diagnóstico precoz, cambios en las estructuras familiares, etc. Sin embargo, esta realidad no es igual en todo el territorio nacional²⁸.

3.2. Vulneraciones

A) Abusos sexuales y salud mental: un espacio de impunidad

En su informe ‘Ojos que no quieren ver’, publicado en 2017, la organización Save the Children ha denunciado los fallos del sistema a la hora de abordar la realidad invisibilizada de los abusos sexuales a niños y niñas en España. Este informe revela que las consecuencias del abuso son variables en cada niño y niña. No obstante, el informe pone de relieve que *“entre 6 y 8 víctimas de cada 10 se ven afectados/as a corto plazo en distinto grado, y en un porcentaje nada desdeñable de casos los efectos son tan intensos que llegan a provocar síntomas clínicos relevantes”*²⁹.

Este documento destaca que *“la depresión es un trastorno más común entre aquellos y aquellas que sufrieron abusos sexuales en su infancia que entre los y las que no los padecieron; también entre los primeros hay una mayor incidencia de intentos de suicidio. Al tratarse además de un abuso de poder sobre un ámbito íntimo y en desarrollo, es frecuente observar efectos relacionados con la sexualidad como dificultades para relajarse en situaciones íntimas, anorgasmia, erotofobia o promiscuidad”*³⁰.

²⁸ Echavarren, S. (24 de enero, 2017). 3.600 adolescentes y niños, en tratamiento por enfermedades mentales. *Diario de Navarra*. Recuperado de http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2016/01/25/3600_adolescentes_ninos_tratamiento_por_enfermedades_mentales_391513_300.html

²⁹ Marcos, L., Ubrich, T., Ardila, C., Bartolomé, A.. (2017). Ojos que no quieren ver. Madrid: Save the Children España, Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/ojos_que_no_quieren_ver.pdf

³⁰ *Ibíd.*

3.3. Buenas prácticas

A) Programa 'Kidstime'³¹

Según información publicada en la web de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Kidstime Barcelona es el primer programa de prevención primaria y de intervención multifamiliar que se desarrolla a nivel estatal. Según esta misma publicación, en el resto de España el seguimiento que ofrecen los servicios de salud mental a las familias todavía se hace por separado: por un lado la atención dirigida a los adultos y, por otro, la focalizada en el ámbito infantil y juvenil. Sin embargo, en el programa se trabaja con los hijos y los padres de forma integrada y coherente, y también entre los profesionales de la red de salud mental infanto-juvenil y la de adultos.

Esta información refiere que los primeros talleres Kidstime se remontan al año 1999 en Inglaterra. Sus objetivos son facilitar una respuesta adecuada a los problemas que experimentan tanto los progenitores con enfermedad mental como sus hijos e hijas, e impulsar actitudes resilientes (protectoras), especialmente en estos últimos, para prevenir posibles trastornos mentales. También se pretende fomentar la unidad familiar y establecer relaciones de calidad con un vínculo positivo.

Esto tiene su razón de ser en la realidad de que los hijos e hijas de personas con un problema de salud mental presentan estrés asociado al hecho de tener que asumir el rol de cuidador de su padre o madre con trastorno mental y también falta de confianza en sí mismos, miedo y confusión por el desconocimiento del trastorno mental y sus tratamientos, así como por la dificultad para comprender el comportamiento de sus progenitores. Esta carencia a menudo provoca que sigan estilos educativos inadecuados, con escaso apoyo y elevada crítica y coerción.

Este documento continúa explicando que en el caso de los padres y madres, a menudo se sienten estigmatizados, con dificultades para percibir y dar una respuesta adecuada a las necesidades de sus hijos e hijas. También son frecuentes los sentimientos de temor, vergüenza y culpa, así como la pérdida de confianza y competencia en las funciones parentales.

3.4. Denuncia

A) Faltan recursos en materia de salud mental de los niños y niñas adoptados

La Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se hace eco de la demanda de familias con niños y niñas adoptados que presentan problemas de salud mental y que se enfrentan a una ostensible falta de recursos de prevención y atención, lo que conduce a situaciones agravadas que podrían haberse atajado con un abordaje adecuado desde el principio.

³¹ Esta información se ha extraído de Comunicación Parc Sanitari SJD. (2016). Programa Kidstime para niños y niñas y jóvenes vulnerables [artículo en web]. Recuperado de <http://www.ohsid.es/reportaje/programa-kidstime-ninos-ninas-juvenes-vulnerables>

En 2017 se celebró en Málaga el II Foro sobre Infancia y Adolescencia, teniendo la adopción como tema central. En el curso del mismo, la psicóloga clínica de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, Susana Ortigoso, ha afirmado que los niños adoptados pueden presentar dificultades que les conduzcan a ser etiquetados con diagnósticos como trastornos de déficit de atención, trastornos disociales, oposicionistas, desafiantes o dificultades específicas del aprendizaje. Así, puesta la etiqueta, se desvía la atención de lo que verdaderamente implica la adopción tanto para el niño como para los padres: *"un importante trabajo de filiación y de construcción de vínculos"*.³²

En este mismo contexto, la psicóloga y psicoanalista experta internacional en esta materia, Beatriz Janin, ha indicado que el niño *"tendrá que hacer duelo por todo lo conocido y comenzar a ligarse con esas nuevas personas que lo adoptan"*. Esta profesional destaca que *"para los padres adoptantes también hay un trabajo complejo, ya que tendrán que aceptar las diferencias y ayudar a que esa persona sea alguien en quien puedan reconocerse"* y para ello, es necesaria una reflexión *"para poder intervenir facilitando el despliegue psíquico del niño y la relación de este con su familia adoptante"*. Así, *"pensar cómo intervenir es un modo de luchar contra la idea de que la única solución es adaptar o medicar"*.

Además, todavía hay un problema adicional poco conocido y observado por los médicos españoles: el Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), producido como consecuencia del uso materno del alcohol durante embarazo. Además de las secuelas que el consumo de alcohol por la madre biológica puede dejar en el feto, se añaden problemas cognitivos, de comportamiento y de socialización, que brotan especialmente en la adolescencia³³.

En España aún no existen cifras oficiales pero un estudio realizado en Suecia en 2010 por el Hospital Skaraborg de Skovde determinó que un 52% de las adopciones suecas en el denominado Cinturón del Vodka (fundamentalmente Rusia, Bielorrusia, Ucrania y ex repúblicas soviéticas) lo padece. Desde el GREI (Grupo de Investigación en Infancia y Entorno del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas de Barcelona) se han diagnosticado ya 400 casos en la fecha de publicación de la noticia (23 de abril de 2017). Sin embargo, dado que los síntomas del SAF se confunden con los del Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, desde este Grupo de Investigación se considera que hay muchos niños mal diagnosticados y, por tanto, se estaría tan solo ante la punta del iceberg³⁴.

Según información publicada por la Asociación de familias de hijos e hijas con TEAF (SAF Group) el pronóstico de cada niño o niña estará condicionado por la gravedad de la afectación del

³² Europa Press. (2017). Expertos dicen que la adopción requiere para padres y niños: un importante trabajo de construcción de vínculos. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20170209/414182693305/expertos-dicen-que-la-adopcion-requiere-para-padres-y-ninos-un-importante-trabajo-de-construccion-de-vinculos.html>

³³ MacPherson, A. (2016). Miles de catalanes adoptados en el Este sufren alcoholismo fetal. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20160929/41648774990/catalanes-adoptados-este-alcoholismo-fetal.html>

³⁴ Dallo, E. (2017). El síndrome de los niños adoptados en 'el cinturón del vodka'. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/cronica/2017/04/23/58fb2fec22601d74308b45c5.html>

neurodesarrollo, el entorno socioambiental y las intervenciones terapéuticas específicas, además de las discapacidades que presenten. Desde esta entidad se destaca que el SAF produce alteraciones que en la vida adulta se traducen en una serie de discapacidades secundarias: *“problemas de salud mental, experiencia escolar alterada, problemas legales, internamiento en instituciones, conducta sexual inapropiada y problemas con el consumo de sustancias de abuso, incluyendo el alcohol, además de situaciones de incapacidad, dependencia y problemas para encontrar empleo”*³⁵.

3.5. Recomendaciones

1. Garantizar el derecho de los niños y niñas con problemas de salud mental a ser atendidos.
2. Elaborar planes de formación a pediatras para que detecten el problema del Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), a equipos de salud mental, de asesoramiento pedagógico y profesores.
3. Disposición de ayudas económicas para las familias que tengan niños y niñas con SAF parecidas a las que perciben las familias numerosas, teniendo en cuenta que las lesiones son permanentes y los casos más graves serán dependientes toda su vida.
4. Creación de una unidad especializada con equipos de intervención integral para facilitar el despliegue psíquico del niño o niña y la relación con su familia adoptante. Se trata de ir más allá de etiquetas diagnósticas y la medicalización para ver lo que los niños, niñas y adolescentes dicen con sus síntomas.
5. Aprobar una ley orgánica para la erradicación de la violencia contra la infancia.

Como expresa el mencionado informe ‘Ojos que no quieren ver’, de este modo se mostraría un compromiso público por la protección de niños y niñas y se permitiría a trabajadores públicos y Administración contar con las herramientas necesarias para avanzar hacia una sociedad donde la violencia contra la infancia no sea tolerada.

La ley, según este mismo documento, debe venir acompañada por una estrategia, un documento operativo que permitiría la aplicación efectiva y total de la ley, con objetivos medibles, acciones concretas, indicadores que permitan evaluar los esfuerzos invertidos por Administraciones a todos los niveles, presupuestos y marcos temporales.

³⁵ Asociación de familias de hijos e hijas con TEAF (SAF Group) (2016). ¿Qué es el Síndrome Alcohólico Fetal? [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.safgroup.org/sd-alcohol-fetal>

4. TOMA DE CONCIENCIA

Artículo 8 CDPD

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:
 - a. Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
 - b. Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
 - c. Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:
 - a. Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a: i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad; ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad; iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
 - b. Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad; -10-
 - c. Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;
 - d. Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

4.1. Aspectos a tener en cuenta

La toma de conciencia sobre las graves vulneraciones y abusos que sufre el colectivo de personas con discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Por ello, la secretaría de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), entre los objetivos basados en el Plan de Acción del Alto Comisionado, tiene el de alentar al Alto Comisionado a promover la toma de conciencia sobre la discapacidad como cuestión de derechos humanos y proporcionar instrumentos y publicaciones para ayudar a los Estados, a las

organizaciones de la sociedad civil y a las instituciones nacionales de derechos humanos a aplicar la Convención.

Específicamente en nuestro país las personas con trastornos mentales sufren una violencia insuficientemente tratada en las políticas públicas, normalizándose situaciones incompatibles con las convenciones y estándares internacionales de derechos humanos.

Estas carencias tienen mucho que ver con la perspectiva médico-asistencial de la salud mental que conduce a no considerar el recorrido vital de las personas afectadas, desde las primeras etapas de la vida hasta la madurez. Por ello, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, junto con la Federación Salud Mental Castilla y León, y con la asociación FAEMA Salud Mental Ávila como entidad anfitriona, celebraron los días 25 y 26 de mayo el XX Congreso del Movimiento Asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, que este año, bajo el título *‘Una Vida en Primera Persona’*, ahondó en todas las etapas de ese recorrido vital de la persona.

Para el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico, la celebración de esta nueva edición ha sido importante para *“seguir contribuyendo a que la salud mental se sitúe en la agenda pública y a que entre todas las personas participantes se siga haciendo camino para promover la salud mental”*.

El Congreso arrancó con un espacio para compartir experiencias del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, una conferencia marco sobre salud mental y derechos y tres bloques de debate: *‘Primeras etapas de la vida’*, *‘Itinerarios hacia la autonomía’* y *‘Activismo y participación’*. Finalmente, miembros del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA leyeron las conclusiones.

Se puede acceder a las diferentes ponencias de este XX Congreso en el siguiente enlace: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/ponencias-xx-congreso-salud-mental-espana-32650/>

4.2. Vulneraciones

A) El Circo de los Horrores promueve una imagen distorsionada de las personas con trastornos mentales en su espectáculo “Manicomio”

El titulado “Manicomio de los Horrores” es un espectáculo de la compañía “Hasta que la muerte nos separe”, producido por “Productores de Sonrisas” y cuya idea y dirección artística es del Premio Nacional de Circo 2003, Suso Silva. Este último, según se indica en la propia web, creó y dirigió en 2007 el Circo de los Horrores, definido como: *“Un cóctel fantástico de la escuela clásica de circo, con técnicas de teatro y cabaret, y con una puesta en escena tenebrosa con el que triunfa en España, Miami y varios países de Latinoamérica.”*

Según publica la compañía en su página web, el “Manicomio de los Horrores” es resultado del éxito del primer show “El Circo de los Horrores” que está dando la vuelta al mundo: *“En esta ocasión, nos traslada a un antiguo manicomio del siglo XVIII, tenebroso y aparentemente olvidado. Dos intensas horas en las que terribles acróbatas, excéntricos malabaristas, trapevistas, monologuistas con alteraciones de la realidad, payasos degenerados y equilibristas exhibicionistas arrastrarán al público a través del inquietante mundo de la locura. El fluir de la adrenalina está asegurado desde antes de que empiece la función. Susto, impresión, miedo y humor, mucho humor. Todo ello aderezado con gusto y sensibilidad velando siempre porque el espectador disfrute de verdad”*³⁶.

En el apartado relativo al espectáculo se publica en la web bajo una foto representativa del mismo que: “Esta historia es una ficción alejada de la realidad. El Circo de los Horrores manifiesta su rechazo ante cualquier estigmatización de las enfermedades mentales”.

Si bien el formato de la letra hace que se destaque menos que el resto del texto publicado en ese mismo apartado, se puede decir que han incluido la mínima indicación.

Entre las federaciones de los territorios afectados hay un acuerdo unánime al considerar este espectáculo un ataque frontal al honor de las personas con trastornos mentales, ya que consolida prejuicios existentes hacia estas personas, y, con ello, se dificulta la integración plena de las mismas.

Desde el movimiento asociativo se ha manifestado lo siguiente:

1. Que el espectáculo, destinado tanto a menores como adultos, constituye un ataque frontal al honor y la dignidad de las personas con problemas de salud mental ya que consolida prejuicios existentes hacia estas personas, y con ello dificulta su inclusión, participación e integración plena en la sociedad.
2. Que tanto a través de la publicidad como durante el desarrollo del espectáculo se ofrece una imagen distorsionada de las personas con problemas de salud mental, representados como pacientes psiquiátricos encerrados, perturbados, violentos, peligrosos capaces de cometer actos atroces y, además de ser objeto de burla, suscitar el miedo. En definitiva, se ponen de manifiesto todos los prejuicios y falsas creencias que se han atribuido de forma infundada a este colectivo que favorecen la discriminación y, como consecuencia, la vulneración de sus derechos.
3. Que en dicho “espectáculo” se transmite una imagen denigrante, degradante, negativa y completamente distorsionada de las personas que tienen problemas de salud mental y de los profesionales que trabajan en éste ámbito. Les convierte en seres peligrosos psicópatas, violentos, temidos, objeto de burla y de castigos o vejaciones. Asimismo,

³⁶ Circo de los Horrores. El Manicomio, el espectáculo [artículo en web]. Recuperado de <https://www.circodeloshorroros.com/Manicomio/es/espectaculo.html>

asocia deliberadamente los tratamientos y los profesionales de salud mental con violencia, sufrimiento, muerte, etc.

4. Que la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad recoge de manera clara y contundente la necesidad de defender la imagen, el honor y la dignidad de las personas con discapacidad, y señala la obligación de los Estados de acabar con la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad, ya que constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes al ser humano.
5. Que con este "espectáculo" se manipula la opinión de la ciudadanía en sentido negativo, logrando condicionar la imagen que tienen sobre estas personas, transmitiendo miedo, rechazo y discriminación, y peor aún, usándolas como reclamo para ganar dinero de forma morbosa.
6. Que la breve locución -apenas audible- previa al comienzo de la función en la que se comenta que las personas con trastorno mental tienen un proyecto de vida como cualquier otra, no contrarresta ni ligeramente el mensaje absolutamente negativo de las dos horas siguientes.
7. Que no es necesario recurrir a esta instrumentalización de los problemas de salud mental para conseguir una buena taquilla. La salud mental es un problema muy complejo para aquellas personas que lo padecen, y por ello no debemos permitir que se utilice como gancho para hacer negocio.
8. Que espectáculos como este ponen en peligro la rehabilitación y la inclusión social y laboral de las personas afectadas.

B) El anuncio de Campofrío "Amodio" muestra una visión distorsionada y denigrante de las personas con problemas de salud mental

El anuncio de Campofrío dirigido por Isabel Coixet, 'Amodio', está ambientado en un centro psiquiátrico y muestra una visión distorsionada y denigrante de las personas con problemas de salud mental.

SALUD MENTAL ESPAÑA lamenta el uso humorístico y peyorativo de los problemas de salud mental empleado en este anuncio, en el que se frivoliza el ingreso en centros psiquiátricos o el uso de las camisas de fuerza.

Este anuncio está ambientado en un antiguo centro psiquiátrico en el que una serie de personajes famosos son tratados de un trastorno mental ficticio, el "amodio", y donde incluso se les contiene con camisas de fuerza. Todos ellos son prejuicios negativos e infundados que contribuyen a estigmatizar al colectivo y que afectan a su plena inclusión social.

La imagen que traslada el anuncio de Campofrío no solo es irreal sino que daña enormemente la imagen social de un colectivo que ha estado históricamente maltratado y recluido en centros psiquiátricos como el que caricaturiza este spot.

En España, más de 1 millón de personas tiene un problema de salud mental grave y se estima que un 19,5% de la población ha tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida, lo que supone la segunda causa de discapacidad más frecuente.

Tras una larga lucha por el cierre de centros que vulneraban los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, los antiguos manicomios se cerraron hace 30 años. Y aunque se ha conseguido mucho aún queda camino que recorrer. El hecho de mostrar una persona con una camisa de fuerza en el anuncio como algo ‘humorístico’ refleja que la sociedad desconoce que hoy día la contención mecánica es un procedimiento utilizado habitualmente en muchas unidades de salud mental, y que para las personas que lo sufren es una experiencia profundamente traumática.

Este tipo de anuncios no hacen más que potenciar una visión distorsionada y denigrante de las personas con problemas de salud mental y refuerzan las concepciones estereotipadas que la sociedad tiene de las personas que los padecen, quienes ven vulnerada su dignidad como personas.³⁷

Por todo ello, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) se ha sumado a la denuncia pública realizada por su entidad miembro Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y ha denunciado ante la Asociación Autocontrol esta campaña publicitaria de Campofrío por vejar la imagen de las personas con problemas de salud mental y, por tanto, de las personas con discapacidad; así como por no respetar los códigos y normas de conducta de la Asociación Autocontrol, que recogen entre sus principios fundamentales el respeto a la Constitución española y a los valores contrarios a cualquier tipo de discriminación³⁸.

En este mismo sentido Salut Mental Catalunya, entidad miembro de SALUD MENTAL ESPAÑA, ha denunciado el trato denigrante que este anuncio proporciona a las personas con un problema de salud mental y considera que las imágenes de la campaña ‘Amodio’, además de alimentar el estigma de la salud mental, son irrespetuosas con el dolor de las personas que pertenecen a este colectivo³⁹.

³⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (27 de diciembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA lamenta que anuncios como el de Campofrío sigan perpetuando los mitos sobre salud mental [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-lamenta-anuncios-campofrio-perpetuando-mitosbre-salud-mental-35189/>

³⁸ Servimedia. (29 de diciembre, 2017). El CERMI denuncia ante Autocontrol la campaña publicitaria “Amodio” de Campofrío por vejar a las personas con discapacidad [noticia en web]. Recuperado de <http://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-cermi-denuncia-ante-autocontrol-la-campa%C3%B1a-publicitaria-%E2%80%98amodio%E2%80%99-de-campofr%C3%ADo>

³⁹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de diciembre, 2017). Salut Mental Catalunya denuncia el trato denigrante a personas con un problema de salud mental del anuncio de Campofrío. [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salut-mental-catalunya-denuncia-trato-denigrante-salud-mental-campofrio-35192/>

Esta campaña ha sido rechazada públicamente también por entidades como FEAFES Andalucía Salud Mental, perteneciente a SALUD MENTAL ESPAÑA, en una carta abierta en la que pone de relieve que el spot presenta a las personas con problemas de salud mental como *“seres marginales que necesitan estar encerrados y aislados del resto de la sociedad, reclusos en un manicomio, y lo que es peor, provocando burla, perpetuando creencias arraigadas en la sociedad y que distan mucho de la realidad”*⁴⁰.

4.3. Buena práctica

A) El Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA presenta el portal ‘Diversamente’

‘Diversamente’ es una web creada por expertos en salud mental que recoge información rigurosa sobre qué hacer ante un problema de salud mental, testimonios en primera persona y distintos espacios para la colaboración y el apoyo mutuo.

Se trata de un portal 100% accesible que incluye, además de información rigurosa sobre la salud mental y sobre qué hacer desde el momento en el que se empiezan a notar las primeras señales, testimonios de personas expertas en este campo. Porque como ha explicado el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel A. González, *“no hay mayor experto que el que vive una experiencia y sólo compartiendo lo que experimentan estas personas podemos ayudar a las demás”*.

En España hay más de un millón de personas con un problema de salud mental que necesitan hablar y compartir sus experiencias, esas por las que otros han pasado antes, que puede que desconozcan y que, sin embargo, les brindarían el apoyo que necesitan para seguir adelante.

El objetivo de esta plataforma no es, por tanto, teorizar ni academizar ningún concepto terapéutico, sino humanizar el proceso de reequilibrio que llevan a cabo las personas con problemas de salud mental para continuar con una vida plena y con autoestima después de un diagnóstico.

Según ha resumido Nel A. González, con ‘Diversamente’ *“queremos mostrar ejemplos de esperanza y buenas prácticas en salud mental y emocional con el objetivo de llenar de luz el camino de quien sufre”*⁴¹.

⁴⁰ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (29 de diciembre, 2017). Carta abierta de FEAFES Andalucía a los responsables de Campofrío [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/carta-abierta-feafes-andalucia-campofrio-35220/>

⁴¹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (19 de diciembre, 2017). Sólo compartiendo lo que experimentan las personas con problemas de salud mental, podemos brindar apoyo a las demás [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-presenta-web-diversamente-35100/>

4.4. Recomendaciones

1. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para prevenir actos o prácticas discriminatorios con el colectivo de personas con problemas de salud mental y sensibilizar a la sociedad para que tome mayor conciencia y se fomente el respeto de sus derechos y dignidad
2. Adopción de medidas pertinentes para luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con problemas de salud mental en todos los ámbitos de la vida; promoviendo la toma de conciencia respecto de sus capacidades y aportaciones.
3. Adoptar medidas a nivel autonómico respecto de aquellos espectáculos que inciten o fomenten la discriminación o atenten contra la dignidad humana.

5. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY

Artículo 12 CDPD

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

5.1 Aspectos a tener en cuenta

A) La promoción de la autonomía continúa siendo una asignatura pendiente

En su Observación General sobre el Artículo 12, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad puso de relieve que la igualdad ante la ley es un principio básico general de la protección de los derechos humanos, indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Este derecho está garantizado por diversos instrumentos internacionales, siendo los

más destacados la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Este Comité reiteró que en el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad no se establecen derechos adicionales, sino que se describe en mayor profundidad el contenido de ese derecho civil, centrándose en las esferas en que tradicionalmente se les ha negado a las personas con discapacidad y que los Estados partes deben tener en cuenta para garantizarlo a las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

En este documento el Comité pone de relieve lo siguiente:

“Todas las personas con discapacidad, incluidas las que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, pueden verse afectadas por la negación de la capacidad jurídica y la sustitución en la adopción de decisiones. No obstante, los regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones y la negación de la capacidad jurídica han afectado, siguen afectando muchísimo más a las personas con discapacidades cognitivas o psicosociales.

El Comité reafirma que el hecho de que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia (incluidas las deficiencias físicas o sensoriales) no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica ni ninguno de los derechos establecidos en el artículo 12. Todas las prácticas cuyo propósito o efecto sea violar el artículo 12 deben ser abolidas, a fin de que las personas con discapacidad recobren la plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás”⁴².

Pese a todo ello, se ha de seguir lamentando la falta de avances en materia de procedimientos de modificación de la capacidad de obrar.

En las Observaciones finales de este Comité, efectuadas a España en el contexto del examen de los informes presentados por los Estados partes, en virtud del artículo 35 de la Convención, se indicó lo siguiente:

“33. El Comité observa que la Ley Nº 26/2011 establece un plazo de un año desde su entrada en vigor para la presentación de un proyecto de ley que regule el alcance y la interpretación del artículo 12 de la Convención. Preocupa al Comité que no se hayan tomado medidas para reemplazar la sustitución en la adopción de decisiones por la asistencia para la toma de decisiones en el ejercicio de la capacidad jurídica.

34. El Comité recomienda al Estado parte que revise las leyes que regulan la guarda y la tutela y que tome medidas para adoptar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la

⁴² Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley”, CRPD/C/11/4 (25 de noviembre de 2013), disponible en http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/DGCArticle12_sp.doc

persona. Se recomienda, además, que se proporcione formación sobre esta cuestión a todos los funcionarios públicos y otros interesados pertinentes”⁴³.

5.2. Vulneraciones

A) España continúa manteniendo los sistemas de sustitución en la adopción de decisiones de la asistencia para la toma de decisiones

La promoción de la autonomía continúa siendo una asignatura pendiente en España. No existen figuras de asistencia para la toma de decisiones que respeten la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona como podría ser la creación de un cuerpo de agentes facilitadores para garantizar el efectivo acceso a la justicia u otras figuras alternativas para promover la autonomía en el ejercicio de los derechos.

Las únicas figuras que existen son las tradicionales figuras de guarda (tutela y curatela) que, en muchas ocasiones, son ejercidas en la práctica sin establecer distingos y, por tanto, sustituyen la adopción de decisiones de la persona en el ejercicio de la capacidad jurídica.

5.3. Buenas prácticas

A) Una persona con un problema de salud mental asume por primera vez la responsabilidad de presidir una Asociación Uniprovincial o Federación

El 31 de mayo de 2017, Salud Mental Ceuta (ACEFEP) ha elegido en su Asamblea General a su nuevo presidente, Basilio García Copín. El nuevo presidente entró a formar parte de esta entidad en 2007 organizando un taller de narrativa, se fue implicando en el movimiento asociativo de salud mental hasta llegar a ser vicepresidente de la asociación y desde 2010 es responsable del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Con este nombramiento Basilio García se convierte en la primera persona con experiencia propia en salud mental que forma parte de la Junta Directiva de esta Confederación, un hecho histórico en el movimiento asociativo de SALUD MENTAL ESPAÑA.

Según el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico, *“apostamos firmemente por la participación de las personas con problemas de salud mental en todas los ámbitos de la*

⁴³ Naciones Unidas, Comité contra la desaparición forzada, “Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención”, CED/C/ESP/1 (19 de octubre de 2011), disponible en http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CED/Session5/CED-C-ESP-1_sp.pdf

Confederación y de nuestras entidades”. “Para los actuales órganos de gobierno de SALUD MENTAL ESPAÑA, hacer valer el derecho a la participación de las personas con problemas de salud mental es una prioridad estratégica de máxima importancia” y que además está “vinculada a la defensa de los derechos humanos”, declaró.

Desde ACEFEP se afirma que con este nombramiento “*se cumple un hecho histórico en el movimiento asociativo*” ya que “*por primera vez una persona con un problema de salud mental, en primera persona, asume la responsabilidad de presidir una Asociación Uniprovincial o Federación*”⁴⁴.

B) FEFES ANDALUCÍA SALUD MENTAL elige al portavoz de su comité de usuarios de salud mental para presidir la federación

Tan solo un mes después del nombramiento del nuevo presidente de la asociación ceutí, Manuel Movilla ha sido elegido por unanimidad de la asamblea como nuevo presidente de la Federación Andaluza de Familiares y Personas con enfermedad Mental (FEFES ANDALUCÍA SALUD MENTAL).

Manuel Movilla es miembro del Comité de Personas con Trastorno Mental de FEFES ANDALUCÍA SALUD MENTAL desde su creación en 2013, Portavoz del mismo desde 2014, y miembro del Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Hasta la fecha, Movilla ocupaba una de las vicepresidencias de la Junta Directiva de FEFES Andalucía Salud Mental como portavoz del Comité de Personas con Enfermedad Mental de la federación andaluza desde junio de 2014 y con esta decisión se da coherencia al trabajo y la misión de la Federación, que busca la plena inclusión de las personas con problemas de salud mental en todos los ámbitos de la existencia, especialmente en los órganos donde se toman las decisiones que finalmente van a afectar a la mejora de su calidad de vida y a la defensa de sus derechos.

El nuevo presidente ha destacado que “*por primera vez en la historia, el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental andaluz ha elegido a una persona afectada por la enfermedad para dirigir la Federación*”, añadiendo: “*vamos a demostrar que las personas con enfermedad mental somos capaces de llevar adelante cualquier reto que nos propongamos*”.

Movilla ha afirmado que “*asume la presidencia para ser el representante de todas las entidades miembro, y lograr canales de participación en todos los ámbitos de comunicación y acercamiento a las todas las entidades, para promover una actitud abierta a todas las personas,*

⁴⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2 de junio, 2017). Basilio García Copín, elegido por unanimidad presidente de Salud Mental Ceuta [noticia en web] Recuperado de <https://consaludmental.org/general/basilio-garcia-copin-presidente-salud-mental-ceuta-32725/>

entidades e instituciones que conforman el entorno de la salud mental en Andalucía”. Y ha añadido: “no lo haré solo, ni delante, ni detrás de los familiares, lo haré a su lado”⁴⁵.

5.4. Recomendaciones

1. Revisar las normas que regulan los procedimientos para la modificación de la capacidad de obrar, la tutela y la curatela, para adoptar normas y políticas por las que se reemplacen los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona.
2. Proporcionar formación sobre esta cuestión a todos los funcionarios públicos y operadores jurídicos en general.

⁴⁵ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (24 de julio, 2017). FEAFES Salud Mental Andalucía elige a Manuel Movilla, portavoz de su comité de usuarios de salud mental, para presidir la federación [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/manuel-movilla-presidente-feafes-andalucia-33535/>

6. DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD

Artículo 14 CDPD

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:
 - a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
 - b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

6.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Ingresos involuntarios y otras medidas restrictivas⁴⁶

En España, desde una perspectiva de derechos humanos, no se ha avanzado lo suficiente en promoción de la autonomía, por lo que el recurso predominante continúa siendo el ingreso involuntario, fundamentado en los criterios de ‘ser un peligro para sí mismo y para otros’ o ‘necesidad de tratamiento’.

Así, las personas con problemas de salud mental sufren con frecuencia graves abusos y violaciones de su derecho a la integridad física y mental (art.17 de la Constitución y arts. 16 y 17 de la CDPD). Específicamente esto se produce, además de a través de la referida medida de ingreso involuntario, a través de tratamientos en principio dirigidos a corregir y aliviar su situación: tratamientos forzados, medicación administrada sin su consentimiento libre e informado o en contra de su voluntad y que pueden tener efectos secundarios como temblores, estremecimientos, contracciones, apatía, etc., la denominada “terapia electroconvulsiva” y otras formas de tratamiento al efecto.

Es importante recordar también que el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad entre las Observaciones emitidas a raíz del Examen de los informes

⁴⁶ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2015*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención, destaca dos relativas a esta materia (35 y 36):

“35. El Comité toma nota del régimen jurídico que permite el internamiento de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad intelectual y psicosocial (“enfermedad mental”), en establecimientos especiales. Le preocupa que, según se informa, se tienda a recurrir a medidas urgentes de internamiento que contienen solo salvaguardias ex post facto para las personas afectadas. Le inquietan igualmente los malos tratos de que, según se informa, son objeto las personas con discapacidad internadas en centros residenciales o en hospitales psiquiátricos.

36. El Comité recomienda al Estado parte que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las discapacidades mentales, psicológicas o intelectuales; que derogue las disposiciones que autorizan el internamiento forzoso a causa de una incapacidad manifiesta o diagnosticada, y que adopte medidas para que los servicios médicos, incluyendo todos los servicios relacionados con la salud mental, se basen en el consentimiento otorgado con conocimiento de causa por el interesado”.

A la luz de la CDPD, se ha de revisar el marco normativo en esta materia, proveyendo los medios más adecuados para atender la salud, habilitación y rehabilitación de la persona desde un enfoque de derechos humanos. Además, no se ha tenido en cuenta el impacto de género en esta materia. Por lo tanto, sería recomendable el desarrollo a nivel estatal de una norma que disponga medidas de acción positiva, provea recursos y establezca garantías para el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres con discapacidad, disponiendo un capítulo específico para aquellas que tengan trastornos mentales por su especial vulnerabilidad.

En este sentido, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (bajo la denominación entonces de FEAFES) ha presentado dos importantes documentos en los que se proponen medidas terapéuticas para evitar tener que acudir a intervenciones que fueren la voluntad de la persona:

1. “Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas” (2013);
2. “Propuesta de Intervención Terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)” (2009).

De hecho, ya en 2003 el Proyecto EUNOMIA reclamaba un análisis sobre la realidad de la aplicación de medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico con el fin de elaborar una Guía Europea a partir de la consideración de las siguientes: internamiento involuntario, aislamiento terapéutico, inmovilización terapéutica y tratamiento médico forzoso.

El problema, como bien apuntó el Secretario General de las Naciones Unidas en un informe de 2002, es la falta de directrices específicas para aplicar las normas sobre derechos humanos y de

un análisis más detallado sobre la implementación de las obligaciones estatales en esta materia en las instituciones psiquiátricas, a fin de evitar los abusos.

B) Continuidad del proyecto “Protocolo Adicional a la Convención de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina relativo a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntarios”

La Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental (AEN), la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona, la Federació VEUS-Federació Catalana d’Entitats de Salut Mental en Primera Persona y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, como organizaciones directamente implicadas en el impulso de la mejora de la salud mental, han manifestado su malestar por la continuidad del proyecto de “Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios” elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa.

Las cuatro entidades firmantes del Manifiesto de Cartagena consideran que el proyecto de “Protocolo adicional”, tal y como está redactado, entra en contradicción con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, confunde coerción y cuidados, autoriza la privación de libertad de la persona con problemas de salud mental basada en la presunción de riesgo, no apoya ni promueve la creación de recursos alternativos en los que se respeten la voluntad y las preferencias de las personas y no da respuesta a las advertencias de los organismos más relevantes en el ámbito de los derechos humanos.

Además, critican que en ningún momento se haya consultado a las organizaciones con experiencia en el campo de la salud mental ni a las de expertos en primera persona en la redacción de este proyecto, por lo que no se ha tenido en cuenta *“la voz de las personas directamente afectadas por estas medidas”*⁴⁷.

6.2. Vulneraciones

A) Incremento de los ingresos hospitalarios

Pese a las llamadas de atención sobre el recurso al ingreso involuntario por razón de trastorno psíquico desde un enfoque de derechos humanos, en España siguen creciendo exponencialmente los ingresos hospitalarios por esta causa.

⁴⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (7 de diciembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA, AEN, En Primera Persona y Federació VEUS se oponen a un proyecto de protocolo sobre ingresos y tratamiento involuntarios [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-manifiesta-total-oposicion-protocolo-ingresos-involuntarios-34999/>

Uno de los principales objetivos de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA es la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus familias, garantizando su respeto y el fomento de una verdadera inclusión social.

Su presidente, Nel González Zapico, afirma que: *“Cuando una persona con un problema de salud mental atraviesa por este trance se producen, a lo largo del mismo, muchas vulneraciones. Principalmente se actúa en contra de los derechos de libertad, seguridad e integridad física y mental de la persona y los traslados al centro sanitario se suelen realizar con el auxilio de las fuerzas y cuerpos de seguridad, lo cual fomenta el estigma y en ocasiones pone en riesgo la vida de la persona debido a la inexperiencia que se suele tener con este tipo de situaciones.*

Sumado a lo anterior, se producen delitos contra el patrimonio de la persona ingresada, desde la utilización de su cartilla bancaria hasta la apropiación de objetos personales, se le retiene su documentación durante largos periodos e incluso se vulnera el derecho de libre elección del lugar donde vivir”.

Por ello, a fin de evitar tener que recurrir a este tipo de medidas coactivas, SALUD MENTAL ESPAÑA reclama que se incluyan cuatro medidas terapéuticas en la cartera básica de servicios sanitarios: planes individualizados de atención, equipos de intervención familiar, apoyo domiciliario y equipos multidisciplinares (profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería en salud mental, terapeutas...) ⁴⁸.

Por este motivo, SALUD MENTAL ESPAÑA viene denunciando la desatención de las personas en estos contextos, recomendando:

1. Adecuación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD);
2. Medidas que garanticen el efectivo acceso a la justicia y cumplimiento de los plazos legales;
3. Control judicial efectivo;
4. Regulación adecuada de los traslados;
5. Adopción de medidas para luchar contra la impunidad;
6. Consideración de la doble vertiente social y sanitaria en esta materia ⁴⁹.

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria publicada en 2016 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015 un 9,7% de las estancias hospitalarias fueron causadas por trastornos mentales, afectando principalmente a hombres y mujeres entre los 45 y los 50 años. El informe pone de relieve *“el elevado porcentaje de estancias hospitalarias motivadas por trastornos*

⁴⁸ González Zapico, N. (13 de enero, 2017). Internamientos no voluntarios: vulneración e ineficacia [artículo en web]. Recuperado de <http://semanal.cermi.es/noticia/opinion-internamientos-no-voluntarios-vulneracion-ineficacia.aspx>

⁴⁹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2016). *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2015, Anexo III, Informe del Comité Jurídico de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

mentales (9,7% del total) frente al escaso número de altas con dicho diagnóstico (2,5%)”, indicando que “esta situación está motivada por el mayor periodo de internamiento hospitalario en los enfermos con esta patología”⁵⁰.

Según Jerónimo Saiz, jefe de servicio de psiquiatría en el Hospital Ramón y Cajal y portavoz de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, la grave falta de recursos en salud mental, los recortes sanitarios y la estigmatización social, entre otros factores, han contribuido a agrandar el problema. Por ello afirma que: “Hay que hacer grandes esfuerzos en prevención, en promoción de la salud mental, en investigación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, en el conocimiento de las enfermedades y, sobre todo, en la reinserción de cada persona en la sociedad”⁵¹.

6.3. Buenas prácticas

A) Mapeo y evaluación de unidades de ingreso psiquiátrico en España

El “Mapeo y evaluación de unidades de ingreso psiquiátrico en España” es una iniciativa en primera persona consistente en un cuestionario donde quienes hayan pasado por al menos un ingreso psiquiátrico pueden describir y evaluar cómo fue esa experiencia; aunque por una cuestión metodológica, la herramienta se limita, en principio, al último ingreso psiquiátrico.

El cuestionario está dirigido a personas que están o han estado en situación de utilizar los servicios de atención a la salud mental en España y su objetivo es registrar prácticas sanitarias, calidad del trato y grado de cumplimiento de derechos, detectando los abusos que se producen en los dispositivos en los que se debería atender con la debida dignidad a las personas con problemas de salud mental⁵².

6.4. Denuncia

A) Un Informe del Comité de Bioética de España sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad propone introducir el consentimiento por representación en materia de ingresos involuntarios

Este informe revela un espíritu paternalista contrario a la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD). Así, se deslizan desafortunadas

⁵⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015). *Encuesta de morbilidad hospitalaria año 2015*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE). Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&ido=1254735573175

⁵¹ Maciejewski, D. (5 de enero, 2017). Aumentan los ingresos hospitalarios por trastornos mentales en España. *20 Minutos*. Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/2909688/0/aumenta-numero-trastornos-mentales-espana/>

⁵² Primera Vocal. (17 de mayo, 2017). Mapeo y evaluación de las unidades de ingreso psiquiátrico en España [artículo en web]. Recuperado de <https://primeravocal.org/mapeo-y-evaluacion-de-las-unidades-de-ingreso-psiquiatrico-en-espana/>

comparaciones con el mundo de la infancia, la asociación de la promoción de la autonomía con el peligro de abusos por "ausencia de protección" o la incorporación del concepto de vulnerabilidad como algo inherente a la condición de la persona con discapacidad, lo que no invita actuar sobre el contexto que la provoca y diseñar medidas para garantizar que no se vulneren los derechos, sino a todo lo contrario: restringirlos para que no se vulneren.

Así, se puede llegar a afirmar que *"la discapacidad muestra diferencias notables que han de ser atendidas a la hora de conformar el reconocimiento del ejercicio pleno o menos pleno de los derechos y libertades"*. Es decir, justifica que hay personas que por razón de su tipo de discapacidad podrán tener un ejercicio "menos pleno" de sus derechos, lo que casa mal con un enfoque de derechos humanos que promueve la creación de figuras de apoyo que precisamente se han de configurar para garantizar ese pleno ejercicio. Es entonces cuando se advierte que la noción de "diversidad" que se maneja en el informe, lejos de corresponderse con consideraciones positivas e inclusivas, se interpreta como, por decirlo de algún modo, diversidad de capacidades que justifica un reconocimiento más o menos limitado del ejercicio de sus derechos.

En definitiva, se revela un enfoque de protección de la persona por sus características concretas, más que de apoyo a su capacidad para el ejercicio pleno de sus derechos. No son las personas, sino los contextos sociales los que generan vulnerabilidades y es ahí donde hay que poner el foco de atención.

Aunque el informe incluye aspectos positivos como el derecho de sufragio activo y pasivo y la eliminación del precepto del Código Penal que despenaliza la esterilización forzosa, es en los apartados titulados "internamiento involuntario" y "capacidad" donde se plantean las tesis más preocupantes desde una perspectiva de derechos humanos.

En este último caso, se advierte un intento de ajuste a la CDPD al afirmar que se ha de suprimir el actual sistema de sustitución (tutela) y sustituirlo por un sistema de apoyos. Sin embargo, a la hora de describir el recurso a la autotutela, se vuelve a introducir la figura de la tutela como una posibilidad futura.

Ahora bien, el retroceso más flagrante desde una perspectiva de derechos humanos se produce en el apartado destinado a los ingresos involuntarios. En él se propone derogar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular esta cuestión por el art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dándole rango de ley orgánica para salvar el problema que de lo contrario generaría por tratarse de la limitación de un derecho fundamental.

Una de las modificaciones que pone en más riesgo los derechos de las personas con problemas de salud mental, es la propuesta de exclusión de la autorización judicial en ingresos que no superen *"un determinado plazo"* o que tengan como finalidad *"la simple realización de una intervención o tratamiento puntual y temporalmente acotado"*. Además, introduce el concepto

de “consentimiento por representación”; es decir, el prestado por el representante legal de la persona afectada o por las personas vinculadas a ella por razones familiares o de hecho. Tras la lectura de la propuesta y los criterios que la sustentan, no se puede concluir otra cosa más que se trata de un claro paso atrás, incluso con respecto a la situación actual⁵³.

6.5. Recomendaciones

1. Adecuación a la CDPD

Hace falta revisar en profundidad nuestro sistema a fin de proveer los mecanismos que permitan implementar las exigencias de la Convención.

2. Acceso a la justicia

Para garantizar el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas será preciso crear protocolos y figuras de apoyo al efecto.

En cuanto a la problemática de la asistencia jurídica *ab initio* en el proceso de internamiento/ingreso involuntario debe asumirse, para el efectivo cumplimiento del artículo 13 de la Convención, la obligatoria asistencia jurídica a las personas con discapacidad contra las que se dirija el procedimiento.

Lamentablemente, dadas las circunstancias en las que se suele encontrar la persona ingresada, la mayoría de los expedientes se tramitan sin nombrar representación ni defensa (las cuales tienen carácter potestativo según la actual regulación). Por ello, sería conveniente que se estableciera la obligatoriedad de asistencia letrada y estos supuestos fueran amparados por la justicia gratuita, de modo que no tengan que abonar los gastos correspondientes por su defensa y representación mediante abogado/a y procurador/a, salvo que expresamente designe letrado/a de su elección.

Se han de establecer, en definitiva, salvaguardas adecuadas y efectivas para garantizar los derechos.

3. Respeto de los plazos

Tal y como se ha expresado, existe un problema en materia de respetos de los plazos legalmente establecidos para comunicar el ingreso al juzgado y responder por parte de este. En este

⁵³ Comité de Bioética de España. (2017). Informe del Comité de Bioética de España sobre sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Comité de Bioética de España. Recuperado de http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_final_CDPD.pdf

sentido, ante eventuales revisiones de esta medida, es fundamental que se tenga especial cuidado en este aspecto.

4. Control judicial efectivo

El control de los ingresos debería ser periódico, personalizado y nunca dejarse en manos exclusivas a la mera recepción de informes de la residencia o centro en la que se han practicado, pues ello contraviene frontalmente la Convención y el derecho que se limita. Además, su duración debe ceñirse al tiempo estrictamente necesario.

Por lo tanto, para el control de los ingresos y su seguimiento se debería, en la medida de lo posible, actuar del siguiente modo:

- a) Dar audiencia a las personas a las que afecta la medida, examinar los informes facultativos de los médicos encargados y recabar un segundo informe de un facultativo independiente designado por el juez o del propio médico forense.
- b) Tener en consideración la Ley de Salud Mental de Argentina, sobre todo en lo que respecta al nombramiento de un defensor técnico de la persona que es ingresada de forma forzosa en un centro de salud mental. Asimismo, es interesante tener en cuenta también la figura del Agente Facilitador conforme a las Reglas de Brasilia.
- c) Establecer medidas que garanticen un conocimiento real y efectivo de los derechos que asisten a la persona por parte del centro donde se encuentre ingresada. Esto podría efectuarse mediante formulario escrito en lenguaje comprensible, firma preceptiva de personal sanitario, etc. De este modo, la persona dispondría de un documento escrito de información al paciente en el que se haría constar de manera clara y sencilla la causa y razones del ingreso involuntario, fecha y hora de la comunicación al juzgado que el centro se encuentra obligado a dar cuenta dentro del plazo de 24 horas, que es necesaria la ratificación judicial en el plazo máximo de 72 horas y el resto de derechos que le asisten.
- d) Efectuar un control especialmente exhaustivo en relación a las medidas restrictivas de derechos como aislamientos, contenciones mecánicas, etc.

5. Regulación adecuada de los traslados

- a) Se ha de estudiar cómo efectuar los traslados en la forma que resulte menos lesiva y menos estigmatizante para la persona, y se establezcan mecanismos de prevención que eviten consecuencias indeseables como imputaciones por delito de atentado contra agente de autoridad, por lesiones, etc.

- b) Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad intervendrán en última instancia y en el ejercicio de su función de auxilio a los ciudadanos, tras la evaluación inicial efectuada por una unidad sanitaria específicamente formada y equipada para este tipo de intervenciones terapéuticas.

6. Abogar por la adopción de medidas para luchar contra la impunidad, atendiendo a las vulneraciones descritas

Establecimiento de medidas de prevención de la tortura y los malos tratos contra las personas con trastornos mentales en el contexto de los traslados en ingresos involuntarios, a través de las normas correspondientes y la coordinación de acciones de conformidad con la CDPD.

Establecimiento de protocolos que eviten vulneraciones como las descritas. Todo lo anterior enlazaría con lo expuesto en materia de acceso a la justicia.

7. Se ha de tener en cuenta la doble vertiente de esta materia: la social y la sanitaria

En ella confluyen dos circunstancias de la persona: edad (personas mayores) y trastorno mental.

7. DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Artículo 15 CDPD

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

7.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Criterios mínimos para prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Como ya se subrayó en informes anteriores, el Relator Especial contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes elaboró en 2008 un revelador informe en el que destacaba que, tras la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo *“muchos Estados permiten, con o sin fundamento jurídico, la reclusión en instituciones de personas con discapacidad mental sin su consentimiento libre e informado, basándose en la existencia de un diagnóstico de discapacidad mental, con frecuencia unido a otros criterios tales como ‘ser un peligro para sí mismo y para otros’ o ‘necesidad de tratamiento’*”. En el año 2013, este mismo mecanismo establecido por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, emitió un nuevo informe en el que puso de relieve que las personas con discapacidad psicosocial sufren abusos graves en entornos de atención de la salud como el abandono, el maltrato mental y físico, e incluso la violencia sexual.

Según el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) los lugares donde se encuentren personas privadas de libertad, tanto si se trata de corta, media o larga duración, deben cumplir con unos criterios mínimos o salvaguardias de carácter preventivo acordes con la normativa internacional e interna sobre la materia que, además de contribuir a garantizar los derechos fundamentales, favorezcan una mejora de la situación y corrija las deficiencias que pudieran observarse⁵⁴.

⁵⁴ Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2015). *Informe Anual 2014*. Madrid: Defensor del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-de-prevencion-de-la-tortura-informe-anual-2014/>

Ahora bien, en el caso de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) el estigma impregna todas las capas sociales, por lo que tanto quienes aprueban las normas como quienes las interpretan y aplican se encuentran afectados por él, con lo que ello comporta en materia de vulneración de derechos humanos de un colectivo que, por el efecto de mitos y prejuicios, es considerado especialmente “conflictivo”, “difícil” o “peligroso”.

En el informe de RED2RED CONSULTORES “Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma”, promovido por SALUD MENTAL ESPAÑA, se destaca que la aplicación inadecuada de la ley da como resultado una prevalencia de problemas de salud mental entre las personas reclusas cinco veces mayor a la de la población general (Grupo PRECA, 2011). Así, debido a dicha prevalencia entre la población reclusa fundamentalmente masculina (92%), desde la Administración Penitenciaria se fomentó la creación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) que, a pesar de partir de un amplio consenso teórico entre las y los profesionales, ha tenido un grado de aplicación práctica menor y desigual en el Estado (ARARTEKO, 2014)⁵⁵.

Otro problema fundamental se encuentra en la dificultad de dar continuidad a los cuidados una vez que las personas abandonan la prisión, lo cual contribuye a lo que viene a denominarse “reincidencia” cuando lo más probable es que nos encontremos ante un agravamiento del estado de salud de la persona. La población reclusa que convive con un trastorno mental acarrea un doble estigma: por un lado, el asociado a su trastorno mental y, por otro, el que se vincula al medio penitenciario. Así, no tienen cabida y no son bien recibidas ni en los servicios para la población reclusa ni en los servicios para personas con problemas de salud mental, ya que son vistas como delincuentes⁵⁶.

Según un estudio realizado a personas condenadas a medidas de seguridad privativas de libertad en el Hospital Penitenciario de Alicante, casi el 30% de los internos que formaba parte de la muestra no debería tener medida privativa de libertad alguna ya que su situación clínica había cambiado y estaban en condiciones de vivir en libertad. Sin embargo permanecían en el centro debido a la inexistencia de recursos abiertos adecuados a sus circunstancias (Ortiz, 2013; Ministerio de Sanidad, 2012)⁵⁷.

⁵⁵ Red2red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>. La bibliografía citada en este estudio y a la que se hace referencia en este párrafo es la siguiente:

Grupo Preca. (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Barcelona: Grupo Preca. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-preca-10508/>

Ararteko. (2014). *La atención socio-sanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. VitoriaGasteiz: Ararteko. Recuperado de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3339_3.pdf

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.* Referencias bibliográficas incorporadas en el estudio: Ortiz González, A. L. (2013). *Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad*. Leganés. Recuperado de

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352824371695&ssbinary=true>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Documento de Consenso de las Comisiones de análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Consenso_Estrategia_Salud_Mental_MSSSI.pdf

En este sentido, según este análisis, cabe destacar los siguientes problemas:

1. Primacía de la perspectiva jurídico-penitenciaria sobre la médica a la hora de aplicar la ley.

Según un informe del Central Institute of Mental Health de la Comisión Europea, en países como Inglaterra, Irlanda y Noruega (entre otros) el sistema público de salud es el que custodia a estas personas, por lo que no se contempla la existencia de este tipo de condenados en el interior de prisiones ordinarias. En tales países por tanto, estaría primando la perspectiva médico-terapéutica sobre la penitenciaria (Ortiz, 2012).

De hecho, la propia Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en su línea estratégica 2 hace especial mención a la necesidad aún no cubierta de proporcionar a las personas reclusas en centros penitenciarios una atención sociosanitaria de características equivalentes a las que recibe la población general; así como un tratamiento normalizado en la red de salud mental cuando estén sometidas a una medida de seguridad⁵⁸.

2. Carencia de garantías para detectar problemas de salud mental en los procedimientos judiciales.

Según investigaciones recientes, la razón por la que tantas personas con trastorno mental acaban cumpliendo condena en una prisión ordinaria se debe a diversas circunstancias como: No detección de la existencia de un trastorno mental durante la tramitación de la causa penal; el creciente número de juicios rápidos; o la constatación de una situación de trastorno mental, pero sin lograr acreditar la inimputabilidad⁵⁹.

3. Discriminación en la aplicación de las medidas de seguridad.

En pocas ocasiones estas medidas se modifican, por una parte debido a procedimientos engorrosos (es el juzgado de vigilancia quien debe emitir un informe positivo al tribunal sentenciador y este quien debe proponer un cambio en la medida impuesta anteriormente) y por otra, a causa de la escasa coordinación entre el sistema de atención socio sanitario y el jurídico penal (Ministerio de Sanidad, 2012)⁶⁰.

4. Inexistencia de protocolos de derivación para coordinar este tipo de medidas entre los órganos judiciales y la red sanitaria y social de atención, así como las entidades sociales que desarrollan actividades de apoyo supone también un problema⁶¹.

⁵⁸ Red2red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>. Referencia bibliográfica incorporada en el estudio: Ortiz González, A. L. (7 de noviembre, 2012). Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable [artículo en web]. Recuperado de <http://www.abogacia.es/2012/11/07/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

5. Escaso cumplimiento de medidas de seguridad en espacios terapéuticos en detrimento de las penas en centros penitenciarios ordinarios (ARARTEKO, 2014)⁶².

6. Existencia de actitudes paternalistas entre las y los profesionales socio sanitarios que distorsionan el funcionamiento interno en el ámbito de la prisión. Es decir, se produce una primacía de criterios de beneficencia y justicia sobre criterios de autonomía, lo cual camina en dirección opuesta al modelo de rehabilitación psicosocial que fomenta la autonomía personal y el empoderamiento del paciente⁶³.

7. Faltan mecanismos que favorezcan la rehabilitación psicosocial de los internos con problemas de salud mental a través de intervención individual y grupal tanto fuera como dentro de los centros penitenciario. Se requiere apoyar y asesorar a los familiares para paliar esta situación y atender a las necesidades de formación y asesoramiento de funcionarios e internos sobre las personas con trastorno mental⁶⁴.

Además parecen cobrar especial relevancia en el análisis los trastornos de personalidad ya que no existe diagnóstico compartido en cuanto a su incidencia en la comisión del acto delictivo. Algunos trastornos de la personalidad se encuentran en una delgada línea entre el trastorno mental y la personalidad desviada, por lo que a efectos de imputabilidad en muchos casos se entiende que las personas que los tienen son completamente conscientes de sus actos (Esbec et al, 2010)⁶⁵.

Por otro lado resulta interesante la elaboración, por parte del Ministerio del Interior a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, de la Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario a través de la que se pretende realizar una prevención primaria para evitar que se desarrollen problemas de salud mental entre la población penitenciaria. Esta guía recoge recomendaciones así como actividades de trabajo diario en la atención a la salud mental en las prisiones⁶⁶.

⁶² Red2red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.* Referencia bibliográfica incorporada en el estudio: Esbec, E., Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 38 (5), pp. 249-261. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

⁶⁶ *Ibid.*

7.2. Vulneraciones

A) Fallecimiento de una joven en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

Andreas F. G., ovetense de 26 años, falleció por parada cardíaca en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) mientras estaba ingresada en el área de Psiquiatría y en la que permanecía inmovilizada por orden judicial.

La joven había estudiado Psicología en la Universidad de Oviedo y cursado un máster en Políticas Sociales y Bienestar, que incluyó un estudio sobre los efectos de la crisis económica en la salud y el bienestar psicosocial de los trabajadores con ocupaciones precarias y de las personas en situación de desempleo. Por lo que ha trascendido en los medios de comunicación, era muy activa socialmente y no contaba con diagnóstico previo alguno en salud mental.

Según personas allegadas y amigas, el motivo inicial por el que acudió al centro hospitalario era que presentaba síntomas de faringitis y el personal sanitario concedió una excesiva relevancia a la agitación que presentaba y a ciertos antecedentes familiares de carácter psiquiátrico, recurriendo a la inmovilización, atendiendo de manera insuficiente otros factores que pudieron ser la causa de su muerte⁶⁷.

B) Fallecimiento de pacientes en Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo y en el Complejo Hospitalario de A Coruña

En 2017 las Unidades Psiquiátricas de A Coruña y de Santiago acogieron varios episodios enormemente preocupantes. A principios de febrero, en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo se produjo el fallecimiento de una paciente por suicidio y la denuncia, unos días antes, de una agresión sexual por parte de otra paciente. Semanas después, fue denunciada la muerte de un paciente psiquiátrico que se encontraba en contención mecánica mientras estaba ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de A Coruña.

Por ello, FEAFES Galicia ha mostrado su preocupación ante estos acontecimientos y ha denunciado las visibles carencias que estos hechos revelan sobre la atención a la salud mental en Galicia.

Por su parte, el Movimiento Gallego de Salud Mental (Galego Movemento de Saúde Mental) ha llamado la atención en los últimos años sobre el deterioro progresivo de la atención de la salud mental en Galicia, señalando entre sus principales causas: los recortes en materia de sanidad, los modos de planificación y las barreras a la participación de los profesionales en salud pública.

⁶⁷ Álvarez, P. (6 de mayo, 2017). La muerte de una joven en el HUCA irá al juez y Sanidad pide esperar a la autopsia. *La Nueva España*. Recuperado de <http://www.lne.es/sucesos/2017/05/06/muerte-joven-huca-ira-juez/2099881.html>

Todo esto, según indican desde este grupo, ha hecho que la calidad de la atención y la seguridad del paciente se hayan visto comprometidas.

Así, es esencial adoptar medidas preventivas de forma inmediata para contribuir a una mejor calidad de hospitalización psiquiátrica, lo cual no se logra mediante el simple fortalecimiento del control de los y las pacientes o el aumento de la coacción, sino con el refuerzo de la atención terapéutica y el respeto por los derechos de las personas. Esto incluye el fomento del trabajo participativo y coordinado entre el personal, la definición de protocolos claros e instrucciones de trabajo y la revisión sistemática de las actividades de los profesionales.

Es por esto que FEAFES Galicia demanda una atención a las personas con problemas de salud mental digna, respetuosa y en igualdad de condiciones que los demás usuarios de los servicios hospitalarios⁶⁸.

C) Falta de asistencia psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

Los medios de comunicación se hicieron eco de una realidad preocupante en este centro penitenciario en el que la población reclusa la componen 165 internos, diagnosticados todos de trastornos mentales.

La relación de puestos de trabajo (RPT) contempla una dotación de cuatro médicos psiquiatras para atender a dicha población. Sin embargo, la realidad es que solo cuentan con un facultativo que no es sustituido cuando toma un descanso o se va de vacaciones. A esto hay que añadir el hecho de que la sobrecarga de trabajo afecta a su rendimiento profesional. Así, el secretario general de UGT-Prisiones, Alejandro González, manifiesta que: *“había dos psiquiatras, pero uno pidió el traslado. El compañero que ha quedado sufre un estrés laboral constante, así como una excesiva carga de trabajo. El centro es vulnerable los días en los que no está”*.

⁶⁸ Movimiento Galego da Saúde Mental (MGSM). (9 de febrero, 2017). O doloroso daño dos recortes na hospitalización psiquiátrica en Santiago [noticia en web]. Recuperado de <http://movementogalegosaudemental.gal/2017/02/09/o-doloroso-dano-dos-recortes-na-hospitalizacion-psiquiatrica-en-santiago/> Asimismo, Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (28 de marzo, 2017). FEAFES Galicia preocupada por los acontecimientos en las Unidades Psiquiátricas de A Coruña y Santiago [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/feafes-galicia-acontecimientos-unidades-psiquiatricas-31599/> Igualmente, se puede consultar el comunicado siguiente: FEAFES Galicia (22 de marzo, 2017). Preocupación polos acontecementos nas Unidades Psiquiátricas de A Coruña e Santiago [noticia en web]. Recuperado de <http://feafesgalicia.org/GL/noticia-detalle/Preocupacion-polos-acontecimentos-nas-Unidades-Psiquiatricas-de-A-Coruna-e-Santiago>

Además, se ha publicado información sobre ambos casos en EUROPAPRESS, <http://www.europapress.es/galicia/noticia-plan-prevencion-suicidio-galicia-punto-20170322175614.html>

Información adicional sobre la CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL CHUAC: [Movimiento Galego Saude Mental](#), [Galicia Press](#), [Praza Pública](#), [Galicia Confidencial](#), [Diário Liberdade](#),

Información adicional sobre SUICIDIO Y AGRESIÓN SEXUAL EN CONXO: [Movimiento Galego Saude Mental](#), [Faro de Vigo](#), [La Voz de Galicia](#), [El Plural](#), [Galicia Confidencial](#), [El País](#), [El Correo Gallego](#), [Noticias Galicia](#), [Diario de Pontevedra](#), [Europa Press](#), [Faro de Vigo](#), [Galicia Confidencial](#)

Según se ha publicado, desde Instituciones Penitenciarias no se ha aportado ningún dato ni contrastado la información facilitada por los funcionarios al respecto⁶⁹.

7.3. Buenas prácticas

A) Nace la Plataforma Nacional Sin Sujeciones

La sede de Fundación ONCE en Madrid acogió la presentación de la Plataforma Nacional Sin Sujeciones que tiene como objetivo luchar contra el uso de sujeciones físicas y químicas en las prácticas de cuidado que se desarrollan en los entornos sanitarios y sociales con las personas mayores, personas con discapacidad y personas con problemas de salud mental.

El manifiesto fundacional recoge que la plataforma pretende sensibilizar a la sociedad, a la ciudadanía española, a los profesionales que se dedican al cuidado, al personal, al servicio de la administración, a la clase política y a las asociaciones de familiares y los proveedores de servicios. Además, busca promover acciones encaminadas a la reducción y erradicación de esta práctica y a la protección de la dignidad y los derechos de las personas cuidadas o que reciben apoyos para su autonomía.

En este acto estuvo presente el presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico, quien hizo referencia a que además de tener en cuenta las contenciones mecánicas y farmacológicas hay que *“prestar atención a las llamadas ‘contenciones emocionales’ (chantaje emocional) al que se ven sometidas muchas personas afectadas por un problema de salud mental, incluso sus familiares”*.

A juicio de la Plataforma Nacional Sin Sujeciones, las entidades y organizaciones que atienden a personas mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad y personas con trastorno mental, en los distintos niveles y sectores asistenciales de cuidado (residencias, viviendas colectivas, centros sociales, centros sociosanitarios, hospitales, atención primaria y atención domiciliaria), deben estar obligadas a ofrecer a las personas a quienes cuidan la posibilidad de optar a planes de cuidados libres de sujeciones físicas y farmacológicas.

Para ello, el manifiesto pide al Gobierno de España que establezca un plan de abordaje del cuidado sin sujeciones en el que se contemple un programa de formación para las entidades tanto sanitarias como sociales, pactado con todas las comunidades autónomas; la aprobación de una normativa de obligado cumplimiento que proteja los derechos de las personas que reciben cuidados o apoyos en su autonomía personal y la revisión del actual marco legal de la tutela de adultos.

⁶⁹ Tubio, S. (1 de abril, 2017). Un único psiquiatra para atender a los 165 reclusos enfermos mentales en la prisión de Sevilla. ABCdesevilla. Recuperado de http://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-unico-psiquiatra-para-atender-165-reclusos-enfermos-mentales-prision-sevilla-201704010830_noticia.html

Durante el acto, la presidenta de la UDP (Unión Democrática de Pensionistas), Paca Tricio, señaló que *“todas las personas tenemos derecho a vivir libres de sujeciones, ya sean físicas o farmacológicas”*. Para ello, la presidenta de la Fundación Cuidados Dignos, Ana Urrutia, hizo un llamamiento para que cada vez más organizaciones se sumen, porque aunque cada uno haga las cosas de una forma distinta, *“todos tenemos un objetivo común”*.

Por su parte, la presidenta de la Fundación Pilares, Pilar Rodríguez, señaló que hay evidencias científicas que muestran que no están mejor cuidadas las personas con sujeción y, sobre todo, se ha demostrado que *“vivir atado es horroroso e indigno”*.

Asimismo, Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería, resaltó la importancia de que la enfermería estuviera presente en este acto y la presidenta de Help Age International, Isabel Martínez, puso el acento en la relevancia de *“hacer una labor importante de formación con los profesionales que atienden a los pacientes”*, para erradicar *“el paradigma equivoco”* de que la sujeción es un protocolo normalizado.

El acto de presentación de esta nueva plataforma contó también con la participación de la directora ejecutiva del CERMI Estatal, Pilar Villarino; el presidente de Dignitas Vitae, José Pascual, y el presidente de Lares, Juan Ignacio Vela, quienes celebraron también la puesta en marcha de este proyecto, que servirá, en su opinión, para reforzar la defensa de todas las personas que precisan de apoyos⁷⁰.

7.4. Denuncia

A) No hay protocolo de actuación único ni normas mínimas a nivel estatal sobre contenciones mecánicas⁷¹

La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario y en muchas unidades de salud mental se realiza de manera rutinaria. Se trata de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo o peligro de lesión a la persona atendida o a otras de su entorno.

Según el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Celso Arango, *“la contención mecánica debe aplicarse exclusivamente cuando ha fracasado toda intervención previa, y la misma es el mal menor para evitar que una persona se haga daño o se lo haga a*

⁷⁰ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (19 de julio de 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el nacimiento de la ‘Plataforma Nacional Sin Sujeciones’ [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/plataforma-nacional-sin-sujeciones-33518/>

⁷¹ Información extraída del reportaje Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2017). El principal método para no atar a la gente es no querer hacerlo. *Revista Encuentro*, 2, pp.4-6. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/EncuentroN22017.pdf>

terceros”. Sin embargo, reconoce que *“lamentablemente no hay ningún protocolo, ni siquiera de mínimos, para todo el Estado a este respecto”*.

Esta situación provoca la arbitrariedad y, sobre todo, el descontrol con el que se aplican este tipo de técnicas. Para Carlos Aguilera, enfermero especialista en salud mental, *“uno de los grandes lastres en la atención prestada a la salud mental de las personas es todo lo que concierne al uso y empleo de la contención mecánica. Es el verdadero freno al modelo de recuperación en salud mental”*.

“En la actualidad no solo no existe legislación a nivel estatal sobre el uso de las contenciones mecánicas sino que además no se cuenta con un dictamen único. Esto provoca que haya una laxa normativa en función del protocolo, guía o procedimiento que se consulte dentro de cada servicio, de cada hospital, de cada provincia o de cada comunidad autónoma”, explica Aguilera. Además, añade que *“la ausencia de registros y control, debido a la no existencia de un protocolo de actuación único, deja en evidencia el abuso y libertinaje con el que se utilizan este tipo de mecanismos”*.

Celso Arango considera que *“debería existir un número mínimo de contenciones y muchas se pueden evitar con personal bien formado en técnicas de desactivación verbal y, sobre todo, con personal empático y con el tiempo necesario para, mediante la palabra, reducir situaciones de violencia contra uno o contra otros”*.

Para Carlos Aguilera *“a no atar se aprende. En los últimos años está creciendo el interés por estudiar técnicas e intervenciones alternativas al uso de contenciones y es donde se está poniendo en evidencia la importancia del rol y la formación del cuidador. Pero, sin duda, el principal método para no atar a gente es no querer hacerlo”*.

En opinión de la profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Lala Bono, *“hay que trabajar por una atención menos coercitiva, que suponga una disminución significativa del uso de las contenciones mecánicas. Son necesarias medidas organizativas y de liderazgo en las que se cuide mucho el ambiente terapéutico orientado hacia la calma y el cuidado de la persona”*.

Y todo este tipo de medidas alternativas son las que a ‘V’ (quien prefiere mantener su anonimato bajo esta sigla) y que es usuaria de los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid, le hubiera gustado que se utilizaran en alguna de las tres ocasiones en las que ha sido contenida. *“Durante la primera contención no se me aplicó protocolo alguno y estuve durante más de cinco horas sin recibir la asistencia sanitaria precisa. La segunda vez fue en la misma clínica por una simple caída al suelo. Tampoco se utilizó ningún protocolo médico ni de enfermería. La tercera vez en el Hospital Ramón y Cajal me contuvieron por protestar, con un protocolo sin perspectiva de género. Ninguna de las tres veces avisaron a mis familiares antes, durante ni después de las contenciones”*, describe ‘V’. Para ‘V’ *“todo esto ha sido una experiencia profundamente traumática”* de la que aún se está recuperando. *“Ya hay evidencia científica de que las y los pacientes que reciben tratamientos coercitivos presentan un mayor número de*

ingresos hospitalarios y problemas de seguimiento en el tratamiento comunitario posterior al alta”.

Quien aplica este tipo de medidas también sufre. Carlos Aguilera relata que *“ninguna de las personas que han participado”* -junto a él- *“en cada empleo de este tipo de intervención ha salido impune. A veces lo han exteriorizado en forma de palabras, otras en llanto, otras no expresando nada, con silencios, diciendo más que mil palabras. El sufrimiento asociado a esta práctica es incalculable”.*

Un ejemplo de búsqueda de alternativas a este tipo de intervenciones es el informe que el Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía ha publicado bajo el título ‘Reducción de las contenciones físicas en las unidades de hospitalización de Andalucía’ y que fue recogido en ‘El Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España 2016’ de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Lala Bono, una de las personas integrantes del equipo de redacción del informe, explica que se pusieron manos a la obra ya que tenían constancia de que *“las intervenciones coercitivas no sirven para establecer relaciones de confianza con profesionales y servicios, que no ayudan la recuperación de la persona, que causan trauma y sufrimiento y que incrementan el riesgo de provocar problemas adicionales a la persona”.* Después de ese informe, en Andalucía se han dado más pasos. Según detalla esta experta, se ha establecido una línea estable de trabajo llamada “Prevención del uso de las contenciones mecánicas”, por parte del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud en coordinación con la Escuela Andaluza de Salud Pública, apoyando fundamentalmente la formación de profesionales y facilitando recursos sobre alternativas a las contenciones mecánicas existentes en el mundo, así como promoviendo lugares de encuentro entre responsables de las unidades de hospitalización para debatir sobre las dificultades para prevenir el uso de las contenciones mecánicas, para identificar necesidades, etc.

7.5. Recomendaciones

1. Recabar datos de la población reclusa con trastornos mentales

Es importante contar con información al respecto para medir la incidencia del problema y corregirlo hasta que no haya personas con trastornos mentales en estos centros.

2. Controlar los medios coercitivos

En este sentido, es importante tener presentes las propuestas incorporadas en el Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y Libres de Coerción⁷².

3. Prevenir el ingreso de personas con problemas de salud mental en prisión

Ninguna persona con problemas de salud mental debería permanecer en un centro penitenciario; de modo que su atención se habría de producir de manera específica en el sistema nacional de salud. Por este motivo, se deben efectuar los trámites oportunos para posibilitar su ingreso en centros del Sistema Nacional de Salud, a fin de que cumplan la eventual condena en un contexto terapéutico.

4. Control de la actuación de los equipos multidisciplinares

En todos los centros en los que se custodie personas con problemas de salud mental, se efectuará un monitoreo eficaz de la actuación de los equipos multidisciplinares, a fin de llevar un control de la calidad de sus intervenciones, el logro efectivo de objetivos y la fundamentación de sus decisiones desde un enfoque de derechos humanos.

5. Coordinación y formación del personal

En todos los centros en los que se custodie a personas con problemas de salud mental, el personal en contacto con ellas trabajará de forma coordinada, promoviéndose la creación de mecanismos de control continuado de los planes individualizados de atención y su impacto efectivo sobre la vida y salud de las personas a los que se destinan los mismos.

Además, el personal en contacto con personas con problemas de salud mental debe estar especializado y se establecerán mecanismos de control de sus capacidades y actuaciones.

6. Cuidar el diseño del espacio

Los espacios habrán de estar orientados al bienestar de la persona, de modo que se buscará la creación de ambientes cálidos y agradables. Esto implica un adecuado equipamiento, acorde con su dignidad y necesidades, que favorezca el respeto a su intimidad, libertad de movimientos, oportunidades de ocio e interrelación, etc. Se evitará el recurso a la contención, castigo o aislamiento⁷³.

⁷² Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Federación 'En Primera Persona' y Federació Veus. (3 de junio, 2016), Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y Libres de Coerción [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena-28240/>

⁷³ Poder Judicial de Costa Rica, Comisión de Acceso a la Justicia, Programa EUROsociAL. (2013). *Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial*. Madrid: Programa EUROsociAL. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Protocolo-justicia-discapacidad-psicosocial.pdf>

7. Diseño de planes individualizados de atención

En todos los centros en los que se custodie a personas con problemas de salud mental, deberían existir protocolos de apoyo para prevenir agravamientos del estado de salud, graduando la intensidad del apoyo en función de la situación específica de la persona.

8. Revisar los recursos dedicados a la atención y protección de los menores privados de libertad

La Ley Orgánica 8/2015, que presenta como “novedad importante” la regulación del ingreso “en centros de protección específicos para menores con problemas de conducta”, genera muchas dudas a la hora de detectar las situaciones de trastorno mental desde un enfoque de derechos humanos.

Por ello, se recomienda:

- Prevención y control de actuaciones ex ante y de la falta de especialización;
- Creación de mecanismos que eviten la indeterminación y falta de garantía del derecho de acceso a la justicia;
- Exigencia a los profesionales de la Protección a la Infancia de coordinación y especialización clínica y psicoterapéutica que les faculte para llevar a cabo su labor con el rigor y las garantías necesarias desde un enfoque de derechos humanos;
- Promoción del trabajo en red, de modo que el profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil forme parte del equipo de profesionales encargados de la Protección a la Infancia y la Adolescencia y, con un bajo coste, complemente al máximo las perspectivas clínica y social para un abordaje más eficaz que constituya “un traje a medida” para cada niño y niña;⁷⁴
- Creación de mecanismos de control de situaciones de sobremedicación y de promoción de espacios terapéuticos.

9. Accesibilidad y ajustes razonables

Los profesionales que intervengan en el procedimiento judicial y quienes estén en contacto con la persona con problemas de salud mental en el contexto penitenciario habrán de garantizar sus derechos en igualdad de condiciones con las demás. Esto implica atender aspectos tan esenciales como el modo en que se proporciona la información, las características del entorno, la manera en que se produce la comunicación y todos aquellos otros que contribuyan a la

⁷⁴ Marcos, C., Córcoles, L.M. (2010). Un lugar para crecer: de lo ideal a la posible. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, pp. 115-131. Recuperado de <http://www.sepygna.com/documentos/articulos/lugar-crecer-ideal-posible.pdf>

identificación y eliminación de obstáculos y barreras. Para ello, tendrán en cuenta el modo en que se proporciona la información.

La información y las comunicaciones deberán adecuarse a las concretas circunstancias de la persona, respetando su diversidad y evitando aquellos factores de riesgo que le puedan hacer vulnerable. Por esta razón, el lenguaje empleado deberá ser claro, sencillo, coloquial y concreto, teniendo en cuenta sus características culturales, socioeconómicas o de cualquier otra índole. Así, de modo general la información que se brinde deberá contar al menos con los siguientes contenidos:

- a) La naturaleza de la actuación judicial en la que va a participar;
- b) Su papel dentro de dicha actuación, sus derechos y su posición procesal, ya sea como víctima, testigo o imputada;
- c) El sentido de su intervención;
- d) El tipo de apoyo que puede recibir en el contexto de dicha intervención, y qué organismo o institución se lo puede ofrecer;
- e) En cuanto a la forma, se seguirán los siguientes criterios:
- f) Dirigirse directamente a la persona;
- g) Reconocer a la persona como alguien capaz de aportar; y no como una mera receptora;
- h) Utilizar un lenguaje sencillo y adaptado a sus características, comprobando la comprensión por parte de la persona;
- i) Comunicarse con naturalidad;
- j) Tratar a la persona conforme a su edad, evitando la “infantilización” y evitando actitudes de superioridad;
- k) Adaptar los tiempos a las circunstancias particulares;
- l) Crear un ambiente cálido, estructurado y estable que evite el conflicto;
- m) Adoptar una actitud de escucha activa, que incluya la percepción del lenguaje no verbal;
- n) Responder a las preguntas, asegurándose que han sido entendidas;
- o) Preguntar de forma clara y precisa, tomando en consideración sus preferencias o intereses;
- p) Aprovechar las nuevas tecnologías según los casos⁷⁵.

10. Investigación de quejas y denuncias

En todos los Centros debería establecerse un archivo o libro en el que se registren las quejas presentadas por las personas internas, así como las denuncias o procedimientos judiciales de los que se tenga conocimiento, relativas a actuaciones incorrectas o malos tratos por parte de los y las funcionarios, a fin de su seguimiento y supervisión por parte de la dirección de los mismos. Es importante que la investigación a raíz de las quejas o denuncias de torturas o malos tratos, incluso cuando no exista denuncia formal pero se aprecien indicios de que puede haberse

⁷⁵ Poder Judicial de Costa Rica, Comisión de Acceso a la Justicia, Programa EUROsociAL. (2013). *Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial*. Madrid: Programa EUROsociAL. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Protocolo-justicia-discapacidad-psicosocial.pdf>

cometido un acto de esta naturaleza, se inicie una investigación que se adecue a lo establecido en el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, conocido como Protocolo de Estambul.

11. Creación de un Protocolo común sobre contenciones mecánicas

12. Establecimiento de mecanismos de control sobre el número de contenciones

13. Formación de los y las profesionales en técnicas de desactivación verbal y sobre todo en empatía y en inversión del tiempo necesario para, mediante la palabra, reducir eventuales situaciones de violencia de la persona contra sí misma o contra otras personas.

8. RESPETO DEL HOGAR Y DE LA FAMILIA

Artículo 23 CDPD

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:
 - a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges; -18-
 - b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;
 - c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás.
2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.
3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.
4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

8.1. Aspectos a tener en cuenta⁷⁶

A) El tabú de las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia

Como denuncian desde la entidad Obertament, las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia *"son un tabú y las personas con trastornos sufren la discriminación en todas las facetas de su vida"*. De hecho, según una encuesta de la Conselleria de Salut, el 21% de los catalanes considera que *"no se puede confiar para el cuidado de otros en aquellas personas que han sido pacientes en hospitales de salud mental"*.

Según Enric Arqués, psicólogo y presidente de la Federació Fòrum-Salut Mental que agrupa a 22 entidades, el diagnóstico *"se utiliza para descalificar a los futuros padres y se les ponen trabas al considerar que no están calificados para hacer frente a una crianza. Es una actitud paternalista que llega al punto de denegar el derecho a ser padres"*. Además, añade que igual que *"hay casos de mujeres que suspenden la quimioterapia para ser madres, también puede pasar lo mismo con la medicación para un trastorno mental"*. Por eso, se precisan apoyos.

En los procesos de separación el diagnóstico se utiliza como arma arrojadiza para lograr la custodia de los hijos menores. Carme Adell, abogada experta en derecho de familia y diputada de la junta de gobierno del Col·legi de la Advocacia de Barcelona, afirma que *"si hay un mínimo de sospecha de alguna inestabilidad, se utiliza siempre"* y *"no solo se utiliza como argumento cuando hay diagnóstico, sino incluso cuando los trastornos mentales son transitorios y los ha causado el propio proceso de separación"*.

⁷⁶ Pérez, T. (14 de mayo, 2016). El trastorno de mamá y papá. *El Periódico*. Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20160514/discriminacion-personas-trastorno-mental-5127356>

9. DERECHO A LA SALUD

Artículo 25 CDPD

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

9.1. Aspectos a tener en cuenta

En 2017 el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha emitido un Informe centrado de manera específica en el derecho de toda persona a la salud mental, denunciado que esta se ha descuidado con

frecuencia y que *“cuando se le destinan recursos prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales”*⁷⁷.

Este Informe, que es el resultado de amplias consultas realizadas a representantes de movimientos relacionados con la discapacidad, personas usuarias de los servicios de salud mental, profesionales de este ámbito o miembros de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, entre otros, pone negro sobre blanco *“el hecho de que en el contexto actual no se aborden las violaciones de los derechos humanos producidos en los sistemas de atención a la salud mental”*.

Según apunta el documento las personas con problemas de salud mental encuentran en el ejercicio de sus derechos *“barreras derivadas de una deficiencia real o supuesta y, por consiguiente, están extremadamente expuestas a las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental”*.

Además, el Relator estima que *“a nivel mundial se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud”* y que la mayor parte de esta inversión *“se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce directamente en ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental”*. Esto es así, según publica, porque *“durante decenios, los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista que ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de las personas con discapacidad psicosocial”*.

Por ello *“se deberían ampliar las intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario y abandonar la cultura de la coacción, el aislamiento y la medicalización excesiva”* y facilitar así *“la transición hacia la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzados y el aislamiento”* que conlleve *“un cambio de paradigma basado en la recuperación y la atención comunitaria”*.

En este sentido, el Informe reconoce la importancia y el trabajo que han desarrollado a lo largo de los últimos años *“las acciones organizadas de la sociedad civil, en especial los movimientos liderados por usuarios de servicios de salud mental”* las cuales han tenido *“una importancia crucial para señalar las deficiencias de los servicios tradicionales de atención a la salud mental a la hora de responder a sus necesidades y garantizar sus derechos”*.

Estas deficiencias son ya acuciantes en España donde, según datos publicados por Eurostat, solo se proveen diez psiquiatras por cada 100.000 habitantes frente a los cincuenta de la sanidad pública suiza o los veintidós de la francesa. Esto nos sitúa a la cola de Europa en la provisión de recursos en este ámbito. Como indica Julio Bobes, presidente de la Sociedad Española de

⁷⁷ Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (14 de junio, 2017). No se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/informe-relator-onu-salud-mental-2-33103/>

Psiquiatría, "el crecimiento que se ha dado aquí en demanda de asistencia en salud mental no se ha acompañado en la dotación de plantilla tanto en psiquiatras como en psicólogos clínicos y en enfermería de salud mental", no están integradas las adicciones en el modelo sanitario de atención especializada y, pese a que el diagnóstico precoz es esencial, "tampoco tenemos suficientes centros adecuadamente desarrollados para la psiquiatría del niño y el adolescente". Todo esto es así a pesar de los compromisos que suscribió España en 2005 al firmar la Declaración Europea de Salud Mental (Declaración de Helsinki) y cuyo incumplimiento deja desprovistos de derechos a uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad: el de las personas con trastornos mentales (discapacidad psicosocial). En esta Declaración se establecieron cinco prioridades: concienciar de la importancia del bienestar mental, rechazar discriminación y desigualdad, establecer sistemas de salud integrales y eficientes, disponer de profesionales competentes en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, asistencia y recuperación, y tomar en consideración la experiencia de las personas usuarias y cuidadoras⁷⁸.

El psicólogo Pedro Rodríguez afirma que las personas con trastornos mentales "necesitan recursos profesionales, rehabilitación. Y merece la pena el esfuerzo. No nos damos cuenta de que invirtiendo en profesionales nos ahorramos muchas otras cosas, como ingresos innecesarios o tomas de medicación"⁷⁹.

Resultados preliminares del estudio PsicAP que ha elaborado la Fundación Española para la promoción y el desarrollo científico y profesional de la Psicología (PSICOFUNDACIÓN) revelan que los y las pacientes de atención primaria con trastornos de depresión y ansiedad que siguen un tratamiento psicológico se recuperan en un 70% como media, frente al 25,8% de los que siguen el tratamiento habitual de la consulta de medicina de familia, generalmente con psicofármacos. A esto hay que añadir que las personas atendidas por profesionales de psicología se recuperan de sus síntomas, como media, cuatro veces más que aquellos tratados con psicofármacos⁸⁰.

Finalmente, durante el 36º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y dentro del tema 3 de la agenda "Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo", este consejo aprobó el pasado 28 de septiembre una resolución específica sobre salud mental.

Esta sesión del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, que tuvo lugar en Ginebra del 11 al 29 de septiembre, se clausuró con la adopción de más de 30 resoluciones, entre ellas la resolución A/HRC/36/L.25 "Mental health and human rights" ("Salud mental y Derechos Humanos").

⁷⁸ Hidalgo, M. (6 de febrero, 2017). La salud mental, una prioridad en el trastero. *Bez*. Recuperado de <http://www.bez.es/639834995/La-salud-mental-una-prioridad-en-el-trastero-de-Espana.html>

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ Soteras, A. (1 de marzo, 2017). Tratamiento psicológico frente al farmacológico en atención primaria. *Efe Salud*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/tratamiento-psicologico-frente-farmacologico-atencion-primaria/>

En dicha resolución el Consejo se muestra “*profundamente preocupado*” por el hecho de que las personas con problemas de salud mental de todo el mundo “*puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, estigma, prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencias*”.

Así, reconociendo la necesidad de proteger, promover y respetar todos los derechos humanos en la respuesta global a las cuestiones relacionadas con la salud mental, en este documento se recalca que los Estados deben asegurarse de que las personas con problemas de salud mental puedan “*vivir de forma independiente, ser incluidas en la comunidad, ejercer su autonomía y capacidad de actuación, participar de manera significativa en todos los asuntos que las afecten y tomar decisiones al respecto, así como lograr que se respete su dignidad, en igualdad de condiciones con las demás personas*”⁸¹.

A) Discriminación por orientación sexual: efectos sobre la salud mental

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ya destacó en un informe del año 2015 que “*la historia de la psiquiatría demuestra que las buenas intenciones de los proveedores de servicios pueden convertirse en violaciones de los derechos humanos de los usuarios*”⁸².

El Relator puso de manifiesto que “*esos grupos son objeto de exclusión social, estigmatización o humillación, lo que repercute negativamente en su estado de salud*” y “*con demasiada frecuencia, lo que impide poner en práctica los principios básicos no son los obstáculos financieros, sino ciertas actitudes que persisten entre los interesados y que no están en consonancia con los derechos humanos y los principios de salud pública*”⁸³. Partiendo de las premisas de que “*todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud*” y que “*sin salud mental no hay salud*”, el Relator propugna una concepción moderna de salud mental que va más allá de la ausencia de enfermedades mentales y abarca “*un buen bienestar emocional y social y unas relaciones sanas y pacíficas entre los grupos y las personas, en las que exista un vínculo mutuo de confianza, tolerancia y respeto por la dignidad de cada uno*”⁸⁴.

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero (LGBT) e intersex sufren múltiples violaciones de derechos derivadas de actitudes, leyes y prácticas discriminatorias. Esta vulnerabilidad impacta de manera directa en el disfrute de sus derechos. Así, el Relator, en otro informe publicado en 2010, reveló que “*el impacto en la salud de la discriminación basada en el comportamiento y la orientación sexual es enorme e impide a los afectados el acceso a otros*

⁸¹ Naciones Unidas, Asamblea General. “Mental health and human rights”, A/HRC/36/L.25, 26 de septiembre de 2017. Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_36_L_25.pdf

⁸² Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/29/33, 2 de abril de 2015. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_33_SPA.DOCX

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*

derechos económicos, sociales y culturales; así como a toda la gama de derechos civiles y políticos”⁸⁵. A esto se añade el problema que conllevan los estereotipos creados en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, basada en estereotipos negativos o directamente ignorada, llegando a percibir a la persona como un ser asexual.

En la base de todo ello se encuentra un sistema patriarcal que promueve roles masculinos y femeninos delimitados y excluyentes; así como un modelo médico rehabilitador de la discapacidad, que asocia esta circunstancia a enfermedad o limitación física, mental, intelectual o sensorial de la persona concebida como paciente que requiere ser rehabilitada, sanada o, en definitiva, “normalizada” para poderla integrar en la sociedad.

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad incorpora un modelo social de derechos humanos que pone el foco de atención en la incapacidad de la sociedad para incluir la diversidad. Es esa incapacidad la que alza barreras y produce vulneraciones de derechos que pueden ir de la falta de respeto al hogar y la familia (artículo 23) a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (artículo 16) y de la integridad personal (artículo 17) y de la salud (artículo 25).

Sin perjuicio de la importancia de otros aspectos relacionados, en este informe hemos puesto la atención sobre las cuestiones relativas a la salud, pues según un informe publicado en 2014 en el *Journal of General Internal Medicine*⁸⁶ la orientación sexual puede condicionar el nivel de salud, no por razón de ser gay, lesbiana, bisexual, transexual o intersexual, sino por cuestiones puramente relacionadas con el contexto social. De hecho, las políticas y prácticas discriminatorias y la falta de formación de los profesionales de la salud en materia de orientación sexual, incluido el prejuicio de que todos los pacientes son heterosexuales, afectan profundamente a la salud física y mental de las personas.

El estudio efectuado en Inglaterra revela que estas personas tienen el doble de probabilidades de haber pasado por una experiencia negativa con su médico de cabecera y entre dos y tres veces más posibilidades de haber sufrido problemas psicológicos o emocionales, por ello concluye que es fundamental reconocer las necesidades y mejorar las experiencias de este colectivo en su acceso a la atención sanitaria. Esto viene a confirmar estudios previos efectuados en Estados Unidos en los que se concluyó que la pertenencia a una minoría sexual aumenta el riesgo de sufrir depresión y ansiedad⁸⁷.

B) Trastornos asociados a la salud mental materna y paterna:

Depresión Posparto: La depresión “sonriente”

⁸⁵ Naciones Unidas, Asamblea General. (2010). “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/14/20.

⁸⁶ Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q., Abel, G.A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M.K., Schuster, M.A., Roland, M. (2014). Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30, (1), pp 9–16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284269/>

⁸⁷ Marín, C. (5 de septiembre, 2014) ¿Discriminan los sanitarios al colectivo LGTB El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/09/05/54089d15e2704e04188b4589.html>

El tema de la campaña del Día Mundial de la Salud de 2017 ha sido la depresión. Así, la Organización Mundial de la Salud ha pretendido movilizar la acción en torno a un tema de salud específico que debe preocupar a las sociedades, ya que afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales y de todos los países. Según la información publicada por esta organización con motivo de esta campaña, la depresión es un trastorno mental común que *“provoca angustia mental y afecta a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos y sobre la capacidad de ganarse la vida”*. De este modo, *“una depresión no tratada puede impedir que la persona afectada trabaje y participe en la vida familiar y comunitaria”* y, en el peor de los casos, *“puede provocar el suicidio, que actualmente es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad”*.

Por ello, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha pedido en un comunicado que se garantice la continuidad de la atención sanitaria a pacientes con problemas de salud mental como la depresión para lograr una completa recuperación de la persona, así como que se refuercen las políticas públicas y los planes específicos para detectar con antelación este tipo de trastornos. Igualmente, la Fundación Española del Corazón (FEC) ha alertado de que la depresión podría duplicar el riesgo de mortalidad en pacientes con problemas cardiovasculares⁸⁸.

Sin embargo, la depresión se puede prevenir y tratar de manera eficaz, de hecho los primeros síntomas ya se pueden detectar durante el embarazo. Por ello, es importante visibilizarla, de ahí que el eje de la campaña se sitúe en la importancia de hablar de la depresión como componente vital de la curación con el eslogan *“Hablemos de la depresión”*. Hablar del tema es una forma de enfrentar el estigma que llevan asociados los trastornos mentales, responsable de que las personas afectadas no pidan ayuda, y de vivir de este modo vidas saludables y productivas.

Con motivo de la campaña, se ha puesto el foco de atención en un problema tan ignorado en nuestro sistema de salud como frecuente: la depresión posparto.

Según la información publicada por la OMS, la depresión posparto afecta a una de cada seis mujeres que dan a luz y es un trastorno que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Entre sus síntomas se encuentran los siguientes: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; pensamientos de autolesión o suicidio, sentimiento de agobio; llanto persistente sin razón aparente; falta de lazos de afecto con el bebé; y dudas sobre la propia capacidad de cuidar de una misma y del bebé.

⁸⁸ EFE. (6 de abril, 2017). Pacientes de salud mental piden atención continua para una total recuperación. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20170406/421496078876/pacientes-de-salud-mental-piden-atencion-continua-para-una-total-recuperacion.html>

Sin tratamiento la depresión postparto puede durar meses o incluso años, afectando tanto a la salud de la madre como del recién nacido.

Atendiendo a los datos publicados por la Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP), la depresión posparto no sólo se da en las madres, sino que diversos estudios han revelado que este trastorno se da también con relativa frecuencia entre un 8 y un 13% de los padres, lo cual interrumpe igualmente la dinámica familiar⁸⁹.

Ibone Olza, psiquiatra infantil y perinatal, profesora asociada en la Universidad de Alcalá y directora del programa de formación en salud mental perinatal Terra Mater, afirma que la depresión posparto suele alterar la capacidad maternal de responder amorosamente al nuevo hijo y aunque se estima que la padecen un 15% de las madres recientes, en la mayoría de los casos no se llega a diagnosticar. La doctora Olza explica que se le suele llamar *“la depresión sonriente, precisamente porque muchas madres consiguen esconder su sufrimiento por miedo a ser tachadas de malas madres”*. Esto se traduce, según esta experta, en incapacidad de disfrutar con el bebé, sentimiento de culpa y arrepentimiento por haberlo tenido, pena constante por el hijo y en pensamientos recurrentes como *“pobre hijo mío que le tocó esta madre que no le quiere como debería”* o *“estaría mejor sin mí”*. Incluso, añade, se producen alteraciones del sueño, *“el no dormir ni siquiera cuando duerme el bebé, porque no pueden dejar de escuchar cada ruidito que el bebé hace al respirar... El agotamiento profundo, las ganas de llorar, el mal humor. En los casos más graves se llega a fantasear con hacer daño al bebé, hay pensamientos intrusivos, y también hay madres que no pueden acercarse a la ventana ni bañar al bebé a solas porque temen tirarlo por la ventana o ahogarlo. Sufren muchísimo y lo peor es que muchas no se atreven a contar a nadie el infierno que están viviendo en su cabeza”*.

Esta situación se ilustra muy bien con el caso de Ángela que la escritora Gadea Fitera describe en su blog “Diario de una madre inexperta”:

“Ángela siempre ha sido una mujer positiva, alegre y sobre todo muy activa. Es una de esas mujeres que no sé cómo se organiza el tiempo, pero que cuando tú has hecho dos cosas, ella ya lleva cinco. Es efectiva, inteligente y cariñosa. Se casó con un buen chico, ambos muy enamorados, y tuvieron una hija preciosa. A los tres años parió a su segunda hija, y tuvo una depresión posparto que le duró casi un año. Se pasaba el día llorando, le gritaba a todos, incluso le gritaba a su bebé en ocasiones, lo que le hacía sentirse la persona más horrible del mundo. Se quería morir. No tenía ganas de coger o de abrazar a su hija recién nacida, no quería salir de casa ni hacer ningún tipo de vida social, solo vegetar en la cama o en el sofá.

Tenía pensamientos extraños, pensaba que se estaba volviendo loca y tenía miedo de quedarse a solas con su bebé, miedo de llegar a pegarle. Mientras la niña dormía estaba mejor, pero cuando comenzaba a despertar, Ángela notaba como la ansiedad iba creciendo en ella rápidamente, y si lloraba mucho se volvía muy irascible. Amaba con todo su corazón a su hija, pero no entendía

⁸⁹ Huéscar, R. (21 de abril, 2017). Si tanto lo he soñado, ¿por qué no disfruto con mi bebé? [artículo en web]. Recuperado de <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/2017/04/21/depresion-posparto/>

por qué con ella se sentía así y no le había sucedido con la primera. No entendía por qué no podía disfrutar plenamente de su segunda maternidad, por qué se sentía como si no tuviese vida, como si estuviese siempre sola aun rodeada de gente. Llegó incluso a arrepentirse de haberla tenido”⁹⁰.

Otra madre como Ángela, Kathy Di Vincenzo, publicó en su cuenta de Facebook, junto con dos fotos reveladoras de su situación: *“Necesitamos romper el estigma y acabar con el silencio (#EndTheSilence) compartiendo nuestras historias y haciendo saber a otras que no están solas”*. De este modo, ha querido contribuir a visibilizar el problema y mostrar que *“lo que le ocurre no es algo tan inusual como nos hacen pensar”⁹¹.*

El duelo por la pérdida del bebé (muerte gestacional)

La pérdida gestacional o neonatal conlleva lamentablemente un duelo silencioso para las familias por un hijo o hija con el que se había establecido un vínculo, pero al que aún no se conocía. En estos casos es esencial contar con servicios de atención para elaborar el duelo por parte de la familia como parte de la obligación que tienen los Estados de prevención y promoción de la salud mental⁹².

9.2. Vulneraciones

A) España dispone de escasos recursos para tratar la salud mental materna⁹³

Las carencias de España en la prevención y atención de la salud mental se muestran en toda su crudeza en lo que a la salud mental materna se refiere. Los recursos son muy escasos y como explica la doctora Ibone Olza: *“Apenas hay psicólogos en los equipos obstétricos o de neonatología. Es una carencia tremenda y dramática. Las familias a veces transitan situaciones durísimas, como la muerte gestacional (muerte del bebé en el útero o en el parto), sin apenas atención o apoyo psicológico. Esta carencia también afecta a los profesionales, que a menudo tienen que atender situaciones muy complejas de gestantes con trastornos mentales sin recursos especializados. No tenemos apenas unidades ni programas de psiquiatría perinatal ni existen las llamadas Unidades Madre-bebé donde ingresar de forma conjunta a las madres que requieren un ingreso psiquiátrico en el posparto, a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos. Es*

⁹⁰ Fitera, G. (19 de marzo, 2017). Cuando la depresión post parto no es un cuento [artículo en blog]. Recuperado de <http://www.elmundo.es/blogs/elmundo/diariodeunaembarzadainexperta/2017/03/19/cuando-la-depresion-post-parto-no-es-un.html>

⁹¹ Tempesta, E. (9 de mayo, 2017). Mother with postpartum depression shares image of herself looking like a 'perfect' parent, alongside photos that show her struggling to cope, in order to show the illness is always with her. *Daily Mail* <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-4488250/Mom-shows-postpartum-depression-REALLY-looks-like.html> Di Vincenzo, K., publicación en su cuenta de Facebook: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10155359863932755&set=a.198428692754.156519.594392754&type=3>

⁹² Europa Press. (15 de octubre, 2017). El Colegio de Psicólogos aconseja afrontar con naturalidad el duelo por muerte gestacional o neonatal. *Europa Press*. Recuperado de <http://www.europapress.es/murcia/noticia-colegio-psicologos-aconseja-afrontar-naturalidad-duelo-muerte-gestacional-neonatal-20171015103506.html>

⁹³ Información extraída de García, C. (4 de mayo, 2017). Depresión ‘sonriente’, mujeres que ocultan su dolor por miedo a ser malas madres. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html

urgente que se incorporen psicólogos perinatales a los equipos de atención al embarazo y posparto, así como a los servicios de neonatología”.

Según la doctora, la falta de información afecta al abordaje del problema ya que *“las madres con depresión posparto no suelen ir al médico o al psiquiatra. Por el contrario, acuden a urgencias de pediatría a menudo porque el bebé no para de llorar o a la farmacia a comprar lo que sea porque están muy preocupadas por la salud de su retoño”*. Esto es esencial, ya que la ausencia de tratamiento puede generar complicaciones en el embarazo, en el periodo de lactancia y en la crianza de los hijos, así como separaciones y divorcios. El desarrollo de este trastorno hace que la crianza se inicie de la peor manera y provoque que *“los hijos a su vez pudieran padecer alguna psicopatología a lo largo de la infancia y adolescencia”*. Así, nos encontramos ante *“un drama que se transmite de una generación a otra y que puede derivar en maltrato y violencia... Sin embargo, con la detección y tratamiento en el periodo perinatal se puede romper esa transmisión intergeneracional. Es el momento preciso para las intervenciones psicoterapéuticas, el impacto de un buen tratamiento cambia la evolución de toda la familia para bien”*.

Esta experta explica que *“sin tratamiento, muchas madres siguen deprimidas meses o años. Son mujeres malhumoradas, con aumento de peso, que no disfrutan de sus hijos ni de su vida. Por eso es importantísimo prevenir, detectar y tratar”* y añade que *“si no se trata la depresión posparto afecta mucho a la interacción con el bebé, así que este podría sufrir por ejemplo un retraso en la adquisición del lenguaje o psicomotor por falta de estimulación. En los casos más graves hay riesgo de suicidio e incluso de infanticidio”*.

9.3. Buenas prácticas

A) El CERMI acude como entidad invitada a la manifestación del orgullo para visibilizar la diversidad sexual de las personas con discapacidad

Una delegación del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y de la Fundación CERMI Mujeres (FCM) participó en la manifestación del Orgullo LGTB 2017 con el objetivo de visibilizar a las personas con discapacidad gais, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales. Esta manifestación tuvo lugar el 1 de julio en el marco del ‘World Pride Madrid 2017’ y tras la pancarta que tuvo como lema ‘Diversidades sexuales, diversidades humanas’ desfiló, junto con otras entidades representativas del mundo de la discapacidad, una representación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Según la presidenta de la Comisión de Diversidades Sexuales (LGTBI) y Discapacidad del CERMI Estatal, Rocío Gómez, esta acción surgió del contacto con la Federación Española de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) con el fin de buscar líneas comunes de actuación.

De este modo, tanto las entidades LGTBI como las propias organizaciones de la discapacidad se han unido para hacer frente a una realidad que tradicionalmente ha permanecido oculta bajo el manto de la ignorancia y de modelos exclusivamente centrados en la heterosexualidad.

Es importante destacar que los órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos han expresado preocupación por las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex como *“víctimas de abusos y malos tratos por parte de los proveedores de servicios de salud”*⁹⁴.

Además, según un estudio publicado en el Journal of General Internal Medicine, las minorías sexuales tienen una mayor propensión a la depresión y ansiedad. Esta realidad viene a confirmarla el coordinador del área de salud integral de la Federación Estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FELGTB), Santiago Redondo, que reclama *“una mayor formación y sensibilización de los profesionales”* y afirma que: *“En España por suerte hemos conseguido la igualdad formal pero la real todavía está lejos. El día a día sigue siendo muy duro para mucha gente”*. Esta realidad es confirmada por Flora Pereira, presidenta del Colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (COLEGA) de Huelva: *“La invisibilidad, el tener que estar ocultándote o llevando una doble personalidad es algo que pasa factura”*⁹⁵.

Por lo tanto, iniciativas que visibilicen esta realidad se hacen cada día más necesarias a fin de alcanzar una igualdad real para este colectivo.

9.4. Recomendaciones

1. Adopción de medidas inmediatas para establecer marcos participativos, inclusivos y significativos en la toma de decisiones en materia de salud mental, incorporando en la política pública un enfoque de derechos humanos, lo que el referido Relator Especial denomina *“políticas de salud mental basadas en derechos”*.
2. Priorizar la promoción de la salud mental y la prevención en la política pública, aumentando la inversión para hacerlo posible.
3. Integrar las adicciones en el modelo sanitario de atención especializada.
4. Desarrollar un plan de prevención del suicidio.
5. Crear centros adecuadamente desarrollados para la psiquiatría del niño y el adolescente.

⁹⁴ Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_LGTG_WEB_SP.pdf

⁹⁵ Marín, C. (5 de septiembre, 2014) ¿Discriminan los sanitarios al colectivo LGTB El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/09/05/54089d15e2704e04188b4589.html>

6. Recabar datos a nivel nacional para el desarrollo de análisis sobre la situación de las personas con trastornos mentales (discapacidad psicosocial) y evolución en los servicios de salud mental.
7. Mostrar voluntad política y entablar un diálogo serio entre los diferentes interesados acerca de los modelos y prácticas de la psiquiatría a fin de que sean respetuosos con la diversidad de las personas.
8. Invertir eficazmente en la salud de las personas y de la sociedad a fin de prevenir la discriminación de grupos en situación de vulnerabilidad por razón de su edad, discapacidad u orientación sexual, entre otras circunstancias.
9. Promover la creación de unos servicios de salud mental de calidad y respetuosos con los derechos humanos, liberados de los condicionamientos impuestos por las asimetrías de poder, la falta de transparencia, vigilancia y rendición de cuentas en los sistemas de atención.
10. Promover la responsabilidad compartida, de modo que los representantes de los grupos de profesionales del sector de la salud, incluida la psiquiatría, siguiendo lo establecido por el Relator sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su informe de 2015, convengan que sería beneficioso para todos desmonopolizar el proceso de toma de decisiones y elaborar mecanismos para compartir competencias y responsabilidades entre los distintos intervinientes, incluidos los proveedores y usuarios de servicios, los responsables de la formulación de políticas y la sociedad civil.
11. Promover el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental para que ejerzan libre, consciente y responsablemente su sexualidad y la no discriminación por su preferencia sexual.
12. Crear de programas de psiquiatría perinatal y Unidades Madre-bebé donde ingresar de forma conjunta a las madres que requieren un ingreso psiquiátrico en el posparto, en consonancia con lo desarrollado en otros países europeos.
13. Incorporar profesionales de la psicología perinatal a los equipos de atención al embarazo y posparto, así como a los servicios de neonatología.
14. Desarrollar tratamientos integrales para las madres que incluyan psicoterapia e incorporen al bebé y, en su caso, al padre o pareja; así como la relación con otras madres.
15. Financiar de forma pública la salud mental, equiparándola a la salud física e incluyendo la salud mental y física de los y las cuidadores para mantener su bienestar y capacidad de cuidado.

16. Promover el acceso a una atención a la salud mental de calidad para todos y todas, incluidos grupos vulnerables como migrantes (con independencia de su situación de residencia), personas con discapacidad, personas LGBTI, personas mayores, personas en situación de pobreza y víctimas de delitos, entre otros.

17. Invertir en recursos de alerta temprana de los primeros síntomas de problemas de salud mental.

10. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO

Artículo 27 CDPD

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:
 - a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
 - b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
 - c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
 - d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
 - e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
 - f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
 - g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
 - h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;

- i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
- k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

10.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Empleo y salud mental

Tener un empleo digno, saludable y motivador es beneficioso para cualquier persona. El empleo favorece la autonomía y contribuye a la construcción de la propia identidad. En el caso de las personas con problemas de salud mental es además una herramienta para su recuperación y para formar parte activa de la sociedad.

Los lugares de trabajo son entornos clave para impulsar una cultura positiva de salud y bienestar. Crear entornos de trabajo saludables beneficia a las personas, a las empresas y a la sociedad. Así, se precisan lugares de trabajo en los que se tenga en cuenta el bienestar de las personas empleadas, por lo que es necesario que se desarrolle una cultura de prevención de los problemas de salud mental asociados a las condiciones de trabajo y de integración de las personas con problemas de salud mental.

Las personas con problemas de salud mental se enfrentan a numerosas barreras para su integración laboral. Los prejuicios negativos, los entornos laborales poco saludables y la falta de adaptación de los puestos de trabajo a sus necesidades son algunas de las principales barreras para su integración laboral. Todos los ciudadanos tenemos derecho a acceder y mantener un empleo y merecemos oportunidades para demostrar nuestras habilidades y capacidades.

La cuestión del empleo y la salud mental es un tema de gran interés tanto para la sociedad como para las instituciones y agentes sociales. La propia Organización Mundial de la Salud aprobó en 2013 un plan sobre salud mental que propone la puesta en marcha de medidas para reducir el estrés relacionado con el trabajo, para promover el bienestar en el lugar de trabajo y para lograr

un equilibrio entre la vida personal y la profesional⁹⁶. Además, en 2008 se llegó al “Pacto Europeo por la Salud y el Bienestar”, iniciativa que alentó a los países de la Unión Europea a elaborar políticas para impulsar el bienestar en el trabajo y apoyar que las personas con problemas de salud mental tengan un empleo⁹⁷.

Así, es urgente mejorar, reforzar e impulsar medidas para que las personas con problemas de salud mental puedan trabajar. Existen diferentes medidas para facilitar su integración laboral en función de las necesidades que tienen en cada momento de su vida como por ejemplo: formación, adaptación del puesto de trabajo, cuotas de reserva de empleo, creación de cooperativas sociales, entornos protegidos enfocados a la inclusión social.

10.2. Vulneración

A) La tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental es la más baja de toda la discapacidad

El 1 de diciembre, el Instituto Nacional de Estadística publicó el informe ‘El empleo de las personas con discapacidad’ referente al año 2016. Resulta alarmante comprobar cómo la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental ha vuelto a caer hasta un 14,3%.

Este dato convierte al colectivo de personas con trastorno mental en el que tiene la tasa de empleo más baja de toda la discapacidad. Entre 2015 y 2016 el desempleo de las personas con problemas de salud mental ha aumentado en un 1,6%, lo que supone un total de 85,7%.

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA reclama que se tomen medidas de manera urgente que permitan revertir esta situación. Por ello, reivindica a la administración pública que impulse con mayor fuerza políticas que favorezcan la transición desde el empleo protegido al empleo ordinario.

Además, requiere que se aumente la inversión en planes de formación y capacitación para el empleo, que el sistema de compatibilidad entre el trabajo y las pensiones se adecúe a las necesidades y particularidades del colectivo de personas con problemas de salud mental y que la administración pública ponga en marcha un plan de sensibilización al tejido empresarial ambicioso y efectivo en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.

⁹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=A9EBCFEC700E80932EBA6093E2B6F65?sequence=1

⁹⁷ Conferencia de Alto Nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. (12-13 de junio, 2008). Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas: Comisión Europea. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Para el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel A. González Zapico, *“un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para obtener un empleo, sin embargo la baja inserción laboral de las personas con trastorno mental es una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, fruto en gran medida de los prejuicios de muchos empresarios y administraciones públicas”*.

“El empleo es una vía fundamental para lograr la recuperación y la autonomía, que además tiene una importante función terapéutica, la cual sustituye el rol del enfermo por el rol de trabajador. Por eso desde SALUD MENTAL ESPAÑA y el movimiento asociativo al que representamos llevamos años fomentando la mejora de la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental”, ha recalcado González Zapico⁹⁸.

10.3. Buenas prácticas

A) Jornada ‘Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras’

El 3 de octubre de 2017, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA celebró en Madrid una jornada técnica conmemorativa bajo el lema “Trabajar sin Máscaras. Emplear sin Barreras” (Jornada #SinMáscarasSinBarreras); que reunió a personas afectadas por un problema de salud mental, familiares, personas allegadas, estudiantes y profesionales del sector para compartir sus experiencias en primera persona y debatir sobre empleo y salud mental.

Con el primer debate, “Trabajar sin Máscaras”, se buscó reflexionar sobre la importancia del empleo para las personas con problemas de salud mental, así como conocer qué itinerarios se pueden seguir, cómo adaptar los puestos de trabajo si es necesario y qué actitud muestran las empresas hacia la contratación de personas con problemas de salud mental.

Después, en el debate “Emplear sin Barreras” se abordó cuáles son los retos o dificultades a la hora de emplear a personas con problemas de salud mental, cómo se pueden prevenir los problemas de salud mental en los entornos de trabajo y cómo deberían ser para garantizar el derecho al trabajo en un entorno saludable desde el punto de vista psicosocial.

Como cierre de esta jornada técnica tuvo lugar un coloquio entre un trabajador con un problema de salud mental y un representante de la empresa donde trabaja, ofreciendo su propio testimonio sobre cómo crear espacios de trabajo donde se acepte y se comprenda la diversidad de las personas⁹⁹.

⁹⁸ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (5 de diciembre, 2017). La tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental es la más baja de toda la discapacidad [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/tasa-empleo-salud-mental-mas-baja-discapacidad-34970/>.

⁹⁹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (31 de agosto, 2017). Se abre el plazo de inscripción para la jornada ‘Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras’ de SALUD MENTAL ESPAÑA [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/inscripcion-jornada-dia-mundial-salud-mental-2017-33664/>.

B) El modelo de Itinerarios de Empleo de la Federación Salud Mental Castilla y León

El movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León viene desarrollando un programa de empleo bajo el modelo de Itinerarios Personalizados.

El itinerario como instrumento para el modelo consiste en la construcción de un **proyecto de vida** que permita que la persona **tome sus propias decisiones**, facilitándole los **apoyos necesarios** a través de intervenciones planificadas en cada una de las fases por las que transita, desarrollando una intervención transversal. Este objetivo debe alcanzarse mediante el desarrollo de un itinerario flexible, pero al mismo tiempo coherente y con el mínimo posible de interrupciones. De este modo, la inclusión de una persona en un itinerario de empleo, la activa y modifica su rol.

Este modelo de trabajo no interviene sobre la tasa de empleo pero sí sobre la tasa de actividad. Desde el año 2015, 1.578 personas con problemas de salud mental han participado en estos Itinerarios de Empleo y, en la actualidad, hay 1.225 personas activas¹⁰⁰. Además, a lo largo de estos años se ha conseguido que 673 personas se inserten laboralmente.

El programa de Itinerarios de Empleo presta un servicio centrado en la persona e implica a todas las partes que interactúan con ella y consigo mismas. El **proyecto de vida** es el elemento de partida y principal en la atención y apoyo a las personas, estrechamente ligado a los que cada una de ellas necesita y demanda. Garantiza el empoderamiento y la participación de su red social y familiar, y recoge las propuestas formuladas por el equipo profesional.

Según información publicada por el Instituto Nacional de Estadística correspondiente al año 2016, el 85'70% de las personas con discapacidad por algún problema de salud mental no tienen trabajo. Es decir, una de cada siete personas no trabaja. Ahora bien, si se pone el foco sobre la tasa de actividad, en este caso el 72'3% de las personas con problemas de salud mental están inactivas, dato que bajo el punto de vista de la Federación Salud Mental Castilla y León es aún más preocupante¹⁰¹.

Por ello, según esta Federación, intervenir sobre las tasas de empleo es complicado, puesto que influyen muchos factores y contextos económicos y políticos. Sin embargo, intervenir para promover la "activación" de las personas, que estas se sientan útiles y que la sociedad y los empresarios valoren sus capacidades por encima de sus discapacidades, puede ser relativamente más sencillo. Activando a la persona y ofreciéndole los apoyos necesarios, esta

¹⁰⁰ Federación Salud Mental Castilla y León. (17 de marzo, 2017). *Empleo Salud Mental Castilla y León* [archivo de vídeo]. Recuperado de https://youtu.be/U-QH_XoYZR8

¹⁰¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). (1 de diciembre, 2017). El Empleo de las Personas con Discapacidad, año 2016 [Nota de prensa en web]. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/epd_2016.pdf

modifica su rol, su percepción sobre sí misma, y se potencian sus capacidades, lo cual tiene como consecuencia la mejora de las tasas de empleo.

Haciendo el ejercicio de extrapolar los datos del programa de Itinerarios de Empleo para compararlos con los de INE a nivel general se aprecia que, con este modelo de trabajo, se ha conseguido una tasa de empleo del 42'65% calculada sobre las personas con las que dicha Federación trabaja. Es decir tres de cada siete personas en Itinerarios de Empleo encuentran trabajo. Sin embargo el resto, esas cuatro de cada siete restantes, al menos están activas y participan en programas de autonomía personal, de formación para el empleo y de ocio, entre otros.

10.4. Avance

A) Aprobación de Ley que obliga a reservar un 1% de empleo público para personas con problemas de salud mental¹⁰²

La aprobación por el Pleno del Parlamento de Andalucía de la Ley andaluza de los derechos y la atención a las personas con discapacidad supone una mejora de la calidad de vida de uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad como es el de las personas con problemas de salud mental. La nueva Ley le reserva un 1% de empleo público y reorienta las actuaciones públicas hacia un modelo social basado en las propias capacidades y en la interacción con el entorno, así como la participación real y efectiva en todos los asuntos que afectan a su vida.

Además, entre otros avances, la norma incorpora el derecho a la atención infantil temprana (0 a 6 años) mediante acciones coordinadas con los servicios sociales, sanitarios y educativos, así como el derecho a una educación inclusiva, permanente y de calidad.

En general, aunque se ha de aspirar a alcanzar el objetivo del 2% de reserva para las personas con problemas de salud mental en el empleo público, esta ley representa un paso adelante para muchas facetas de la vida de las personas con discapacidad en general, y de las que tienen problemas de salud mental en particular, al avanzar en aspectos tan importantes como formación y empleo, accesibilidad y vivienda, entre otros.

10.5. Recomendaciones

1. Se ha de promover, facilitar y ejercitar por parte de las Administraciones Públicas el derecho que las personas con problemas de salud mental tienen de acceder y mantener un empleo.

¹⁰² El País. (13 de septiembre, 2017). La ley andaluza de discapacidad obliga a reservar un 1% de empleo público a enfermos mentales. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2017/09/13/andalucia/1505318520_237848.html

2. Las Administraciones Públicas han de colaborar y tomar conciencia de que en los entornos laborales se debe cuidar la salud mental de cualquier persona y se debe poder hablar sin tabúes sobre ello. También que se prevengan los trastornos mentales y se comprenda con naturalidad a las personas con problemas de esta índole.
3. Es preciso promover la reserva de un 2% de empleo público para las personas con problemas de salud mental por parte de las Administraciones Públicas.
4. La Administración Pública habría de impulsar con mayor fuerza políticas que favorezcan la transición desde el empleo protegido al empleo ordinario. Proponemos que se refuercen algunas medidas ya existentes y que los diferentes actores implicados muestren voluntad y compromiso por su cumplimiento y buen desarrollo. Destacan instrumentos como las bonificaciones e incentivos a la contratación; las cuotas de reserva de puestos de trabajo, que hoy por hoy adolecen de un claro control; la creación de cooperativas sociales y el Empleo con Apoyo en el mercado de trabajo ordinario con el acompañamiento de preparadores/as laborales, la voluntad de las empresas y el compromiso y la implicación de la administración pública.
5. Se ha de aumentar la inversión en planes de formación y capacitación para el empleo, que el sistema de compatibilidad entre el trabajo y las pensiones se adecúe a las necesidades y particularidades del colectivo de personas con problemas de salud mental, y que la administración pública ponga en marcha un plan de sensibilización al tejido empresarial ambicioso y efectivo en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.
6. Es esencial que la normativa reguladora de los Centros Especiales de Empleo se ajuste al modelo social y de los derechos humanos que dictamina la Convención ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que este tipo de centros sigan trabajando para cumplir el objetivo por el que fueron diseñados: servir de plataforma para que las personas accedan al empleo ordinario

11. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA

Artículo 29 CDPD

Participación en la vida política y pública Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante: i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar; ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda; iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas: i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos; ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

11.1. Aspectos a tener en cuenta

A) El ejercicio del derecho de sufragio como máxima expresión de participación política de los miembros de una sociedad democrática

En España entre un 2,5 y un 3% de la población adulta tiene un problema de salud mental grave, lo que supone más de un millón de personas. Además el 9% de la población tiene algún tipo de trastorno mental crónico o leve y el 15% lo tendrá a lo largo de su vida.

Es obvio que esa realidad no está reflejada ni en las Cortes Generales ni en la propia vida pública, hasta el punto que en 2017 y tras diez años de recorrido y de obligado cumplimiento de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, casi 100.000 personas

con problemas de salud mental, discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, continúan sin tener reconocido el derecho al voto en España.

Según el artículo 3 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de Junio, del régimen electoral general, todavía a día de hoy se especifica que carecen de derecho de sufragio:

- Los condenados por sentencia judicial firme a la pena principal o accesoria de privación del derecho de sufragio durante el tiempo de su cumplimiento.
- Los declarados incapaces en virtud de sentencia judicial firme, siempre que la misma declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio.
- Los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial durante el período que dure su internamiento, siempre que en la autorización el juez declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio.

En 2011 el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad manifestó su preocupación por la posibilidad de restringir el derecho al voto de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial si la persona interesada ha sido privada de su capacidad jurídica o ha sido internada en una institución. Además, el Comité manifestó su inquietud por el hecho de que la privación de ese derecho parezca ser la regla y no la excepción y lamentó la falta de información sobre el rigor de las normas en materia de prueba, sobre los motivos requeridos y sobre los criterios aplicados por los jueces para privar a las personas de su derecho de voto (47)¹⁰³. Por ello, recomendó que se revisara *“toda la legislación pertinente para que todas las personas con discapacidad, independientemente de su deficiencia, de su condición jurídica o de su lugar de residencia, tengan derecho a votar y a participar en la vida pública en pie de igualdad con los demás. El Comité pide al Estado parte que modifique el artículo 3 de la Ley orgánica Nº 5/1985, que autoriza a los jueces a denegar el derecho de voto en virtud de decisiones adoptadas en cada caso particular. La modificación debe hacer que todas las personas con discapacidad tengan derecho a votar. Además, se recomienda que todas las personas con discapacidad que sean elegidas para desempeñar un cargo público dispongan de toda la asistencia necesaria, incluso asistentes personales”*.

En la propuesta de Proposición de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica de Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad, elaborada por el CERMI, se recoge cómo *“el Comité pide al Estado parte que modifique el artículo 3 de la Ley Orgánica núm. 5/1985, que autoriza a los jueces a denegar el derecho de voto en virtud de decisiones adoptadas en cada caso particular. La modificación debe hacer que todas las personas con discapacidad tengan derecho a votar”*.

¹⁰³ Naciones Unidas, Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. “Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención: Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, España, CRPD/C/ESP/CO/1, (19 de octubre, 2011). Recuperado de <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhslxq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FNZ5trZrfqNmKdTiE%2FScMKF96xMrtyzhDx7aguCpqdK47q0xpaffU9aXyHokWc%2FhYIraSHix%2FNZi7CCLfkQ2LWc>

11.2. Avance

A) Todos los partidos del Congreso de los Diputados se mostraron a favor de admitir a trámite la Proposición de Ley de reforma de la Ley del Régimen Electoral General (LOREG) elevada por la Asamblea de Madrid

En la vigente Ley de Régimen Electoral todavía se establece que en la sentencia de modificación de la capacidad se determine la posibilidad para el ejercicio del derecho al voto. Esto conduce a que muchas personas con problemas de salud mental que tengan su capacidad de obrar modificada no puedan ejercer su derecho al voto.

Con el fin de terminar con la privación del derecho de sufragio, el 8 de octubre de 2017 todos los partidos del Congreso de los Diputados se mostraron a favor de admitir a trámite la Proposición de Ley de reforma de la Ley del Régimen Electoral General (LOREG) elevada por la Asamblea de Madrid. Al previo debate acudió, junto a otros representantes de la discapacidad, el presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico. Por supuesto también estuvo presente el presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Luis Cayo, quien mostró su deseo de que *“la reforma legal se apruebe en los términos en que ha sido impulsada por la Asamblea de Madrid, ya que se ajusta perfectamente a nuestra Constitución, y sobre todo, permitirá que el Estado español deje de incumplir la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad”*. Dicho tratado, que es de obligado cumplimiento por parte de los países que lo ratifiquen, reconoce el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

Como ha señalado el presidente CERMI, es urgente que las personas con problemas de salud mental, discapacidad intelectual o deterioro cognitivo dejen de estar excluidas de la participación en democracia: *“Es necesario que se devuelva automáticamente el derecho de voto a todas las personas porque de lo contrario estaríamos obligándolas a atravesar largos procesos judiciales”*¹⁰⁴.

11.3. Recomendación

Nunca se debe proteger limitando o restringiendo si existe la preocupación de que estas ciudadanas y estos ciudadanos puedan ser manipulados. Lo que deberá establecerse son formas de apoyo en el proceso de toma de decisiones y penalizar, como ya lo está, ese proceso de tratar de influir sobre la libertad de elección. Por este motivo debemos reformular ese sistema “proteccionista”, pues proteger no es apartar sino apoyar, y es fundamental la participación de la persona, que sea la protagonista y centro de su vida y de sus decisiones. No sustituir a la persona si no apoyarla y empoderarla.

¹⁰⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de noviembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA celebra que el Congreso haya admitido a trámite la Proposición de Ley que permitiría votar a cien mil personas con discapacidad [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-congreso-proposicion-ley-votar-personas-discapacidad-34732/>

ANEXOS

Anexo 1

Conclusiones 'XX Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA': "Una Vida en Primera Persona"

25 y 26 de mayo de 2017 en Ávila

**Las conclusiones del Congreso fueron recogidas, elaboradas y expuestas por varios miembros del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.*

1. Conferencia marco sobre Salud Mental y Derechos

Impartida por Fernando Santos Urbaneja, Fiscal Delegado de Protección de las Personas con Discapacidad de Andalucía

¿Qué necesitamos?

- **Legislación:** A pesar de existir legislación que vela por nuestra autonomía no se nos garantiza su aplicación. Esto implica algo que creemos que es grave, que es que una de las tres funciones del Estado (el poder ejecutivo), no está siendo completamente respetado.
- **Coordinación:** Es necesaria una coordinación entre profesionales, familiares y usuarios de la salud mental. Esta coordinación nos haría más fuertes y probablemente garantizaría un buen pronóstico a futuro. La pregunta es: ¿cómo? Pues sentando unas bases que pueden empezar por dar voz y capacidad a personas con problemas de salud mental, por no negar la asistencia a los familiares de las personas con trastorno mental y con la implicación y actitud de los profesionales. Esto se traduce en un tratamiento centrado en la persona que necesita ayuda.
- **Recursos:** Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a recursos específicos y preferentes, derecho a estar informados, a la intimidad, a la toma de decisiones y en temas tan importantes como las voluntades anticipadas.

Por tanto, con estos elementos, ya sólo quedaría ser valientes y pasar a la acción.

Y ya, a modo de reflexión final: como personas con un problema de salud mental con demasiada frecuencia percibimos que existe una tendencia, afortunadamente cada vez menor, a pensar que no somos útiles en esta sociedad. Y esto para nosotros es preocupante, estigmatizante y descorazonador. Esta idea debería cambiar porque es errónea, tenemos mucho que aportar, por eso mismo exigimos estos derechos.

2. Mesa: 'Primeras etapas de la vida'

Intervinientes: La responsable de Formación de la Fundación ANAR, Luisa Fernández Yagüez, la directora de la Federació Salut Mental Catalunya, Marta Poll, y el psicólogo clínico del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid, Diego Padilla.

Tenemos que hacer frente a una realidad ante la que no podemos cerrar los ojos, tenemos que procurar el bienestar psíquico de nuestros menores, hay que responder a la lacra de la violencia que se genera en el ámbito familiar y que puede derivar en la reproducción de actitudes violentas en el ámbito escolar y en la sociedad.

Para una mejor atención en salud mental tenemos que definir protocolos de transición entre la edad infanto-juvenil y la edad adulta, que incidan en la escucha activa y que integren el mundo de los sentimientos y afectos para prevenir posibles recaídas y que ese paso no sea traumático. En definitiva, la salud mental es un fenómeno transversal, hay que incidir en el cuidado de niños y adolescentes teniendo como prioridad la prevención y la detección precoz, prestando especial atención a la coordinación de recursos, al acompañamiento familiar y defendiendo que la protagonista es la propia persona.

3. Mesa: 'Itinerarios hacia a la autonomía'

Intervinientes: el director técnico de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León, Benedicto Caminero, la directora de Salud Mental Ávila (FAEMA), Inmaculada Pose, y la directora de Salud Mental León (ALFAEM), Rosa M^a Conde.

Queremos fomentar modelos de atención centrados en la persona y en el proyecto de vida según las necesidades y expectativas de cada persona. Hay que destacar la importancia de la coordinación sociosanitaria, asegurar la continuidad de cuidados para apoyar el proyecto de vida y la adaptación de la red de servicios a las necesidades individuales.

También la importancia de promover la autonomía personal y la vida independiente de las personas con problemas de salud mental, mediante el empleo como forma de inserción en la sociedad y como forma de ser felices mediante la ejecución de tareas elegidas por uno mismo en función de las capacidades, sin centrarse tanto en las discapacidades.

Esto se puede hacer también a través de la figura del asistente personal, como beneficiario de la misma y como yacimiento de empleo para personas con trastorno mental.

4. Mesa: 'Activismo y participación'

Intervinientes: Andrés Mendoza, secretario de SALUD MENTAL ESPAÑA, Llum Moral, coordinadora de la Federació Salut Mental Comunitat Valenciana y Basilio García, responsable del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación.

La base del activismo y la participación debe ser trabajar en el reconocimiento de los derechos de las personas, pero en igualdad, en el hecho en sí de que todos y todas tenemos los mismos derechos.

Es importante tener la capacidad de hacer autocrítica, de ver las dificultades dentro de nuestro movimiento asociativo, de la apuesta firme de un cambio de este modelo del que todos formamos parte, en el que sean las personas con experiencia propia en salud mental quienes decidan lo que necesitan para ellas.

El activismo y la participación debe ser cosa de todos: de los órganos de gobierno, de los y las técnicos, de las personas con problemas de salud mental y de toda la ciudadanía.

Participar y ser activo también es conseguir que sobre una experiencia positiva se pueda tener una base para un proyecto de vida. El activismo es también trabajar para tu salud y por la de los demás, es tener esperanza en la recuperación, que se consigue, en gran medida, a través de la participación.

El activismo y la participación deben ser un derecho y no un privilegio.

Anexo 2

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

‘No se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en derechos’

Así lo revela el Informe emitido por el Relator Especial de la ONU, Dainius Pūras, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental centrado, básicamente, en el derecho de toda persona a la salud mental.

El objetivo del [Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental](#) es, básicamente, denunciar que la salud mental es un ámbito que se ha descuidado con frecuencia y en el que “cuando se le destinan recursos, prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales”.

Según apunta el documento, las personas con problemas de salud mental encuentran, en el ejercicio de sus derechos, “barreras derivadas de una deficiencia real o supuesta y, por consiguiente, están extremadamente expuestas a las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental”.

Además, el Relator estima que “a nivel mundial se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud” y que la mayor parte de esta inversión “se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce directamente en ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental”.

Y esta premisa lleva al Relator a apuntar que “durante decenios, los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista que ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de las personas con discapacidad psicosocial”.

Por ello el Informe reconoce la importancia y el trabajo que han desarrollado a lo largo de los últimos años “las asociaciones organizadas de la sociedad civil, en especial los movimientos liderados por usuarios de servicios de salud mental” las cuales han tenido “una importancia crucial para señalar las deficiencias de los servicios tradicionales de atención a la salud mental a la hora de responder a sus necesidades y garantizar sus derechos”.

Este trabajo ha sido avalado y respaldado por la comunidad europea con el desarrollo de legislación, como puede ser el caso de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad o la inclusión en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la salud mental, cuyos objetivos hacen mención por primera vez a la necesidad de promover la salud mental, en concreto el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Una de las metas para 2030 es “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental



y el bienestar”.

Recomendaciones y próximos pasos

Una vez analizada la situación de la salud mental el Relator Especial hace un llamamiento al liderazgo para *“responder a la carga mundial de obstáculos y para que la innovación basada en los derechos en materia de salud mental se incorpore en la política pública”* y para que *“los Estados adopten medidas inmediatas para establecer marcos participativos, inclusivos y significativos en la adopción de decisiones a este respecto”*.

“Es necesario que se reajusten las prioridades de la investigación en la esfera de la salud mental a fin de promover una investigación en ciencias sociales” y que *“los Estados y otras partes interesadas den prioridad a la promoción de la salud mental y la prevención en la política pública y aumenten las inversiones en todos los ministerios pertinentes”*.

Por todo ello, el Relator Especial está tratando de elaborar, a través de **un proceso participativo e inclusivo y un diálogo abierto**, unas orientaciones en materia de derechos humanos y salud mental a fin de brindar apoyo a todas las partes interesadas en la aplicación de políticas de salud mental basadas en derechos.

El documento forma parte de la agenda temática del Relator Especial de la ONU, en la que se incluye la protección y promoción de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

SALUD MENTAL ESPAÑA se ha sumado a la carta de MHE de apoyo a este informe.

Anexo 3

Texto completo del documento de consideraciones dirigido al Comité de Bioética del Consejo de Europa



La Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, En Primera Persona, Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona y Federación VEUS-Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona, como organizaciones directamente implicadas en el impulso de la mejora de la salud mental de España, queremos manifestar nuestra total oposición a la continuidad del proyecto **“Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios”** elaborado por el **Comité de Bioética del Consejo de Europa**.

Nuestras organizaciones, además de poseer una dilatada experiencia en el ámbito de la salud mental, representan a todas las partes implicadas de forma directa, personas con experiencia en primera persona con ingresos y tratamientos involuntarios, cuidadores/as y familiares y profesionales de la salud mental, por lo que les hacemos partícipes de los argumentos en los que fundamentamos nuestra oposición a la aprobación de este Protocolo en los términos en los que actualmente está formulado (versión 15 September 2017), esperando sean tomados en consideración:

1. **Está en contra de lo formulado en la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** de Naciones Unidas, tanto en su objeto como en su propósito, siendo discriminatorio ya que permite el ingreso y los tratamientos involuntarios de forma específica a las personas con discapacidades psicosociales. El Estado Español, al igual que todos los Estados del Consejo de Europa que han ratificado la CDPD, está obligado a respetarla y cumplirla. Ninguna normativa europea de derechos humanos debería entrar en conflicto con la normativa internacional y su aprobación podría interpretarse como un intento de situarse por encima de los más altos estándares establecidos por la CDPD de las Naciones Unidas. Su eventual aprobación permitiría mantener el statu quo y/o legitimar los sistemas de salud mental que actualmente actúan como telón de fondo para abusos y violaciones de derechos humanos, obstaculizando mejoras y progreso.

2. **En su redacción se confunden coerción y cuidados.** Las referencias que se realizan a los supuestos beneficios de los ingresos y tratamientos involuntarios forman parte del pasado y son contradictorias con la evidencia creciente de alternativas existentes. El uso de medidas coercitivas causa aún más daño psicosocial, exclusión y aislamiento del que la persona pudiera sufrir, aumentando el riesgo de padecer problemas adicionales.
3. **El ingreso involuntario por un problema de salud mental suele suponer el uso de otras intervenciones coercitivas en contra de la voluntad de la persona,** como la medicación forzosa, la contención mecánica y el aislamiento. Tales intervenciones constituyen prácticas discriminatorias que pueden llegar a producir sufrimiento psíquico severo, además de temor y trauma, y en algunos casos pueden ser consideradas maltrato e incluso tortura.
4. **Autoriza la privación de libertad de la persona basada en la presunción de riesgo grave para sí misma o para otras personas.** Además de ser un criterio discriminatorio, utilizarlo para la privación de libertad supone una paradoja al aplicar intervenciones que suponen daño y sufrimientos grave con el fin de evitar hipotéticos daños en el futuro.
5. **No establece la necesidad de llevar a cabo medidas para reparar las consecuencias derivadas del uso de ingresos y tratamientos involuntarios,** en términos de daño psicosocial y trauma, y de la violación que suponen del derecho a la integridad y del derecho a rechazar tratamientos en virtud de las directrices y principios básicos del Alto Comisionado de Naciones Unidas de Derechos Humanos sobre violaciones graves y sistemáticas de los derechos humanos.
6. **No apoya ni promueve la creación de recursos alternativos en los que se respeten la voluntad y las preferencias** de las personas interesadas, y que se basen en el consentimiento libre e informado de las mismas, en consonancia con la CDPD. Existen experiencias en Europa de este tipo de recursos que han mostrado su utilidad y deberían ser fomentadas.
7. **No da respuesta a las advertencias de los organismos más relevantes** en el ámbito de los Derechos Humanos, como son el Comisionado para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, así como a la decisión adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, pidiendo al Comité de Bioética que retire el Proyecto de Protocolo.
8. **No se ha consultado a las organizaciones con experiencia en el campo de la salud mental ni a las de expertos en primera persona en la redacción de este Proyecto de Protocolo Adicional.** Toda iniciativa en torno a derechos humanos debe implicar y potenciar a todas las partes interesadas y sobre todo tener en cuenta la voz de las personas directamente afectadas por estas medidas.

Nuestras organizaciones solicitan que se tengan en consideración los anteriores argumentos y se considere la retirada del Proyecto de Protocolo Adicional en los términos en los que está actualmente redactado.

Asimismo, queremos manifestar nuestra entera disponibilidad para ofrecer información adicional y colaborar con la representación española del Comité de Bioética implicada en la elaboración de este protocolo.

Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental
Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA
En Primera Persona - Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona
Federación VEUS - Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona

FUENTES DOCUMENTALES

ACNUR Comité Español. ¿Cuáles son los derechos sociales y qué aplicación tienen? [Artículo en un blog]. Recuperado de <https://eacnur.org/blog/cuales-los-derechos-sociales-aplicacion-tienen/>

Activa't per la Salut Mental: <http://activatperlasalutmental.org/>

Alianza Servicios Sociales y Sanitarios El valor de lo público. (2015). *La coordinación de los servicios sanitarios y sociales: un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales*. Málaga: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/sociosanitario/Coordinacin%20Servicios%20Sociales%20y%20sanitarios%20.%20AEDGSS.pdf>

Álvarez, P. (6 de mayo, 2017). La muerte de una joven en el HUCA irá al juez y Sanidad pide esperar a la autopsia. *La Nueva España*. Recuperado de <http://www.lne.es/sucesos/2017/05/06/muerte-joven-huca-ira-juez/2099881.html>

Ararteko. (2014). *La atención socio-sanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. VitoriaGasteiz: Ararteko. Recuperado de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3339_3.pdf

Asociación de familias de hijos e hijas con TEAF (SAF Group) (2016). ¿Qué es el Síndrome Alcohólico Fetal? [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.safgroup.org/sd-alcohol-fetal>

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Federación 'En Primera Persona' y Federació Veus. (3 de junio, 2016), Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y Libres de Coerción [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena-28240/>

Circo de los Horrores. El Manicomio, el espectáculo [artículo en web]. Recuperado de <https://www.circodeloshorroros.com/Manicomio/es/espectaculo.html>

Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Comité de Bioética de España. (2017). Informe del Comité de Bioética de España sobre sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Comité de Bioética de España. Recuperado de http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_final_CDPD.pdf

Comité Jurídico de SALUD MENTAL ESPAÑA, en reunión de 23 de septiembre de 2017.

Comunicación Parc Sanitari SJD. (2016). Programa Kidstime para niños y niñas y jóvenes vulnerables [artículo en web]. Recuperado de <http://www.ohsjd.es/reportaje/programa-kidstime-ninos-ninas-jovenes-vulnerables>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de diciembre, 2017). Salut Mental Catalunya denuncia el trato denigrante a personas con un problema de salud mental del anuncio de Campofrío. [Noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salut-mental-catalunya-denuncia-trato-denigrante-salud-mental-campofrio-35192/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe desagregado por género de las demandas de asesoría jurídica durante el año 2016.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de noviembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA celebra que el Congreso haya admitido a trámite la Proposición de Ley que permitiría votar a cien mil personas con discapacidad [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-congreso-proposicion-ley-votar-personas-discapacidad-34732/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (14 de junio, 2017). No se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/informe-relator-onu-salud-mental-2-33103/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (19 de diciembre, 2017). Sólo compartiendo lo que experimentan las personas con problemas de salud mental, podemos brindar apoyo a las demás [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-presenta-web-diversamente-35100/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (19 de julio de 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el nacimiento de la 'Plataforma Nacional Sin Sujeciones' [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/plataforma-nacional-sin-sujeciones-33518/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2 de junio, 2017). Basilio García Copín, elegido por unanimidad presidente de Salud Mental Ceuta [noticia en web] Recuperado de <https://consaludmental.org/general/basilio-garcia-copin-presidente-salud-mental-ceuta-32725/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mental es en España 2015*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). La salud mental en primera persona: los comités de personas expertas. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1), pp. 241-247. Recuperado de <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/248/163>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (24 de julio, 2017). FEAFES Salud Mental Andalucía elige a Manuel Movilla, portavoz de su comité de usuarios de salud mental, para presidir la federación [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/manuel-movilla-presidente-feafes-andalucia-33535/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (27 de diciembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA lamenta que anuncios como el de Campofrío sigan perpetuando los mitos sobre salud mental [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-lamenta-anuncios-campofrio-perpetuando-mitosbre-salud-mental-35189/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (28 de marzo, 2017). FEAFES Galicia preocupada por los acontecimientos en las Unidades Psiquiátricas de A Coruña y Santiago [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/feafes-galicia-acontecimientos-unidades-psiquiatricas-31599/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (29 de diciembre, 2017). Carta abierta de FEAFES Andalucía a los responsables de Campofrío [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/carta-abierta-feafes-andalucia-campofrio-35220/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (30 de octubre, 2017). Se celebra el primer taller 'Mujeres y Salud Mental' de SALUD MENTAL ESPAÑA [Noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/primer-taller-mujeres-salud-mental-espana-34639/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (31 de agosto, 2017). Se abre el plazo de inscripción para la jornada 'Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras' de SALUD MENTAL ESPAÑA [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/inscripcion-jornada-dia-mundial-salud-mental-2017-33664/>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (5 de diciembre, 2017). La tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental es la más baja de toda la discapacidad [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/tasa-empleo-salud-mental-mas-baja-discapacidad-34970/>.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (7 de diciembre, 2017). SALUD MENTAL ESPAÑA, AEN, En Primera Persona y Federació VEUS se oponen a un proyecto de protocolo sobre ingresos y tratamiento involuntarios [noticia en web]. Recuperado de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-manifiesta-total-oposicion-protocolo-ingresos-involuntarios-34999/>

Conferencia de Alto Nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. (12-13 de junio, 2008). Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas: Comisión Europea. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Dallo, E. (2017). El síndrome de los niños adoptados en 'el cinturón del vodka'. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/cronica/2017/04/23/58fb2fec22601d74308b45c5.html>

Di Vincenzo, K., publicación en su cuenta de Facebook: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10155359863932755&set=a.198428692754.156519.594392754&type=3>

Echavarren, S. (24 de enero, 2017). 3.600 adolescentes y niños, en tratamiento por enfermedades mentales. *Diario de Navarra*. Recuperado de http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2016/01/25/3600_adolescentes_ninos_tratamiento_por_enfermedades_mentales_391513_300.html

EFE. (6 de abril, 2017). Pacientes de salud mental piden atención continua para una total recuperación. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20170406/421496078876/pacientes-de-salud-mental-piden-atencion-continua-para-una-total-recuperacion.html>

El País. (13 de septiembre, 2017). La ley andaluza de discapacidad obliga a reservar un 1% de empleo público a enfermos mentales. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2017/09/13/andalucia/1505318520_237848.html

Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q., Abel, G.A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M.K., Schuster, M.A., Roland, M. (2014). Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30, (1), pp 9–16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284269/>

Esbec, E., Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 38 (5), pp. 249-261. Recuperado de <http://www.actapsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

Europa Press. (15 de octubre, 2017). El Colegio de Psicólogos aconseja afrontar con naturalidad el duelo por muerte gestacional o neonatal. *Europa Press*. Recuperado de <http://www.europapress.es/murcia/noticia-colegio-psicologos-aconseja-afrontar-naturalidad-duelo-muerte-gestacional-neonatal-20171015103506.html>

Europa Press. (2017). Expertos dicen que la adopción requiere para padres y niños: un importante trabajo de construcción de vínculos. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20170209/414182693305/expertos-dicen-que-la-adopcion-requiere-para-padres-y-ninos-un-importante-trabajo-de-construccion-de-vinculos.html>

Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). (2017). *Guía Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. Llodio (Álava): Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). Recuperado de <http://www.fedeafes.org/blog/fedeafes-exige-una-adecuada-atencion-a-las-mujeres-con-enfermedad-mental-que-sufren-violencia-de-genero/>

Federación Vida Independiente. (30 de octubre, 2013). La institucionalización aumenta el riesgo de explotación, violencia y abuso [Noticia en web]. Recuperado de <https://federacionvi.org/la-institucionalizacion-aumenta-el-riesgo-de-explotacion-violencia-y-abuso/>

Fitera, G. (19 de marzo, 2017). Cuando la depresión post parto no es un cuento [artículo en blog]. Recuperado de <http://www.elmundo.es/blogs/elmundo/diariodeunaembarzadainexperta/2017/03/19/cuando-la-depresion-post-parto-no-es-un.html>

González Zapico, N. (13 de enero, 2017). Internamientos no voluntarios: vulneración e ineficacia [artículo en web]. Recuperado de <http://semanal.cermi.es/noticia/opinion-internamientos-no-voluntarios-vulneracion-ineficacia.aspx>

Grupo Preca. (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Barcelona: Grupo Preca. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-preca-10508/>

Hidalgo, M. (6 de febrero, 2017). La salud mental, una prioridad en el trastero. *Bez*. Recuperado de <http://www.bez.es/639834995/La-salud-mental-una-prioridad-en-el-trastero-de-Espana.html>

Hospital Universitario Ramón y Cajal (8 de julio, 2016). Reconocida como Buena Práctica un Centro de Salud Mental del Ramón y Cajal [Noticia en web]. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354600317154&language=es&pageid=1142404671257&pagename=HospitalRamonCajal%2FCM_Actualidad_FA%2FHRYC_actualidad

http://www.senado.es/legis12/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_12_131_1154.PDF

Huéscar, R. (21 de abril, 2017). Si tanto lo he soñado, ¿por qué no disfruto con mi bebé? [Artículo en web]. Recuperado de <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/2017/04/21/depresion-posparto/>

Información extraída de García, C. (4 de mayo, 2017). Depresión ‘sonriente’, mujeres que ocultan su dolor por miedo a ser malas madres. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html

Información extraída del reportaje Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2017). El principal método para no atar a la gente es no querer hacerlo. *Revista Encuentro*, 2, pp.4-6. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/EncuentroN22017.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (1 de diciembre, 2017). El Empleo de las Personas con Discapacidad, año 2016 [Nota de prensa en web]. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/epd_2016.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015). *Encuesta de morbilidad hospitalaria año 2015*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE). Recuperado de

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

La resolución 32/18 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. “Mental health and human rights”, A/RES/67/97 (18 de julio ,2016). Recuperado de <http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>.

Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos Mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 19 (2), pp. 421-438. Recuperado de <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Loinaz-2011.TRASTORNOS-MENTALES.pdf>

Maciejewski, D. (5 de enero, 2017). Aumentan los ingresos hospitalarios por trastornos mentales en España. *20 Minutos*. Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/2909688/0/aumenta-numero-trastornos-mentales-espana/>

MacPherson, A. (2016). Miles de catalanes adoptados en el Este sufren alcoholismo fetal. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20160929/41648774990/catalanes-adoptados-este-alcoholismo-fetal.html>

Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=es>

Marcos, C., Córcoles, L.M. (2010). Un lugar para crecer: de lo ideal a la posible. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, pp. 115-131. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/lugar-crecer-ideal-posible.pdf>

Marcos, L., Ubrich, T., Ardila, C., Bartolomé, A.. (2017). Ojos que no quieren ver. Madrid: Save the Children España, Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/ojos_que_no_quieren_ver.pdf

Marín, C. (5 de septiembre, 2014) ¿Discriminan los sanitarios al colectivo LGTB El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/09/05/54089d15e2704e04188b4589.html>

Mas, José A. (12 de febrero, 2017). Un estudio revela que dos de cada diez jóvenes sufre alguna enfermedad mental. *Información*. Recuperado de <http://www.diarioinformacion.com/elche/2017/02/10/estudio-revela-diez-jovenes-sufre/1858824.html>

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2015). *Informe Anual 2014*. Madrid: Defensor del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-de-prevencion-de-la-tortura-informe-anual-2014/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Documento de Consenso de las Comisiones de análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Consenso_Estrategia_Salud_Mental_MSSSI.pdf

Movimento Galego da Saúde Mental (MGSM). (9 de febrero, 2017). O doloroso daño dos recortes na hospitalización psiquiátrica en Santiago [noticia en web]. Recuperado de <http://movementogalegosaudemental.gal/2017/02/09/o-doloroso-dano-dos-recortes-na-hospitalizacion-psiquiatica-en-santiago/>

Naciones Unidas, Asamblea General. (2010). “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/14/20.

Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad”, A/HRC/34/58 (20 de Diciembre de 2016). Recuperado de

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf>

Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/29/33, 2 de abril de 2015. Recuperado de

http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_33_SPA.DOCX

Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017. Recuperado de [https://documents-dds-](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement)

[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement).

Naciones Unidas, Asamblea General. “Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, A/63/175 (28 de julio de 2008). Recuperado de [http://www.refworld.org/cgi-](http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2)

[bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2](http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2)

Naciones Unidas, Asamblea General. “Mental health and human rights”, A/HRC/36/L.25, 26 de septiembre de 2017. Recuperado de

http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_36_L_25.pdf

Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley”, CRPD/C/11/4 (25 de noviembre de 2013). Recuperado de

http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/DGCArticle12_sp.doc

Naciones Unidas, Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. “Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención: Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, España, CRPD/C/ESP/CO/1, (19 de octubre, 2011). Recuperado de

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsIqx2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FNZ5trZrfgNmKdTjE%2FScMKF96xMrtyzhDx7aguCpqqK47q0xpqffU9aXyHokWc%2FhYlraSHix%2FNZi7CCLfKQ2LWc>

Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex. Recuperado de

http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_LGTG_WEB_SP.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=A9EBCFEC700E80932EBA6093E2B6F657?sequence=1

Ortega Dolz, P. (10 de julio, 2017). ¿Por qué los hombres matan a las mujeres? *El País*.

Recuperado de

https://politica.elpais.com/politica/2017/07/08/actualidad/1499533272_517542.html

Ortiz González, A. L. (2013). *Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad*. Leganés.

Recuperado de

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352824371695&ssbinary=true>

Ortiz González, A. L. (7 de noviembre, 2012). Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable [artículo en web]. Recuperado de

<http://www.abogacia.es/2012/11/07/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>

Pérez, T. (14 de mayo, 2016). El trastorno de mamá y papá. *El Periódico*. Recuperado de

<http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20160514/discriminacion-personas-trastorno-mental-5127356>

Poder Judicial de Costa Rica, Comisión de Acceso a la Justicia, Programa EUROsociAL. (2013).

Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial. Madrid: Programa EUROsociAL. Recuperado de

<https://consaludmental.org/publicaciones/Protocolo-justicia-discapacidad-psicosocial.pdf>

Polo Usaola, C. (28 de marzo, 2013). ¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada “Ideología de género”? [Artículo en web]. Recuperado de

<https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

Primera Vocal. (17 de mayo, 2017). Mapeo y evaluación de las unidades de ingreso psiquiátrico en España [artículo en web]. Recuperado de

<https://primeravocal.org/mapeo-y-evaluacion-de-las-unidades-de-ingreso-psiquiatrico-en-espana/>

Red2red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de

<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

Senado de España, Comisión de Igualdad. (28 de julio, 2017). Ponencia de estudio para la elaboración de estrategias contra la violencia de género, constituida en el seno de la Comisión de Igualdad. Madrid: Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado. Recuperado de

Servimedia (27 de julio, 2017). El Senado pide que las casas de acogida no excluyan a las víctimas con discapacidad [Noticia en web]. Recuperado de:

<http://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-senado-pide-que-las-casas-de-acogida-no-excluyan-las-v%C3%ADctimas-con> Más información en: Senado de España, Comisión de

Igualdad. (28 de julio, 2017). Ponencia de estudio para la elaboración de estrategias contra la violencia de género, constituida en el seno de la Comisión de Igualdad. Madrid: Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado. Recuperado de

http://www.senado.es/legis12/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_12_131_1154.PDF

Servimedia. (29 de diciembre, 2017). El CERMI denuncia ante Autocontrol la campaña

publicitaria “Amodio” de Campofrío por vejar a las personas con discapacidad [noticia en web].

Recuperado de <http://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-cermi-denuncia-ante-autocontrol-la-campa%C3%B1a-publicitaria-%E2%80%98amodio%E2%80%99-de-campofr%C3%ADo>

Soteras, A. (1 de marzo, 2017). Tratamiento psicológico frente al farmacológico en atención primaria. *Efe Salud*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/tratamiento-psicologico-frente-farmacologico-atencion-primaria/>

Tempesta, E. (9 de mayo, 2017). Mother with postpartum depression shares image of herself looking like a 'perfect' parent, alongside photos that show her struggling to cope, in order to show the illness is always with her. *Daily Mail* <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-4488250/Mom-shows-postpartum-depression-REALLY-looks-like.html>

Tubio, S. (1 de abril, 2017). Un único psiquiatra para atender a los 165 reclusos enfermos mentales en la prisión de Sevilla. *ABCdesevilla*. Recuperado de http://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-unico-psiquiatra-para-atender-165-reclusos-enfermos-mentales-prision-sevilla-201704010830_noticia.html

United Nations, General Assembly. "Mental health and human rights". A/HRC/34/32 (31 de enero de 2017). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>

Universidad Miguel Hernández de Elche. (9 de febrero, 2017). Participación en un estudio para identificar factores asociados a la salud mental en jóvenes que inician los estudios universitarios. Recuperado de <http://comunicacion.umh.es/2017/02/09/participacion-en-un-estudio-para-identificar-factores-asociados-a-la-salud-mental-en-jovenes-que-inician-los-estudios-universitarios/>

Web Diversamente: <http://www.diversamente.es>