



confederación
SALUD MENTAL
españa

**Informe sobre el estado de
los DERECHOS HUMANOS
de las PERSONAS CON
TRASTORNOS MENTALES
en ESPAÑA**

2016

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)
- Patricia Hernández (Salud Mental Aragón)
- Eladio Rico (AFESA FEAFES Asturias)
- Ángel Lozano (Salud Mental Castilla y León)
- Mónica Carrilero (Salut Mental Catalunya)
- Ivan Sanmartín (FEAFES Galicia)
- Adriana Sanclemente (UMASAM)
- María José Cano (Fedeaefes)
- 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: Marzo 2017



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

P RESENTACIÓN

Es muy probable que todos y **cada uno de los días** del año alguna persona con trastorno mental vea **vulnerados** sus **derechos**. Afortunadamente, frente a ello cada día también se producen pequeños y, a veces, grandes **logros**, y se generan **ideas nuevas** para alcanzar la igualdad de **oportunidades**, el **respeto a la diferencia** y la **aceptación** de que lo **diverso** forma parte de esta sociedad.

La **defensa de los derechos**, la **promoción de su ejercicio** y el trabajo por situar la **salud mental** en el lugar de la **agenda pública** que le corresponde son **nuestro sello de identidad** y **nuestro modelo de actuación**. Como movimiento asociativo que reúne a las personas con problemas de salud mental, a familiares y personas de su entorno, tenemos en nuestra mano **reclamar lo que es de justicia**: derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales... Y derecho a tener una **vida digna**, entre otros.

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**.

Nos **preocupa especialmente** la situación de las **mujeres, niños, niñas y adolescentes** con trastorno mental, cómo se llevan a cabo los **ingresos hospitalarios**, de qué manera se está protegiendo la **integridad de las personas con trastorno mental** o que la **falta de infraestructuras** para prestar una atención adecuada a la salud mental pueda estar desembocando en **tratos inhumanos o degradantes**.

Decía Paulo Freire que *“no hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión y, por ende, que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo”*. En este informe, además de **denunciar y mostrar** aquello que ataca frontalmente los derechos de las personas a las que representamos, **creamos red y compartimos buenas prácticas y actuaciones** que contribuyen a que las personas con trastorno mental tengan garantizado el respeto de sus derechos. Confiamos en que el **poder transformador de las palabras** con las que describimos la realidad sirva también para facilitar la **reflexión** y la **acción** dirigida a un **verdadero ejercicio y respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental**.



Nel A. González Zapico. Presidente

NDICE

Introducción	7
¿Qué hemos detectado?	8
1. SOBRE RESPONSABILIDAD DE LOS PODERES PÚBLICOS	8
Reivindicación: Treinta años después de la Reforma Psiquiátrica, SALUD MENTAL ESPAÑA continúa reclamando un mayor compromiso público	
2. SOBRE DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	10
2.1. Informe sobre la actividad de asesoramiento jurídico de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde una perspectiva de género	4
2.2. Vulneración: Desprotección frente a la violencia de género	
2.3. Buenas prácticas: Campaña de sensibilización / Formación a mujeres y profesionales	
2.4. Recomendaciones	
3. SOBRE DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	18
3.1. Vulneración: El acoso escolar, la violencia que se nutre del silencio	
3.2. Buenas prácticas:	
• SALUD MENTAL ESPAÑA pone en marcha, por segundo año consecutivo, el programa ‘#Descubre. No bloquees tu salud mental’ en colegios e institutos	
• Estudio sobre la atención a la salud mental infantil y adolescente en Cataluña	
3.3. Recomendaciones	
4. SOBRE TOMA DE CONCIENCIA	24
4.1. Buena práctica: La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA realiza un taller con personas con algún tipo de problema de salud mental	
4.2 Recomendación	
5. SOBRE DERECHO A LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIAS HUMANITARIAS Y DESASTRES NATURALES	26
5.1. Buenas Prácticas:	
• Actividad formativa con la UME	
• Aplicación informática "Emergencia y discapacidad"	

- Formación a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

5.2. Recomendación

6. SOBRE DERECHO AL IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY 29

6.1. Vulneración: No se han tomado medidas para crear mecanismos de asistencia para la toma de decisiones en el ejercicio de la capacidad jurídica

7. SOBRE DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA 31

7.1. Buenas prácticas:

- Apertura de la Oficina del Defensor de la Persona con Trastorno Mental en la Comunidad de Madrid dependiente de UMASAM
- Formación en el Colegio de Abogados de Málaga sobre la atención a las personas con problemas de salud mental internas en centros penitenciarios ordinarios y sobre la prevención de entrada en prisión

7.2. Recomendaciones

8. SOBRE DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD 34

8.1. Vulneraciones:

- Irregularidades en ingresos hospitalarios de pacientes por problemas de salud mental
- Desatención de las personas ingresadas por problemas de salud mental

9. SOBRE DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES 36

9.1. Vulneración: Trato indigno por la falta de infraestructuras para la salud mental en Canarias

9.2. Recomendación

10. SOBRE DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL 38

10.1. Vulneraciones:

- Esterilizaciones forzosas
- Contenciones forzosas

10.2. Buenas prácticas:

- I Concurso de Fotografía Generosidad 'No más esterilizaciones'
- Firma del Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción

10.3. Logro: Exclusión de las personas con problemas de salud mental como uno de los casos de personas alteradas o violentas con las cuales está justificado el uso de pistolas eléctricas

10.4. Recomendaciones

11. DERECHO A VIVIR DE FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD 44

11.1. Vulneración: Internamiento de personas con problemas de salud mental de Castilla-La Mancha en centros geriátricos de Castilla-La Mancha

12. RESPETO DEL HOGAR Y DE LA FAMILIA 45

12.1. Avance: La Sección Sexta de la Audiencia de Málaga revoca la declaración de desamparo de un menor por basarse únicamente en el problema de salud mental de su madre

13. SOBRE DERECHO A LA SALUD 47

13.1. Vulneraciones:

- Recurso abusivo y desproporcionado al ingreso de una mujer con discapacidad mental e intelectual en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
- Un informe del Sindic de Greuges pone de manifiesto las graves deficiencias del sistema de salud mental en la Comunidad Valenciana

11.2. Buenas prácticas:

- SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el llamamiento de Mental Health Europe para la toma de medidas con relación a la CIE-10
- Proyecto 'Paciente experto'

14. SOBRE DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO 53

14.1. Vulneración: Cuestiones pendientes en materia de Centros Especiales de Empleo

12.2. Recomendaciones

15. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA 57

15.1. Vulneración: En la convocatoria de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2016 se incorporan condiciones discriminatorias para las personas con problemas de salud mental

Anexos 60

1. *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción* 60
2. *Llamamiento de Mental Health Europe para la toma de medidas con relación a la CIE-10* 62
3. *Reivindicaciones "30 aniversario de la reforma psiquiátrica"* 65
4. *Reducción de las contenciones físicas en las Unidades de Hospitalización de Andalucía con el apoyo del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía* 69
5. *La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas* 74

Fuentes documentales 81

INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor en 2008 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ha supuesto un cambio cualitativo en la lucha por los derechos de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales; ya que ha dotado de una herramienta esencial para fundamentar sus legítimas pretensiones. Sin embargo, todavía hoy el camino por recorrer es muy largo en aspectos muy básicos que afectan a la implementación de sus derechos fundamentales, aspectos que tienen que ver con la todavía muy deficitaria concienciación de los operadores jurídicos y personal socio-sanitario que tratan con estas personas, además de la sociedad en general. La pervivencia de mitos, prejuicios y estereotipos contribuyen a la consolidación del estigma y conducen a la normalización de graves conductas discriminatorias.

Con el fin de visibilizar las diversas vulneraciones, así como todos los logros y avances en materia de salud mental, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA publica el “Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2016”.

En este documento se denuncian las principales vulneraciones detectadas en el curso de ese año, ilustradas con ejemplos concretos y centradas en los siguientes derechos humanos: *Derecho a la igualdad y no discriminación, a la seguridad y protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, a la protección de la integridad personal, a la libertad y seguridad, a la salud y al trabajo y el empleo.* Además, se incide en la especial vulnerabilidad de los colectivos de *mujeres, niñas y niños*, denunciando las vulneraciones detectadas en materia de violencia de género y acoso escolar, entre otras lacras.

Finalmente, junto a los temas no tratados en el informe de 2015, se vuelve a insistir en aquellos que, por su gravedad y pese a las múltiples denuncias al respecto, continúan sin recibir la atención que merecen.



QUÉ HEMOS DETECTADO?

1. SOBRE RESPONSABILIDAD DE LOS PODERES PÚBLICOS

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 (...)

Reivindicación:

Treinta años después de la Reforma Psiquiátrica, SALUD MENTAL ESPAÑA continúa reclamando un mayor compromiso público

El **25 de abril de 1986** se aprobó la **Ley General de Sanidad**, la cual **materializó el proceso de reforma psiquiátrica** que se había puesto en marcha unos años antes. A partir de ese momento, hombres y mujeres encerrados en ‘manicomios’ pasaban a ser **ciudadanos con derecho a recibir una atención adecuada** y se inició el camino para devolverles su dignidad.

Sin embargo, **30 años después sigue habiendo escasez de recursos y dispositivos** destinados a la **atención y prevención** de los problemas de salud mental, además de una enorme **desigualdad territorial** a nivel de desarrollo e implantación.

Esta reforma logró **desmantelar un sistema antiguo que giraba en torno al hospital psiquiátrico**, así como **equiparar** a las personas con trastorno mental a otras personas con cualquier tipo de problema de salud y limitar las hospitalizaciones para que se produzcan estrictamente cuando sean necesarias.

Sin embargo, también **exigía la reinserción, la atención integral y la intervención con la persona afectada desde el ámbito comunitario** y este objetivo no se ha llegado a alcanzar, por lo que es necesario **aumentar** los recursos destinados a la **atención y prevención**, incrementar el número de **profesionales** dedicados a la salud mental o formarlos, **sensibilizar y formar a los profesionales de Atención Primaria** y garantizar que se produzca una **adecuada coordinación socio-sanitaria**, así como facilitar y promover la **participación de las personas con problemas de salud mental y sus familiares en su propio proceso de recuperación**, entre otras necesidades de carácter urgente.

Por ello, desde *SALUD MENTAL ESPAÑA*, se han efectuado toda una serie de reivindicaciones dirigidas principalmente a la Administración Pública, en busca de un compromiso que contribuya a mejorar la atención de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

Ello debe hacerse con la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud como eje vertebrador** en la toma de decisiones y siempre en **absoluto cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, colocando a la persona afectada por un problema de salud mental en el centro de cualquier intervención.¹

Sin embargo, preocupa que en la última reunión del *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, del pasado 13 de abril de 2016 (reunión de coordinación de la sanidad pública entre el Ministerio y las comunidades autónomas) no se aprobara una actualización de dicha Estrategia debido a la oposición de algunos consejeros. Por lo tanto, el único marco para el abordaje de estas patologías es el documento de 2013, que ha vencido ya en 2015².

¹ Documento incorporado como anexo al presente informe.

² ELPAIS.ES (24 de abril): La sanidad pública necesita 1.800 profesionales de salud mental
http://politica.elpais.com/politica/2016/04/22/actualidad/1461352648_611208.html

2. SOBRE 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.

La **exclusión de la perspectiva de género de la salud mental es una realidad injustificable**, como se ha puesto de manifiesto en el contexto internacional, especialmente por la *Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo*³. Es por ello que la igualdad de género **ha de ser incorporada en toda organización como un derecho fundamental**, un valor común de la Unión Europea (UE) y una condición necesaria para alcanzar sus objetivos⁴.

Así, desde la formulación del **concepto de transversalidad** o “mainstreaming” de género en la *IV Conferencia Internacional de la Mujer* (Beijing, 1995), **se ha ido erigiendo como la herramienta más adecuada** para avanzar en la incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas y, por tanto, en la efectiva aplicación de los derechos humanos.

2.1. Informe sobre la actividad de asesoramiento jurídico de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde una perspectiva de género

La *Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* ha destacado, con la dedicación de su artículo 6 específicamente a las mujeres y niñas, su mayor exposición a la vulneración de sus derechos y la sujeción a diferentes formas de discriminación. Por este motivo, en el contexto de la actividad de asesoramiento jurídico de la *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA* se ha venido **analizando a lo largo de los**

³ COMISIÓN EUROPEA, Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, 14 de octubre de 2005, disponible en:

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>

⁴ Concretamente, 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: COMUNIDADES EUROPEAS, Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Unidad G1, Ed. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2008, pp.3-11.

últimos años la incidencia del factor género con el fin de sacar a la luz esta realidad, generalmente invisibilizada.

Este estudio, basado en los datos recabados durante el año 2016, analiza cuatro indicadores básicos:

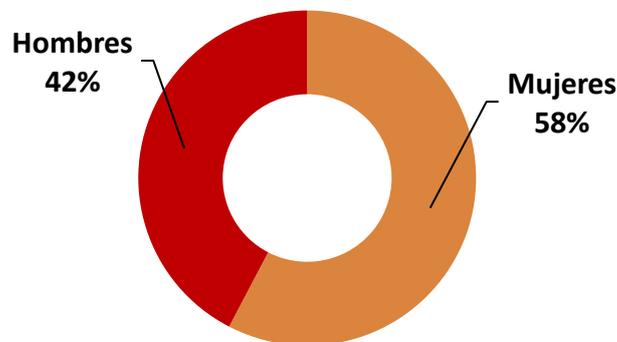
1. *Porcentaje de demandas atendidas*
2. *Perfil de las/los demandantes de asesoramiento*
3. *Modo de acceso al servicio*
4. *Tipo de demandas planteadas*

A la luz de los datos mostrados a continuación, tal y como se ha constatado en años anteriores, se puede concluir que la proporción entre las **solicitudes de atención efectuadas por mujeres es sensiblemente superior a las planteadas por hombres**.

Sin embargo, nuevamente, los datos revelan que, de esas solicitudes, la **mayor parte responden al ejercicio del rol de cuidadora** que las mujeres todavía ostentan; constatándose un **nivel de empoderamiento significativamente menor con respecto a los hombres**.

En cuanto al **tipo de demandas**, donde se aprecian diferencias más significativas es en el volumen de solicitudes de **naturaleza civil, penal, laboral y derechos humanos**, siendo estas mayoritariamente planteadas por mujeres.

2.1.1. PORCENTAJE DE DEMANDAS ATENDIDAS



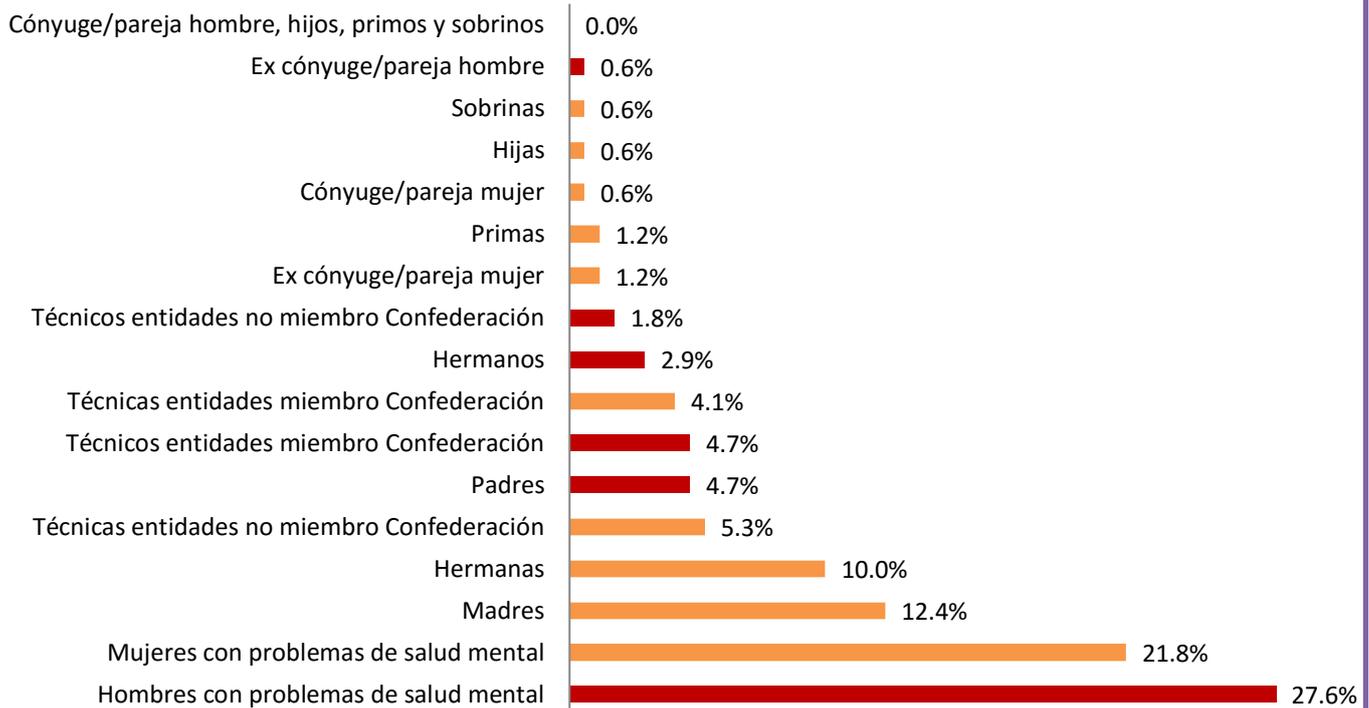
2.1.2. PERFIL DE LAS/OS DEMANDANTES DE ASESORAMIENTO

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.);

- Se trata de un/a profesional de entidades pertenecientes o no a la *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*.

Los siguientes datos revelan que, en términos porcentuales, hay un mayor empoderamiento de los hombres con respecto a las mujeres, manteniéndose estas mayoritariamente en el rol de cuidadoras. Esta tendencia constituye una confirmación de la ya detectada en informes anteriores.



2.1.3. 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 2016, el modo de acceso al Servicio de Asesoría Jurídica, desagregado en función del género, ha sido el siguiente:

	VÍA ELECTRÓNICA (e-mail)	PRESENCIAL	VÍA TELEFÓNICA
MUJERES	29,5%	15%	13%
HOMBRES	19,5%	10%	13%

El 49% del total de acceso al Servicio de Asesoría Jurídica se ha producido por e-mail, mientras que un 25% de las demandas fueron atendidas presencialmente y el 26% restante por vía telefónica

En este periodo no se revelan diferencias significativas en cuanto a las vías de acceso al servicio con respecto al año anterior.

2.1.4. TIPO DE DEMANDAS PLANTEADAS

TIPO DE DEMANDA	VALOR	TIPO DE DEMANDA	VALOR
Civil: internamientos no voluntarios, incapacitación, sucesiones, familia, contratos, etc 	37,7%	Cuestiones administrativas 	25,8%
70,5% 29,5%		57,1% 42,9%	
Derechos fundamentales / derechos humanos 	18,2%	Cuestiones penales 	10,6%
93% 7%		75% 25%	

Cuestiones laborales  88% 12%	4,7%	Cuestiones mercantiles  100%	1,2%
Cuestiones fiscales  100%		Cuestiones internacionales  66,7% 58,3%	

2.2. Vulneración:

Desprotección frente a la violencia de género

Una investigación realizada por la federación vasca *Fedeafes* en los dos últimos años desvela que el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja o ex pareja se multiplica por dos o tres veces cuando se tienen problemas de salud mental.

A esto se añade que **alrededor del 80% de las mujeres con trastorno mental** (discapacidad psicosocial) que han estado **en pareja han sufrido violencia psicológica, física o sexual** en algún momento de su vida adulta. Igualmente, la investigación pone de manifiesto que el **42% de estas mujeres que están viviendo violencia en la pareja no la identifica como tal**.

En este trabajo, apoyado por *Emakunde* y el *Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco*, han participado mujeres con problemas de salud mental, profesionales del ámbito de atención a la violencia de género y de la salud mental, así como responsables de áreas de violencia de las tres diputaciones, de varios ayuntamientos, de *Osakidetza*, de *Emakunde* y del *Gobierno Vasco*.

El análisis realizado confirma **la incidencia de los factores sociales y estructurales en el incremento de la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres con trastornos mentales**. Así, se destaca que el estigma del trastorno mental **provoca soledad, aislamiento y menor credibilidad**.

Por otra parte, esta investigación destaca que la **violencia puede incidir**, junto con otros factores, **en que se desencadene un trastorno mental** y que es frecuente que se den varios tipos de violencia simultáneamente.

En cuanto a los **factores personales** que sitúan a las mujeres con trastorno mental en **situación de especial vulnerabilidad**, destacan la falta de recursos propios para defenderse, la carencia de autonomía y la dependencia de otras personas. También contribuyen a complicar su situación la menor autoestima o las mayores dificultades para establecer una pareja, que pueden propiciar el establecimiento de relaciones inadecuadas.

Por el contrario, la investigación ha confirmado que los **factores que disminuyen el riesgo de violencia** por parte de las mujeres con problemas de salud mental son disponer de una **red social de apoyo**, tener un **empleo** y **no encontrarse en situación de pobreza**.

2.3. Buenas prácticas:

Campaña de sensibilización / Formación a mujeres y profesionales

La federación vasca Fedeaefes desarrolla una campaña de sensibilización sobre la situación de las mujeres con trastorno mental víctimas de la violencia de género.

Siguiendo con su labor de años anteriores en este sentido, *Fedeaefes* ha lanzado en 2016 una campaña de sensibilización a través de las redes sociales con el objetivo de **concienciar** a la sociedad sobre la **situación de vulnerabilidad en la que se encuentra este colectivo**, **informar** a las mujeres afectadas y **contribuir a su empoderamiento**. Con ello, según señala su presidenta, M^a Ángeles Arbaizagoitia, se pretende visibilizar la *“doble discriminación que sufren las mujeres con dolencias psíquicas, tanto por el estigma asociado a este tipo de patologías como por su género”*.

La página de Facebook *‘Mujer y Salud Mental – Emakumea eta Buru Osasuna’* es la plataforma principal sobre la que se asienta esta iniciativa, que pretende llegar al público joven y favorecer la búsqueda de apoyos por parte de las mujeres afectadas por problemas de salud mental.

El estudio sobre igualdad desarrollado por *Fedeaefes*, con el apoyo del *Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco*, analiza también el **papel de las mujeres que cuidan de personas con problemas de salud mental**, y resalta que los **servicios dirigidos a las familias presentan un perfil de persona usuaria altamente feminizado**, aunque *“se percibe una mayor incorporación masculina a estas labores en los últimos años”*. Revela, además, que la mayoría de las mujeres cuidadoras han vivido o viven **situaciones de enorme sufrimiento a causa de la culpabilización** por el trastorno mental de su hija o hijo.

Por otro lado, subrayan que el cuidado continuado de una persona con trastorno mental provoca problemas de salud a las personas cuidadoras, y que los recursos destinados a respiros o a **apoyos para el cuidado “no son suficientes”**.

A la luz de estos datos, *Fedeaefes* se ha propuesto organizar una serie de iniciativas dirigidas a mujeres con o sin diagnóstico. Así, dentro de esta línea de trabajo colabora con el *Centro Penitenciario de Zaballa* con el objetivo

de **empoderar a las mujeres en reclusión**, que conforman un colectivo especialmente vulnerable a la desigualdad y a padecer violencia. En ese sentido, el 2 de marzo de 2016 participaron en una jornada, apoyada por el *Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco* y por *Emakunde*, que incluyó la exposición de trabajos realizados en un taller de arteterapia para la gestión emocional celebrado en diciembre de 2015, el visionado de un documental y la realización de un debate.

En paralelo, *Fedeafes* está **formando tanto a mujeres como a profesionales para afrontar esta situación** y saber **detectar los casos de violencia de género** que se producen.

Así, se ha impartido formación tanto a profesionales como a mujeres sobre cómo detectar la violencia, y este año se han llevado a cabo varios talleres en Euskadi sobre el amor romántico, con el objetivo de generar una reflexión que ayude a las participantes a identificar las vinculaciones que existen entre los mitos de esta forma de entender el amor y la violencia contra las mujeres. Del mismo modo, *Fedeafes* ha lanzado hace pocos meses una página de Facebook para empoderar a las mujeres y sensibilizar sobre este tema, y próximamente publicará una web sobre esta temática.

2.4. Recomendaciones:

Fedeafes hace hincapié en la importancia de **organizar talleres, cursos y grupos para mujeres con problemas de salud mental** con el fin de impulsar su **empoderamiento**, su **participación social** e **inserción laboral** especialmente en sectores tradicionalmente masculinizados, en los que existen más oportunidades de empleo. Las acciones de formación también incluirían a las familias, para evitar la sobreprotección.

Asimismo, desde la federación vasca reivindican que los organismos para la igualdad entre mujeres y hombres tengan en cuenta en todas sus políticas las **necesidades específicas** de este colectivo, de forma que **adecúen a ellas sus recursos y servicios**.

Sin embargo, según esta entidad, para ello sería necesario **sensibilizar a los organismos que trabajan por la igualdad entre mujeres y hombres** acerca de la necesidad de **incrementar los recursos** públicos existentes para el **cuidado de personas con problemas de salud mental**, para aumentar la **corresponsabilidad social** en este ámbito.

Proponen, además, impulsar la **participación** de los **hombres** en los **programas** relacionados con el **cuidado**, así como crear grupos de hombres que trabajen, desde una óptica de nuevas masculinidades, en la asunción de los valores propios de la ética del cuidado.

Fedeafes reclama que los servicios públicos tengan en cuenta las **especificidades** de las mujeres con problemas de salud mental **en la atención a la violencia de género**, lo que incluye la creación de un servicio de atención psicológica especializado para mujeres con trastorno mental que hayan vivido o estén viviendo situaciones de violencia y una mayor coordinación entre la red de salud mental, los servicios públicos y las asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental.

Además, propone **trabajar desde una perspectiva de género** y aconseja acometer una **intervención grupal** para la prevención de la violencia y el empoderamiento de las mujeres, además de trabajar con hombres en la prevención de la violencia, desde la óptica de las nuevas masculinidades.

Finalmente, sería necesaria la elaboración de **protocolos específicos en los recursos socio-sanitarios** para atender la realidad de las mujeres con trastorno mental víctimas de la violencia de género.

3. SOBRE 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.

El **“Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas”** publicado por las Naciones Unidas en 2011⁵ destaca que existen diversas formas de violencia contra este colectivo que *“apenas ahora se están haciendo visibles, así como la evidencia del daño que hacen”*. Este estudio revela que, además de algunas formas extremas de violencia que han provocado un clamor en la comunidad internacional (explotación sexual y trata, Mutilación Genital Femenina (MGF), trabajo infantil y conflictos armados); **muchos niños y niñas son expuestos cotidianamente a violencia física, sexual y psicológica** en sus hogares y escuelas, en los sistemas de protección y justicia, en los lugares de trabajo y en sus comunidades. Según señala este informe, esta violencia, nunca justificable y siempre prevenible, tiene **consecuencias devastadoras para su salud y bienestar**, ahora y en el futuro, y **una de esas formas de violencia la constituye el acoso escolar**.

Además, en **Cataluña, se ha detectado que los problemas de salud mental crecen de manera exponencial entre este sector de la población**. Según el *Departamento de Salud*, los niños y niñas atendidos en centros de **salud mental infanto-juveniles (CSMIJ)** en Cataluña **aumentaron un 27,6%** entre 2009 y 2014⁶.

Los expertos atribuyen este incremento a diversos factores:

- Los avances en el diagnóstico precoz
- La crisis como desencadenante

⁵ UNICEF, “Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas”, disponible en:

[https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

⁶ Elpais.es (5 de enero): Los niños atendidos por trastornos mentales crecen un 27% desde 2009:

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/01/04/catalunya/1451938159_928603.html

Asimismo, El País.es (19 de julio): Los ingresos de niños por problemas de salud mental crecen un 27%

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/07/18/catalunya/1468861306_779404.html

Además, Europa Press (9 de junio): Alertan de falta de coordinación e inversión en salud mental infantil:

<http://www.europapress.es/catalunya/noticia-alertan-falta-inversion-atender-problemas-salud-mental-menores-20160609130003.html>

Este **diagnóstico precoz** se ha posibilitado gracias a programas específicos como el plan para detectar trastornos mentales graves en los Centros de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) o el de detección de psicosis incipientes; así como los **programas de apoyo en atención primaria** [psiquiatras que se desplazan puntualmente a los centros de salud] o el **trabajo en las escuelas** para encontrar señales de alarma, entre otros. El problema es, según las fuentes consultadas, que **continúan faltando recursos para revertir esta tendencia al alza y efectuar un verdadero trabajo de prevención**⁷.

De hecho, el **“Informe sobre atención a la salud mental infantil y adolescente en Catalunya 2016”** elaborado por la *Federació Salut Salut Mental Catalunya* (SMC) y la *Fundació Pere Tarrés*⁸ alerta de la **falta de coordinación** e inversión en los **servicios de atención de niños, niñas y jóvenes** con problemas de salud mental en Catalunya. Este informe destaca que la intervención está **“muy fragmentada”** con miradas y planes de trabajo parciales; existen pocos espacios para la coordinación interprofesional; hay un conocimiento insuficiente del conjunto de recursos, su funcionamiento y distribución, y un déficit formativo y competencial, que implica respuestas dilatadas y no siempre adecuadas⁹.

Esta falta de recursos es común en el territorio nacional. En comunidades autónomas como **Extremadura se aboca a los padres y madres a decidir entre esperar más de seis meses para contar con un diagnóstico o recurrir a la psiquiatría privada**. De hecho, las revisiones pueden rondar los seis meses e, incluso, prolongarse a un año. Además, muchos casos llegan a derivarse a unidades de psiquiatría de adultos, lo cual es altamente contraproducente¹⁰.

3.1. Vulneración:

El acoso escolar, la violencia que se nutre del silencio

Una de estas formas de violencia la constituye el **acoso escolar**. Este fenómeno, según la *Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar* (A.E.P.A.E.), está constituido por un continuado y deliberado maltrato verbal o modal que recibe un niño o una niña por parte de otro niño o niña u otros, que se comportan con él o ella cruelmente con el objeto de someterles, amilanarles, intimidarles, amenazarles u obtener algo mediante chantaje y que atenta contra la dignidad del niño o niña y sus derechos fundamentales¹¹.

Según diversos estudios y una encuesta efectuada en el Reino Unido **sus efectos sobre la salud mental de las víctimas son devastadores**, algo que reafirman los expertos al advertir el incremento del riesgo de presentar a largo plazo patologías como la esquizofrenia o la psicosis a consecuencia del acoso por parte de compañeros de

⁷ *Ibid.*

⁸ COSCOLLA AISA, R., MARTÍNEZ DOMINGO, S., y POLL BORRÀS, M., *Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya*, comisión de revisión: Mònica Carrilero Ciprés, Wilan Kao Ventura, FUNDACIÓ PERE TARRÉS, FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA, 31 de mayo de 2016.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ El Periódico Extremadura (27 de marzo): (niños) Esperas de entre 6 meses y un año <http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/esperas-6-meses-ano-928093.html>

¹¹ A.E.P.A.E, Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar, “Acoso Escolar. Preguntas”: <http://www.acoso-escolar.es/acoso-escolar/>

clase¹². Concretamente, el doctor Celso Arango, jefe de psiquiatría infantil y adolescente del *Hospital Gregorio Marañón* de Madrid y director científico del *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental* (CIBERSAM), ha afirmado que "el haber sido víctima de acoso escolar duplica las posibilidades de que aparezca esquizofrenia o trastornos psicóticos en el futuro. Las posibilidades de sufrir una depresión o de suicidarse se ve incrementado en un porcentaje mayor". Así, este experto advierte que el **riesgo de depresión se multiplica por tres y el de suicidio por cuatro**, añadiendo un matiz más al subrayar que **los niños y niñas propensos a sufrir algún trastorno mental, o que ya lo tienen, son también proclives a ser las víctimas del maltrato de sus compañeros y compañeras**. Esto viene a generar una suerte de círculo vicioso al que se añade otro dato que confirman también múltiples estudios: el acoso escolar es más difícil de asimilar que la violencia o abuso de personas adultas. Esto hace que sus consecuencias sean más perniciosas ya que "la víctima se siente incluso más culpable porque piensa: debería haber sido capaz de defenderme; cuando estoy con un adulto que tiene mucha más fuerza física no puedo negarme y por eso acabó abusando de mi sexualmente o me maltrató físicamente... El abuso de un adulto evidentemente genera una serie de consecuencias nocivas pero la percepción que se tiene de ello no es tan negativa como la del acoso escolar que es la violencia por parte de un igual"¹³.

Además, a nivel general, en España **el suicidio se ha convertido es la primera causa de muerte entre las personas jóvenes**, según expertos como Miquel Roca, catedrático y coautor del estudio "*Crisis económica y salud mental en España*". Según Roca, la relación de causa efecto entre la crisis económica y el aumento de los problemas de salud mental es una realidad constatada. Explica que se ha **incrementado la depresión en un 19% y los trastornos de ansiedad en un 8%**, siendo el desempleo y el hecho de no poder afrontar la hipoteca los factores que más se relacionan con estos cuadros según el estudio *Impact*, que se hizo en las consultas de Atención Primaria durante la crisis. La perspectiva de género es especialmente relevante en esta materia ya que, según este mismo experto, "*hay más diagnósticos de depresión en mujeres que en hombres, pero hay más suicidios en ellos. Aproximadamente entre un 8% y un 15% de la población va a padecer depresión a lo largo de su vida, según la Organización Mundial de la Salud. En España, el riesgo lo tiene el 5% de los habitantes*"¹⁴.

Por otra parte, según el último informe de la *Agencia de Calidad y Evaluaciones Médicas (AQuAS) del Departamento de Salud* sobre los resultados en salud mental en Cataluña, se ha **detectado un aumento del número de niños y niñas ingresados por problemas de salud mental en un 27% solo en 2015**. Durante ese año, los 34 hospitales del territorio con servicio de psiquiatría infantil registraron 1.844 hospitalizaciones de menores de 18 años, un 27% más que en 2014. Según este informe, casi el 17% de los ingresos corresponden a personas con trastornos mentales severos, como depresión o esquizofrenia, entre otros. El 14% son hospitalizaciones por trastornos del comportamiento y un 12% por trastornos alimentarios.

A nivel global, **las visitas a centros de salud mental infanto-juveniles (CSMIJ) también han registrado una tendencia al alza en los últimos años**. En 2015, estos centros atendieron a 70.521 personas, un 18,38% más que en 2014. Las principales dolencias que se tratan en los CSMIJ son los trastornos por déficit de atención e

¹² CADENA SER (20 de julio), El acoso escolar aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales de adulto: http://cadenaser.com/ser/2016/07/20/sociedad/1469013479_730248.html

¹³ *Ibid.*

¹⁴ EL MUNDO.es (29de julio), "El suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes españoles": <http://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/07/27/5797861746163f583d8b4583.html>

hiperactividad (TDAH), que afectan al 22,6% de las personas atendidas, a los que se añaden también los trastornos de conductas alimentarias, de comportamiento y del espectro autista (TEA) como diagnósticos más comunes¹⁵.

Además de la victimización que genera este tipo de violencia, es esencial tener en cuenta también los procesos que hacen que la persona victimaria adopte este rol y abordar eventuales trastornos que no hayan sido adecuadamente tratados.

3.2. Buenas prácticas:

SALUD MENTAL ESPAÑA pone en marcha, por segundo año consecutivo, el programa ‘#Descubre. No bloques tu salud mental’ en colegios e institutos

‘#Descubre. No bloques tu salud mental’ es una **iniciativa didáctica de carácter estatal** diseñada para sensibilizar e informar sobre salud mental tanto a las personas más jóvenes como a su entorno más cercano. El objetivo principal de esta iniciativa es **sensibilizar y prevenir adicciones y problemas de salud mental en el contexto educativo**.

Con este fin, profesionales y personas con problemas de salud mental de 47 entidades de la red de *SALUD MENTAL ESPAÑA* han ofrecido sesiones informativas en colegios e institutos dirigidas a alumnos, alumnas, padres, madres y docentes sobre el modo en que afecta el consumo de drogas al desarrollo de trastornos mentales.

La iniciativa, desarrollada por la *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, cuenta con la cofinanciación del *Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)* y, debido a la gran demanda que tuvo el año pasado por parte de las entidades, en esta segunda edición se ha hecho un esfuerzo por poder llegar a todas las comunidades autónomas y la Ciudad Autónoma de Ceuta.

A través de diferentes materiales didácticos, proporcionados por la Confederación, se ha dado información rigurosa sobre salud mental, ofrecido las pautas para poder reconocer de forma temprana la aparición de trastornos mentales en quienes son más jóvenes y aportado las claves necesarias para hacer más comprensibles los problemas de salud mental, contribuyendo a la necesaria labor de sensibilización. Todo ello se ha hecho utilizando un diseño actual, fresco y muy orientado a adolescentes para llegar al máximo número de jóvenes posible.

En esta segunda edición, se han incorporado nuevas temáticas a tratar en las charlas, principalmente en las que van dirigidas a padres, madres y docentes como son, por un lado, el debate sobre el déficit de atención e hiperactividad y, por otro, el acoso escolar y su efecto en la salud mental del adolescente¹⁶.

¹⁵ ELPAIS.ES (19 de julio), “Los ingresos de niños por problemas de salud mental crecen un 27%”: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/07/18/catalunya/1468861306_779404.html

¹⁶ SALUD MENTAL ESPAÑA, “SALUD MENTAL ESPAÑA pone en marcha, por segundo año consecutivo, el programa #Descubre en colegios e institutos”, 3 de febrero de 2016: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-descubre-26013/>

Estudio sobre la atención a la salud mental infantil y adolescente en Cataluña

En mayo de 2016 se publicó el estudio “*Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya*”, impulsado por la *Fundación Pere Tarrés* y la *Federació Salut Mental Catalunya*. Según este informe, la **problemática** de la salud mental en la infancia y adolescencia **se manifiesta en diferentes ámbitos del entorno** de la persona (familiar, sanitario, escolar o social). Por tanto, la variedad de servicios y recursos que atienden a los niños, niñas y adolescentes o la diversidad de contextos en los que participan pueden erigirse como promotores de una salud mental positiva y detectores de problemas susceptibles de ser diagnosticados y tratados¹⁷.

El informe pone, así, el foco de atención en el **conjunto de agentes, servicios, políticas y actuaciones que se desarrollan en la comunidad para promover, prevenir o atender ambulatoriamente la salud mental infantil y adolescente**, a pesar de que algunos de ellos no se destinen específicamente o únicamente a la salud mental.

3.3. Recomendaciones:

- Políticas de prevención del acoso escolar y promoción de la convivencia en el ámbito escolar, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- Según la *Fundación Pere Tarrés* y la *Federación Salut Mental Catalunya* se ha de invertir en salud mental en la etapa infantil y adolescente como forma de invertir en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad. Así, se recomienda:
 - Desarrollar planes formativos específicos para profesionales que trabajan en el ámbito del tiempo libre de los niños, niñas y adolescentes, a fin de reconocer y entender los signos de aparición de problemas de salud mental, orientar a los menores hacia la búsqueda de ayuda y garantizar que estos espacios sean inclusivos;
 - Garantizar la existencia de servicios de soporte social a la vivienda, formación e inserción pre laboral y laboral para adolescentes;
 - Generar servicios de ocio y tiempo libre; así como espacios de encuentro y participación comunitaria que promuevan vínculos solidarios y garanticen contextos de identificación de demandas y necesidades concretas de los adolescentes;
 - Revisar el modelo actual de atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental vinculados al sistema de protección social, con el fin de garantizar una atención más ajustada a sus necesidades;

¹⁷ COSCOLLA AISA, R., MARTÍNEZ DOMINGO, S., y POLL BORRÀS, M., “Atenció a la salut mental...”, op.cit.

- Desarrollar programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave, potenciando la figura de los y las profesionales del trabajo social y la educación social;
- Impulsar políticas de atención a los factores sociales de riesgo que tienen una incidencia clara en la salud mental de las familias como, por ejemplo, la falta de conciliación con la vida familiar, las situaciones de paro o la calidad o inestabilidad de la vivienda, entre otras.

4. SOBRE TOMA DE CONCIENCIA

Artículo 8 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 12 y 13 1

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; 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.

24

La toma de conciencia implica un reconocimiento de la otra persona en su valor y diversidad, de su capacidad de aportar a la sociedad, con una mirada libre de estereotipos y prejuicios.

Sin esta toma de conciencia no importa cuántas normas se aprueben ni cuantas medidas se adopten, porque todas ellas estarán “teñidas de una mentalidad” que hará imposible o dificultará mucho el efectivo ejercicio de los derechos reconocidos.

4.1. Buena práctica:

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA realiza un taller con personas con algún tipo de problema de salud mental

El objetivo último del taller ha sido contribuir a “*derribar todas las barreras que existen*” en torno a las personas con problemas de salud mental, debido a los tabúes, falsas etiquetas, prejuicios y miedos ocasionados por el desconocimiento generalizado sobre esta materia¹⁸.

18 E.F.E. SALUD (19 de diciembre): “¡Quítate los tabúes frente a la salud mental!”:
<http://www.efesalud.com/noticias/tabues-frente-salud-mental/>

En el taller se ha tratado de mostrar que **un problema de salud mental ni es una cuestión de “debilidad de carácter”, ni es culpa de quien lo tiene, ni comporta mayor agresividad, ni impide disfrutar de una vida plena como cualquier otra persona.**

Así, se ha hecho hincapié en toda una serie de **mitos**, entre otros: la asociación de los trastornos mentales a la creatividad; al seguimiento de tratamiento y toma de medicación de por vida; a la drogadicción o alcoholemia; a la reclusión o ingreso permanentes; a anulación de sus capacidades intelectuales; a la imposibilidad de trabajar o a la desestructuración de la familia.

Para superar estos y otros muchos mitos, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ofrece una serie de **consejos de actuación:**

1. Tratar a la persona desde el respeto, la igualdad y la confianza;
2. Evitar el paternalismo y la lástima;
3. Escuchar de forma activa;
4. Respetar la intimidad;
5. Antes de tomar una iniciativa, preguntar cómo se le puede ayudar;
6. Mantener una actitud de apoyo, respetando su capacidad de decidir;
7. Evitar las conductas autoritarias;
8. No minimizar sus sensaciones y evitar frases como “anímate”;
9. Si tienen alucinaciones audiovisuales o auditivas, no discutir lo que ve, siente u oye; sino explicar que no se percibe nada y cambiar de tema para desviar el foco de atención;
10. Evitar culpabilizar por la falta de motivación, energía o interés. Puede estar motivado por el trastorno o por un efecto secundario de la medicación.



Taller formativo de SALUD MENTAL ESPAÑA.

1.2 Recomendación:

- Impulsar el desarrollo de normativa específica respecto de la vulneración al honor, la dignidad y la imagen de las personas con problemas de salud mental ya sea a nivel individual o colectivo. Así, además de que pueda quedar amparado por Código Penal (delitos de odio), podría suponer también un ilícito administrativo que evitaría muchas situaciones de impunidad.

5. SOBRE DERECHO A LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIAS HUMANITARIAS Y DESASTRES NATURALES

Artículo 11 CDPD

1. Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

5.1. Buenas Prácticas:

Actividad formativa con la *Unidad Militar de Emergencias (UME)*

SALUD MENTAL ESPAÑA forma en salud mental a la UME junto a otras entidades del sector de la discapacidad en una actividad organizada por el CERMI en la base militar de Morón de la Frontera (Sevilla).

Del 22 al 26 de febrero el *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad* (CERMI) junto a la recién creada *Oficina de la Discapacidad de las Fuerzas Armadas*, ha celebrado una Jornada de formación y sensibilización sobre discapacidad para la Unidad Militar de Emergencias (UME) en la Base Aérea de Morón de la Frontera, en Sevilla.

El objetivo general del curso fue conocer las características específicas de las diferentes discapacidades con respecto a situaciones de emergencia, identificando sus necesidades y aplicando pautas de relación y comunicación específicas a cada colectivo, para lo que contó con la participación de representantes de la *Confederación Autismo España, Plena Inclusión, FIAPAS, PREDIF, ILUNION, CNSE y Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*.

SALUD MENTAL ESPAÑA se encargó de impartir una **formación** orientada a **sensibilizar sobre la importancia de la salud mental**, las **particularidades** de los **trastornos mentales** y **cómo actuar en emergencias** con personas de este colectivo. Se contó, además, **con una representante del colectivo de personas con problemas de salud mental para complementar la formación técnica** con una visión positiva y en primera persona sobre salud mental y los procesos de recuperación, incluyendo una dinámica en la que los miembros de la UME pudieron ver y sentir las dificultades por las que atraviesa una persona con un problema de salud mental en su día a día¹⁹.

¹⁹ SALUD MENTAL ESPAÑA, “SALUD MENTAL ESPAÑA forma en salud mental a la Unidad Militar de Emergencias”, 1 de marzo de 2016: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-formacion-salud-mental-unidad-militar-emergencias-26491/>

Aplicación informática "Emergencia y discapacidad"

La asociación *Educación, Discapacidad, Emergencia y Seguridad (GEDES)*, con la participación de la *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)*, ha elaborado la *App Emergencia y Discapacidad*.

Mediante esta aplicación, dirigida a la población general y a los Servicios de Emergencia y Seguridad en particular, se ofrecen **pautas y orientaciones** para poder atender a las personas con discapacidad en **situaciones de emergencia** en base a sus características específicas y a sus necesidades especiales.

Concretamente, *FAISEM* ha desarrollado los apartados sobre personas con trastorno mental grave contenidos en esta App, que está disponible para los sistemas Android, los y Blackberry y se puede descargar de manera gratuita en sus respectivas tiendas (Play Store, Apple Store y Amazon Store, respectivamente), quedando residente en los dispositivos móviles, sin necesitar una posterior conexión a Internet para ser utilizada.

La App tiene distintos niveles de información y de respuesta que va dirigida a los siguientes grupos poblacionales:

1. A la población general como primeros intervinientes, para que sean capaces de identificar las características de la persona a la que van a atender y, así, poder responder a sus necesidades con los apoyos adecuados, hasta que el personal especializado tome el relevo en la resolución definitiva de la urgencia o emergencia.
2. A los servicios de emergencia y seguridad: para que puedan acceder desde sus dispositivos móviles a algoritmos de decisiones que les permitan ofrecer una respuesta acorde a las necesidades de las personas con cualquier tipo de discapacidad.

En el apartado de Personal de Emergencia y Seguridad se describen las características de las personas con trastornos mentales graves entre los distintos tipos de discapacidad. Además, se marcan pautas relativas a qué hacer ante una situación de crisis aguda, remarcando que la reagudización de síntomas debe considerarse como una emergencia sanitaria de atención inmediata, a fin de evitar en la medida de lo posible la entrada en el sistema judicial.

Se señalan, así mismo, los aspectos centrales del estigma y discriminación social y en el apartado de 'escenarios', se incluye el riesgo de suicidio, subrayando la necesidad de conocer las ideas equivocadas sobre el suicidio, qué hacer y qué evitar²⁰.

²⁰ FAISEM, 'Ya está disponible la aplicación informática "Emergencia y discapacidad", elaborada por la asociación GEDES', 11/07/2016:

<http://www.faisem.es/index.php/es/actualidad/noticias/item/1058-ya-esta-disponible-la-aplicacion-informatica-emergencia-y-discapacidad-elaborada-por-la-asociacion-gedes/1058-ya-esta-disponible-la-aplicacion-informatica-emergencia-y-discapacidad-elaborada-por-la-asociacion-gedes>

Formación a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

FAISEM, SAS, Afenes, Al-farala y el Juzgado de 1ª Instancia, nº 11 de Málaga desarrollan un primer curso "Actuación ante personas con enfermedad mental" para la Policía Nacional de Málaga.

FAISEM, SAS, Afenes, Al-farala y el Juzgado de 1ª Instancia, nº 11 de Málaga, han desarrollado un curso sobre "Actuación ante personas con enfermedad mental", dirigido a policías nacionales de la Jefatura provincial de Málaga.

El curso abordó los siguientes bloques temáticos:

- ¿Por qué son discriminadas las personas con trastorno mental?
- Quiénes son las personas que tienen problemas graves de salud mental
- Principales trastornos mentales que requieren actuaciones en el ámbito de las emergencias y seguridad
- El Modelo andaluz de atención a la salud mental
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)
- Las asociaciones de familiares y personas usuarias (Afenes y Al-farala)
- Cómo comunicarse con una persona que tiene problemas graves de salud mental
- Diferencias entre las personalidades psicopáticas y las personas con esquizofrenia
- Crisis aguda y riesgo suicida
- Normativa andaluza sobre urgencias y traslados
- Labor policial y aspectos jurídicos en la detención, custodia y traslado

28

Se pretende que a partir de octubre se puedan desarrollar nuevas ediciones²¹.

5.2. Recomendación:

- Es conveniente extender la actividad formativa a todos los intervinientes en este tipo de situaciones de emergencia.

²¹ FAISEM, 'Faisem, SAS, Afenes, Al farala impulsan un primer curso "Actuación ante personas con enfermedad mental" para la Policía Nacional de Málaga', 30/05/2016:

<http://www.faisem.es/index.php/es/actualidad/noticias/item/1026-faisem-sas-afenes-al-farala-impulsan-un-primer-curso-actuacion-ante-personas-con-enfermedad-mental-para-la-policia-nacional-de-malaga/1026-faisem-sas-afenes-al-farala-impulsan-un-primer-curso-actuacion-ante-personas-con-enfermedad-mental-para-la-policia-nacional-de-malaga>

6. SOBRE DERECHO AL IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY

Artículo 12 CDPD

7. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

29

El igual reconocimiento como persona ante la ley requiere la adopción de medidas suficientes y adecuadas para que este derecho sea efectivo. En 2015, se presentó una **Guía de Apoyo para la planificación anticipada de decisiones en salud mental**, en el contexto de la comunidad autónoma de Andalucía, ofreciendo información práctica a las personas usuarias de los servicios de la salud mental y profesionales de los mismos para realizar una planificación anticipada de decisiones en salud mental que ha sido difundida a lo largo del año 2016. De esta manera se ha pretendido **facilitar la expresión de las preferencias y decisiones** para los momentos en que una persona puede tener afectada su capacidad a tal efecto y pudiera producirse una vulneración de derechos. Además, aporta información sobre síntomas, preferencias y necesidades de atención sanitaria, que pueden ser de utilidad en cualquier momento del proceso de atención, incluyendo hospitalización, atención ambulatoria o estancias en dispositivos de salud mental. Pretende así, ser una **herramienta de autoconocimiento**, fomento del **empoderamiento** de las personas en su proceso de recuperación y **disminuir el auto estigma**²².

²² SUESS, Q., TAMAYO VELÁZQUEZ, M.I., BONO DEL TRIGO, A., Planificación anticipada de decisiones en salud mental, Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental, Junta de

Sin embargo, estos y otros ejemplos demostrativos de que hay opciones alternativas respetuosas con la dignidad de la persona, no han estimulado el debate para abordar una revisión de fondo de los procesos de modificación de la capacidad.

6.1. Vulneración:

No se han tomado medidas para crear mecanismos de asistencia para la toma de decisiones en el ejercicio de la capacidad jurídica

Sobre esta materia, el *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* formuló una serie de observaciones al informe presentado por España en virtud del artículo 35 de dicha Convención²³:

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

A pesar de ello, **no se han realizado cambios legislativos de fondo para revertir esta situación**, tan solo se ha efectuado una modificación en el nombre de estos procedimientos en la práctica judicial, y **no existen mecanismos de apoyo para la toma de decisiones**.

En muchos casos, las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) pueden tener su capacidad de obrar restringida, limitando o impidiendo la toma de decisiones en muchas esferas de su vida. Esta restricción incluye las decisiones sobre tratamiento médico, consentimiento libre e informado o, incluso, esterilización forzada.

Además, hay tutores y tutoras que sustituyen la toma de decisiones, aunque la sentencia no lo permita. Esto ocurre debido a la falta de recursos legales eficaces para revocar decisiones de tutela y de medidas que faciliten mecanismos alternativos de toma de decisiones que respeten la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona.

Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental-25906/>

²³ Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a España (CRPD/C/ESP/CO/1).

7. SOBRE DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA

Artículo 13 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6 y 12

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.
2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Para quienes tienen problemas de salud mental, el **acceso a la justicia en igualdad de condiciones** con las demás personas, **sigue sin estar garantizado**, enfrentándose a muchas barreras. Por ejemplo, en teoría **cada persona tiene el derecho de recurrir cuando es ingresada involuntariamente**, pero, **la mayoría de las veces, ni se facilita información ni se responde a las solicitudes de asistencia jurídica** que, en su caso, sean solicitadas. El contacto del juzgado con la persona se traduce muchas veces más en un formalismo que una garantía efectiva. Incluso, en algunos casos, el contacto se realiza vía Skype.

Este régimen jurídico **permite la institucionalización en centros residenciales u hospitales psiquiátricos** de las personas con problemas de salud mental, **favorece el abuso y sólo contiene salvaguardias posfactuales**. Así, en muchas ocasiones, la reivindicación de sus derechos se identifica con "rebeldía" y **propicia el aumento de medidas coercitivas o farmacológicas**.

Además, según diversos estudios, **un 4% de la población reclusa tiene algún tipo de trastorno mental grave** y, a 31 de marzo del 2016, según estadísticas oficiales, había 492 personas consideradas inimputables. De ellas, 365 están en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y 127 en Centros Penitenciarios ordinarios, la mayoría por haber cometido delitos menores²⁴.

Para detectar este tipo de situaciones, lograr alcanzar el máximo de rehabilitación posible dentro del centro y, cuando llegue el momento, derivar adecuadamente a los recursos asistenciales especializados de la comunidad se implantó por la Institución Penitenciaria el **Programa de Atención Integral a los Enfermos Mentales (PAIEM)**. Sin embargo, la reinserción social no es fácil para este colectivo, no por resultar imposible en sí misma, sino por las barreras que han de enfrentar por el doble estigma que llevan consigo el régimen penitenciario y los problemas de salud mental²⁵.

²⁴ DÍAZ QUINTERO, M.L., "Enfermos mentales y prisión: un tándem incompatible", Abogacía Española, Blog Penitenciario, 13 de mayo de 2016: <http://www.abogacia.es/2016/05/13/enfermos-mentales-y-prision-un-tandem-incompatible/>

²⁵ *Ibid.*

7.1. Buenas prácticas:

Apertura de la Oficina del Defensor de la Persona con Trastorno Mental en la Comunidad de Madrid dependiente de UMASAM

En abril de 2016 se inauguró la *Oficina del Defensor de la Persona con Trastorno Mental* dependiente de UMASAM (Unión Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental Madrid).

Su actividad se inició en junio de 2016 con el objeto de defender de manera gratuita los derechos e intereses de las personas con trastorno mental y sus familias, especialmente cuando estos se vean vulnerados por causa de su discapacidad.

El ámbito de actuación de la Oficina es la Comunidad de Madrid con el fin descrito, al margen de cualquier otro interés público o privado, comercial o mercantil²⁶.

Formación en el Colegio de Abogados de Málaga sobre la atención a las personas con problemas de salud mental internas en centros penitenciarios ordinarios y sobre la prevención de entrada en prisión²⁷

El *Colegio de Abogados de Málaga* ha ofrecido una formación para la sección de profesionales de la abogacía expertos en derecho penitenciario sobre la atención a las personas con problemas de salud mental internas en centros penitenciarios ordinarios y sobre la prevención de entrada en prisión mediante la propuesta de medidas alternativas a las privativas de libertad.

FEAFES-Andalucía ha participado en la jornada del día 18 de noviembre de 2016, observando el profundo desconocimiento que mostraban la mayoría de profesionales sobre la materia objeto del curso: posibilidades para proponer alternativas a la entrada en prisión, existencia de entidades del movimiento asociativo que pueden dar apoyo a las personas con trastorno mental grave a las que tengan que prestarles servicios (ya sea a título particular o a través del turno de oficio), etc.

Por otra parte, las y los profesionales revelaron el alto nivel de dificultad que encuentran en el acceso a jueces y juezas, fiscales y forenses para transmitirles la situación del “cliente” con trastorno mental grave, lo cual demuestra el estigma que aún existe en ese sector y la necesidad de recibir información y formación para evitar situaciones de inseguridad jurídica, garantizar el acceso a la tutela judicial efectiva y asegurar la protección de su salud.

²⁶ UMASAM, Oficina del Defensor de la persona con trastorno mental: <http://umasam.org/defensor-del-usuari/>

²⁷ Información facilitada por Feafes Andalucía SALUD MENTAL: <http://feafesandalucia.org/>

7.2. Recomendaciones:

Además de las efectuadas en el "[Informe sobre el estado de los DERECHOS HUMANOS de las PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES en ESPAÑA. 2015](#)"²⁸ elaborado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, se reiteran y añaden las siguientes por considerarlas prioritarias:

1. Efectuar un diagnóstico adecuado de la situación y, posteriormente, elaborar un protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de las personas con discapacidad;
2. Implantar un cuerpo de agentes facilitadores que, favoreciendo la autonomía de la persona y apoyando su capacidad jurídica, constituya un referente adecuado durante los actos judiciales, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica;
3. Diseñar y promover la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, en los términos previstos en el art.13.2 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto incluye el impulso de iniciativas de información, formación y campañas de sensibilización dirigidas a operadores y operadoras jurídicos, para garantizar un trato adecuado y digno; así como la adaptación de documentos y de la información que dan a las personas con problemas de salud mental;
4. Establecer en todos los Colegios de Abogados un turno de oficio especializado en personas con discapacidad, con formación obligatoria y exhaustiva en materia de salud mental;
5. Promover un acercamiento a nivel de secciones de discapacidad de los Colegios de Abogados para impulsar iniciativas de formación, información y sensibilización sobre el colectivo de personas con trastornos mentales (discapacidad psicosocial) o a nivel estatal, a través del Consejo General de la Abogacía Española;
6. Creación de una red de los servicios socio asistenciales de salud mental de las comunidades autónomas, los Juzgados y la Administración Penitenciaria que favorezcan la integración social de las personas con problemas de salud mental que están en el sistema penitenciario. Para ello será fundamental contar con la participación de las entidades que defienden los derechos de este colectivo y con el diseño de un programa individualizado de tratamiento y derivación.
7. Implementar un sistema de seguimiento y evaluación, identificando indicadores relevantes objetivamente verificables y definiendo los correspondientes instrumentos de monitoreo.

²⁸ SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España, 2015, fecha de publicación 2016, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

8. SOBRE DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD

Artículo 14 CDPD, en concordancia con sus artículos 3, 5, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25 y 26.1

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.

De nuevo, como en el año anterior, hay que **reiterar** que las personas con discapacidad por trastorno mental se encuentran en **situación de mayor vulnerabilidad** en los **contextos de privación de libertad**.

En este sentido, el *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad* (CERMI) ha reclamado al Parlamento la **revisión con urgencia de la Ley de Enjuiciamiento Civil** para **adecuarla al marco normativo de la Convención de Naciones Unidas** en lo que se refiere a los **procedimientos judiciales de internamiento forzoso "por razón de trastorno psíquico"**, por **no ser compatibles con el derecho humano fundamental a la libertad**.

Esta entidad pone de relieve que la posibilidad de internar sin su consentimiento a una persona por razones de "trastorno psíquico" prevista en la Ley de Enjuiciamiento Civil *"es contraria a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad"* firmada y ratificada por España, *"por lo que debe ser desterrada de nuestro proceso civil"*.

Con arreglo al tratado internacional de la discapacidad, *"el factor de discapacidad (intelectual, mental o psicosocial) no puede tener relevancia a efectos de privar a una persona de su libertad, pues supone un trato menos favorable derivado de discapacidad"*²⁹.

8.1. Vulneraciones:

Irregularidades en ingresos hospitalarios de personas por problemas de salud mental

En 2016 se ha difundido el Informe de la *Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios* (ODDUS) de 2015, emitido por los servicios jurídicos de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. En él se reflejan los **incumplimientos en los dispositivos sanitarios de Canarias**. En particular, se destacan los

²⁹ Servimedia (27 de agosto): El Cerme pide acabar con los internamientos forzosos de personas con trastorno psíquico <http://www.servimedia.es/Noticias/Detalle.aspx?n=605661>

problemas existentes en **urgencias hospitalarias**, en el área de psiquiatría que se concretan en ausencia de apoyos personales en el pre ingreso, prejuicios, etc. Por ejemplo, pese a que ningún paciente psiquiátrico debe permanecer más de 24 horas en el área de urgencias, se da el caso de personas que están entre tres y cuatro días en dichas dependencias, vulnerándoseles sus más elementales derechos a la intimidad y a la dignidad personal. Asimismo, no son considerados como pacientes en situación de ingreso hospitalario y aún no se ha aclarado en qué calidad permanecen en esa situación, además de incumplirse reiteradamente el derecho a la libre elección de psiquiatra, lo que comporta una clara discriminación.

La *ODDUS* tiene por misión velar por los derechos y libertades de los ciudadanos en materia sanitaria, realizándola a través de la gestión de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias y así poder realizar propuestas de mejoras en el sistema sanitario que vengán a perfeccionar la atención sanitaria que se presta y la satisfacción de la mayoría de las personas usuarias del Sistema Canario de la Salud.

Sin embargo, entre los datos presentados llama la atención la ausencia de reclamaciones en materia de salud mental, lo cual no se puede considerar indicador de un buen funcionamiento, sino más bien del escaso empoderamiento de las personas que utilizan estos servicios y falta de apoyo para efectuarlas con solvencia. De hecho, durante el año 2015 se siguieron en la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios un total de 58.716 procedimientos.

Las reclamaciones se cifraron en 31.754, lo que supone un incremento en relación con el número total de ellas en 2014 del 9,93 %. De ellas, 4.478 es decir el 14,10 % corresponden a Atención Primaria, donde los motivos más repetidos son por *Insatisfacción con la prestación de la asistencia* (19%), *Demora en la asistencia* (17%) y *Trato personal inadecuado* (11%).

Desatención de las personas ingresadas por problemas de salud mental

La *Asociación de familiares de personas con trastorno mental de Melilla* (Feafes-Melilla) ha denunciado la situación de las personas ingresadas por problemas de salud mental en la planta de psiquiatría del Hospital Comarcal.

Señalan que las personas están "encarcelados" en habitaciones con rejas y que la falta de recursos hace imposible que el Servicio de Salud Mental pueda atender la demanda creciente e intervenir adecuadamente si se producen episodios de violencia, lo cual incrementa sustancialmente la inseguridad. Desde la asociación afirman que esta es una muestra más de las muchas carencias que padece la atención de la salud mental en Melilla, a lo que hay que añadir los retrasos a la hora de recibir las subvenciones oficiales y que les abocará a abandonar su sede actual³⁰.

³⁰ MELILLA HOY, 'Feafes denuncia la inseguridad del personal de psiquiatría donde los pacientes están "encarcelados"', 7 de noviembre de 2016:

<http://www.melillahoy.es/noticia/79386/sociedad/feafes-denuncia-la-inseguridad-del-personal-de-psiquiatria-donde-los-pacientes-estan-encarcelados.html>

9. SOBRE 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.

El 28 de julio de 2008, el **Relator Especial contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes** elaboró un revelador informe en cumplimiento de la resolución 62/148 de la *Asamblea General de Naciones Unidas*. En él destaca que, tras la entrada en vigor de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo*, sería oportuno examinar el marco contra la tortura en relación con las personas con discapacidad, lo cual entronca con el art.15 del texto de la *Convención*. Consta que **“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’”**³¹.

En el año 2013, este mismo mecanismo establecido por el *Consejo de Derechos Humanos de la ONU*, emitió un **nuevo informe**³² en el que hizo mención especial a las personas con discapacidad psicosocial, definidas como: **“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Son personas desatendidas o ingresadas en instituciones de atención psiquiátrica y social, pabellones psiquiátricos, campamentos de oración, internados seculares y religiosos en que se ofrecen terapias, campamentos de entrenamiento, centros residenciales privados de tratamiento o centros de curación por medios tradicionales”**. En este informe, el Relator especial, **recuerda** que **“la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad también proporciona una orientación autorizada sobre los derechos de las personas con discapacidad y prohíbe el tratamiento y el encierro involuntarios por razones de discapacidad, reemplazando así normas anteriores como los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, de 1991 (Principios de 1991)”** y ofrece **“el conjunto más completo de normas sobre esos derechos, entre otras cosas, en el contexto de la atención de la salud, en el que las opciones de las personas con discapacidad suelen quedar invalidadas atendiendo a un supuesto ‘interés superior’ y las violaciones graves y la discriminación contra estas personas pueden encubrirse aduciendo las**

³¹ 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.

³² 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/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

"buenas intenciones" de los profesionales de la salud". Asimismo, afirma que **"cometiéndose en entornos de atención de la salud abusos graves contra personas con discapacidad psicosocial o intelectual, como el abandono, el maltrato mental y físico y la violencia sexual"**.

Por lo tanto, hay que **poner los medios para detectar este tipo de situaciones**³³.

9.1. Vulneración:

Trato indigno por la falta de infraestructuras para la salud mental en Canarias

Se han detectado las siguientes vulneraciones en los servicios de salud mental de Canarias (*Miguel Ángel Thous, 2016*):³⁴

1. Las personas con trastorno mental permanecen días y hasta semanas en urgencias;
2. Al carecer de conciencia de enfermedad se les somete a medidas de contención;
3. Solo el Hospital Universitario de Canarias y el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín disponen de área de psiquiatría en el Servicio de urgencias;
4. Los malos tratos se multiplican con los pacientes del Hierro, La Gomera y Lanzarote;
5. En los hospitales de La Palma y Fuerteventura, así como en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Santa Cruz de Tenerife, carecen de áreas de psiquiatría en urgencias;
6. El Hospital de referencia del Hierro y la Gomera, carecen de área de psiquiatría en urgencias.

9.2. Recomendación:

- Impulsar reformas y adaptaciones de los protocolos de atención urgente de personas con problemas de salud mental.

³³ SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España, 2015, fecha de publicación 2016, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

³⁴ THOUS, M.A., "Trato indigno por la falta de infraestructuras para la salud mental en Canarias", 2016.

10. SOBRE DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL

Artículo 17, en concordancia con sus artículos 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 23 y 25

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

10.1. Vulneraciones:

Esterilizaciones forzosas

En el "[Informe sobre el estado de los DERECHOS HUMANOS de las PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES en ESPAÑA. 2015](#)" ya se puso de relieve cómo **en nuestro ordenamiento siguen vigentes disposiciones** que permiten la **práctica de una medida lesiva para la integridad personal** como es la esterilización forzosa, a pesar de la profusa normativa que en el contexto del derecho internacional de los derechos humanos la proscribire.

Concretamente, el artículo 156 del *Código Penal* establece: *"el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o carezca absolutamente de aptitud para prestarlo, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales. No será punible la esterilización acordada por órgano judicial en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno el consentimiento al que se refiere el párrafo anterior, siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil"*.

Por ello, el *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas*, en las **Observaciones efectuadas al informe presentado por España** y en relación al art.17 de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (protección de la integridad personal) ha expresado **"su inquietud por el hecho de que las personas con discapacidad cuya personalidad jurídica no se reconoce puedan ser sometidas a esterilización sin su consentimiento, otorgado libremente y con conocimiento de causa"**. Así, **insta al Estado español** para que **"suprima la administración de tratamiento médico, en particular la esterilización, sin el consentimiento, pleno y otorgado con conocimiento de causa, del paciente, y a que vele por que la legislación nacional respete especialmente los derechos reconocidos a las mujeres en los artículos 23 y 25 de la Convención"**³⁵.

³⁵ ONU, "Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", efectuadas a raíz del informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1) 19 de octubre de 2011.

En este mismo sentido se ha pronunciado el **Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España**³⁶, aprobadas el 20 de julio de 2015, con motivo del sexto informe periódico presentado por España: “10. Al Comité le preocupa la práctica de esterilización forzada a personas con discapacidad, cuya capacidad jurídica no se reconoce (arts. 2, 7 y 26). El Estado parte debe asegurar que se sigan todos los procedimientos para obtener el consentimiento pleno e informado de las personas con discapacidad en la práctica de esterilización en centros de salud. Al respecto, el Estado parte debe impartir formación especial al personal de salud con el fin de dar a conocer mejor los efectos perjudiciales y los alcances de la esterilización forzada”. Así, **las mujeres** cuya discapacidad tiene su origen en un trastorno mental **tienen derecho a contar con los apoyos necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica** (art.12 CDPD) y **nunca su discapacidad podrá justificar la privación de libertad** (artículo 14), **el infligir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes** (artículo 15), **el ser sometidas a cualquier forma de explotación, violencia y abuso** (artículo 16), **el perjuicio de la integridad física y mental** (artículo 17), **la falta de respeto por todo lo relacionado con el matrimonio, el hogar y la familia, incluidas la paternidad y las relaciones personales** (artículo 23), o, finalmente, la **desatención o atención inadecuada de la salud** (art.25).

A la luz de lo anterior, la *Fundación Cermi Mujeres* (FCM) ha lamentado que todavía se sigan produciendo en todo el mundo, incluidas España y Europa, esterilizaciones forzadas, no consentidas y no informadas, a mujeres con discapacidad, “y que llevan aparejadas una modificación de su capacidad o su incapacitación judicial, su muerte civil”³⁷.

Contenciones forzosas

En Andalucía, dentro del **Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental** ha estado desarrollando durante los dos últimos años un trabajo sobre el uso de la contención física de las personas con trastorno mental grave. Este Grupo, vinculado al *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*, ha puesto de manifiesto en el informe sobre *Reducción de las Contenciones Mecánicas en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental en Andalucía*, los **conflictos éticos que supone el uso de la contención mecánica**; el **trauma que produce** en las personas con trastorno mental que pasan por esa experiencia; el **impacto que genera en las expectativas de recuperación de su salud y la contradicción que supone en relación a la promoción de la autonomía**.³⁸

Además de poner en evidencia la **carencia de ensayos para evaluar la efectividad de esta medida**; en cuanto a su uso, este informe revela que, en general, “*existe cierto consenso sobre que debería utilizarse sólo por motivos relacionados con la seguridad de la persona hospitalizada o los y las profesionales que la atienden, si bien diversos estudios apuntan a que a menudo se utiliza con personas ruidosas, que no respetan las normas o*”

³⁶ ONU, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos”, efectuadas a raíz del sexto informe periódico presentado por España (CCPR/C/ESP/6) 20 de julio de 2015.

³⁷ ECODIARIO.es (22 de Julio de 2016), La fundación cermi mujeres lamenta que la población femenina con discapacidad siga sufriendo esterilizaciones forzosas:
<http://ecodiario.economista.es/sociedad/noticias/7721771/07/16/La-fundacion-cermi-mujeres-lamenta-que-la-poblacion-femenina-con-discapacidad-siga-sufriendo-esterilizaciones-forzosas.html>

³⁸ PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA, “Reducción de las Contenciones Mecánicas en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental en Andalucía”, enero de 2017.

que muestran comportamientos disruptivos, pero no necesariamente personas que tengan un comportamiento violento". Así, se advierte que **este tipo de actuaciones responderían a automatismos que, por desconocimiento de otras alternativas, son percibidos como "una respuesta profesional legítima ante un comportamiento difícil" y como un medio "útil para reducir el número de lesiones en pacientes y profesionales"**. Sin embargo, se ha demostrado que la realidad es otra; ya que, según este estudio, **"en los lugares en los que se han puesto en marcha estrategias para la reducción de las contenciones no sólo no han aumentado el número de lesiones, sino que incluso se han reducido."** Por ello, el Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental ha manifestado la necesidad de una mayor formación en la prevención del uso de las contenciones mecánicas.

En este mismo sentido, en el *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020)*, se ha propuesto diseñar un plan de acción orientado a disminuir el uso de las contenciones mecánicas en esta comunidad autónoma, para lo que se cuenta con el asesoramiento de este Grupo.

10.2. Buenas prácticas:

I Concurso de Fotografía Generosidad 'No más esterilizaciones'

Con el fin de denunciar la realidad de prácticas como las anteriormente descritas, la *Fundación CERMI Mujeres* (FCM) ha puesto en marcha el *I Concurso de Fotografía Generosidad 'No más esterilizaciones'*, que tiene como objetivo último extender la campaña a nivel internacional, llevando hasta Bruselas las fotografías que sean seleccionadas y premiadas.

Desde el *Consejo General del Poder Judicial* (CGPJ) no especifican el tipo de solicitud y el sexo, aunque sí aclaran que esta práctica se demanda sobre todo en mujeres³⁹.

Firma del Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción

La *Asociación Española de Neuropsiquiatría* (AEN), junto con la *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, la *Federación 'En Primera Persona'* y la *Federación Veus* han firmado un documento que supone el comienzo de un proceso encaminado a terminar con las medidas coercitivas en el ámbito de la atención a la salud mental.

Como declara el presidente de *SALUD MENTAL ESPAÑA*, Nel A. González Zapico, la adhesión a este manifiesto **"es de vital importancia, ya que contiene una filosofía que ante todo debe ser aplicada. Las medidas coercitivas no respetan en ningún caso los Derechos Humanos y por supuesto no son terapéuticas. Estamos en**

³⁹ EL MUNDO (5 de agosto), 'Quiero esterilizar a mi hija' discapacitada":
<http://www.elmundo.es/cronica/2016/08/05/579dc534468aeba8578b4578.html>

un punto en el que hay que poner el énfasis en la búsqueda de medidas alternativas para una atención adecuada, que no atente contra la dignidad y la libertad de la persona”⁴⁰.

10.3. Logro:

Exclusión de las personas con problemas de salud mental como uno de los casos de personas alteradas o violentas con las cuales está justificado el uso de pistolas eléctricas

El 6 de julio de 2016 la *comisión de Interior del Parlament* aprobó que los *Mossos d’Esquadra* pudieran utilizar las pistolas eléctricas contra personas en varios supuestos: bajo los efectos del alcohol y las drogas y contra personas con problemas de salud mental.

En respuesta, la *Federació Salut Mental Catalunya*, la *Federació VEUS* y *Obertament* publicaron un comunicado conjunto lamentando la aprobación del uso policial de pistolas eléctricas contra personas con problemas de salud mental, criticando que la *comisión de Interior del Parlament* alimentase así “el falso mito que asocia trastorno mental y violencia, uno de los que más impide la inclusión de estas personas en la sociedad”.

En su comunicado, las entidades llamaban la atención sobre el esfuerzo diario del colectivo en su lucha contra el estigma y la discriminación pero que, sin embargo, “los máximos representantes de la ciudadanía del país han echado por tierra sus esfuerzos añadiéndoles entre los grupos de población con quién será legal el uso de esta pistola”.

Afortunadamente, gracias a la presión del movimiento asociativo, el *Parlament* rectificó esta decisión, eliminando a las personas con problemas de salud mental como uno de los casos de personas alteradas o violentas con las cuales está justificado el uso de pistolas eléctricas.

Este es el apartado rectificado del Boletín del Parlament de Cataluña a petición de las entidades de salud mental:

Página 65, apartado b

b) Aquellas situaciones en que haya una amenaza o agresión hacia terceras personas o hacia los agentes con arma blanca o con otros objetos contundentes por personas alteradas o violentas –bajo los efectos del alcohol o de sustancias estupefacientes o en estado de agitación máxima–, con una agresividad extrema que ponga en peligro la integridad física de la víctima o del agente de policía, pero siempre condicionando el uso a la negociación y la mediación, de manera que solo se utilicen en el caso que los canales de la mediación y el diálogo hayan fracasado⁴¹.

⁴⁰ SALUD MENTAL ESPAÑA, SALUD MENTAL ESPAÑA se adhiere al ‘Manifiesto de Cartagena’ en contra de las medidas coercitivas, 7 de junio de 2016: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena-28240/>

⁴¹ Más información en: <https://consaludmental.org/general/salut-mental-catalunya-consigue-retirar-uso-pistolas-electricas-28822/>
<http://www.parlament.cat/document/bopc/174071.pdf>

10.4. Recomendaciones:

- Promover la sensibilización para acabar con la práctica de las esterilizaciones forzosas, reforzando la conciencia de respeto de los derechos humanos.
- Eliminar todo fundamento legal que permita este tipo de prácticas en nuestro ordenamiento jurídico.
- En materia de medidas coercitivas, asumiendo las recogidas en el *Manifiesto de Cartagena*, se reproducen las siguientes:
 1. No considerar las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos. Son incidentes críticos que invitan al análisis y la mejora.
 2. Exigir transparencia y establecer sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuando se hace, qué figuras profesionales fueron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado, y especialmente cómo evitar su uso en el futuro.
 3. Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas.
 4. Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza, en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Dotarlas de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.
 5. Velar porque la extinción de estas prácticas en unos lugares, no suponga un riesgo de que se produzcan en otros.
 6. Promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.
 7. Formar a los y las profesionales en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona.

8. Apoyar a los profesionales y los equipos que sean capaces de plantear alternativas creativas, reconocer y difundir sus esfuerzos, generando así una cultura profesional libre de coerción.
9. Crear cauces reales de participación de usuarios y usuarias para que puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.
10. Buscar alianzas con los movimientos ciudadanos que aboguen por la erradicación de la coerción en otros ámbitos, de los discursos que las sustentan y las desigualdades de poder que las facilitan.
11. Instar el compromiso de las Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones necesarias en recursos que favorezcan la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión.

11. SOBRE DERECHO A VIVIR DE FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD

Artículo 19 CDPD

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que: a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) 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 ésta; -16- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

11.1. Vulneración:

Internamiento de personas con problemas de salud mental de Castilla-La Mancha en centros geriátricos de Castilla-La Mancha

La asociación Luz de La Mancha, entidad miembro de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, denuncia que la Junta de Comunidades está promoviendo el ingreso en residencias geriátricas de los pacientes de salud mental cuyo estado de salud es más grave⁴². Para esta entidad, estos centros “no están preparados” para atender las necesidades de este colectivo, por lo que “dudan de la legalidad” de esta medida y animan a las familias a las que se les está dando esta solución como única alternativa, para que, contando con su asesoramiento y apoyo, denuncien los hechos ante la Fiscalía.

⁴² MANCHA INFORMACIÓN.COM (21 de junio), “Luz de La Mancha duda de la legalidad de los ingresos del colectivo de enfermos mentales en residencias geriátricas”: <http://manchainformacion.com/noticias/45989-Luz-de-La-Mancha-duda-de-la-legalidad-de-los-ingresos-del-colectivo-de-enfermos-mentales-en-residencias-geritricas>

12. SOBRE 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; 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.

12.1 Avance:

La Sección Sexta de la Audiencia de Málaga revoca la declaración de desamparo de un menor por basarse únicamente en el problema de salud mental de su madre.

La Sección Sexta de la Audiencia confirmó la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Málaga, revocando la declaración de desamparo efectuada por el Servicio de Protección de Menores al considerar que se sustentaba “*esencial y básicamente*” en el problema de salud mental de la madre y que, por

tanto, constituía una vulneración del artículo 23.4 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Así, insta a los Servicios de Protección de Menores para que "*presten a la madre el seguimiento y apoyo necesarios para un correcto desempeño de sus funciones parentales*" y ordena la inmediata reintegración del menor con su madre⁴³.

⁴³ LA VANGUARDIA. COM, Revocan el desamparo de un menor por basarse en enfermedad mental de la madre, 17/03/2016: <http://www.lavanguardia.com/local/sevilla/20160317/40505534695/revocan-el-desamparo-de-un-menor-por-basarse-en-enfermedad-mental-de-la-madre.html>

13. SOBRE 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;
- b. Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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.

47

Según la Constitución de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano*”. Sin embargo, las políticas y programas de salud que deberían promover este derecho, pueden lamentablemente producir el efecto contrario, dependiendo de la manera en que se formulen y apliquen⁴⁴.

Sin embargo, **pese a los avances** que se han ido produciendo desde la reforma psiquiátrica, todavía **se sigue de manera general ignorando la diversidad de la persona como ser humano sujeto de derechos y digna de un**

⁴⁴ OMS, “Salud y derechos humanos”, Nota descriptiva N°323, diciembre de 2015, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

trato humano. Los problemas de salud mental, por acción y efecto del estigma, continúan constituyendo una justificación muy extendida para desprobeer a la persona de sus derechos. Así, se siguen aplicando **dispositivos de contención y aislamiento antes de valorar la aplicación de alternativas menos lesivas de los derechos** de las personas, como la atención en unidades abiertas basadas en un modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.

Esta situación se agrava en los **casos de patología dual**, condición clínica en la que coexisten de forma simultánea o secuencial un trastorno adictivo y otro trastorno mental, que pese a su elevado número continúa falta de recursos suficientes y adecuados, tal y como revela una encuesta a nivel nacional realizada en España acerca de la disponibilidad de recursos específicos para el tratamiento de personas con patología dual. Este estudio se incluye en el primer **Libro Blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual**, presentado y promovido por la *Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)* y la *Fundación de Patología Dual*, con la colaboración de la *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*, el *Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas y otros Delitos Relacionados*, los *Planes Autonómicos de Drogas encarnados por los Comisionados de Drogas* de cada comunidad autónoma, y profesionales de toda España que han aportado su visión desde las redes de tratamiento de estos pacientes⁴⁵.

A esto hay que añadir, la escasa implementación de la **perspectiva de género** también en este ámbito, como ha denunciado el vicepresidente de la *Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)*, Carlos Roncero, en las *X Jornadas de Patología Dual y Género*. Así, revela que la **atención a las mujeres con patología dual ha sido poco estudiada y desarrollada**, por lo que este profesional, responsable de la *Sección de Adicciones y Patología Dual del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d' Hebron de Barcelona*, ha defendido *"la necesidad de elaborar protocolos de actuación en todas las circunstancias y de analizar en profundidad este problema"*⁴⁶.

48

Existen evidencias científicas sobre la **eficacia de los distintos tratamientos para la depresión**⁴⁷, como revela el informe realizado por miembros del *Colegio Americano de Médicos* que apunta a la terapia cognitivo conductual como un tratamiento alternativo a los antidepresivos de segunda generación para tratar la depresión leve o moderada. Sin embargo, debido a las **carencias terapéuticas en el ámbito público**, como explica Antonio Cano, *catedrático en Psicología y presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, en España la opción más extendida es el suministro de antidepresivos.

Esta situación se agrava más aún debido a la **carencia de psicólogos y psicólogas**, algo que se ha denunciado desde Atención Primaria, Psiquiatría y Psicología y que no tiene sentido alguno ni siquiera desde una perspectiva económica, puesto que, como destaca Cano, al Estado le sale mucho más caro abordar la depresión dentro de los parámetros actuales que como se revela en las guías NICE (referencia en Reino Unido

⁴⁵ CONSALUD.es (20 de enero), "El 93% de los expertos creen que faltan recursos para tratar la patología dual", disponible en: <http://consalud.es/profesionales/el-93-de-los-expertos-creen-que-faltan-recursos-para-tratar-la-patologia-dual-23860>

⁴⁶ Vid. REDACCIÓN MÉDICA (5 de diciembre), "El tratamiento de la mujer con patología dual se ha "estudiado poco": <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/el-tratamiento-de-la-mujer-con-patologia-dual-se-ha-estudiado-poco--1905>

⁴⁷ Vid. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP), "Annals of Internal Medicine", 06/2016: <http://annals.org/aim>

sobre lo que dice la evidencia científica), que recomiendan que para la depresión leve y moderada se comience por técnicas cognitivo conductuales y reservar los antidepresivos para los casos más graves. En este país se está actuando conforme a este criterio desde 2007, constatando que por mucho que tengan que invertir en psicólogos, siempre tendrá un coste menor que enfrentar las bajas por depresión, accidentes de tráfico o laborales, caídas, etc⁴⁸.

La historia de Lola Martínez, licenciada en Ciencias Económicas, ilustra muy bien esta situación. Trabajaba en una empresa de automoción cuando le sobrevino la depresión. Pudo acogerse a un ERE durante más de un año y en este periodo ya le diagnosticaron trastorno bipolar y empezó a tomar litio. Durante un tiempo se encontró bien, pero su estado de salud empeoró de nuevo y comenzaron los despidos, reubicaciones, bajas y, finalmente, la incapacidad⁴⁹.

Según datos facilitados por Félix Andrés González Lorenzo, presidente de la sección canaria de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría* (AEN), con motivo de un debate con periodistas organizado por la *Sociedad Española de Patología Dual* celebrado en Madrid, la sanidad pública española necesita al menos 1.800 profesionales para llegar a la cantidad de psiquiatras, psicólogos clínicos y personal de enfermería dedicados a la atención de la salud mental en adultos mínimamente necesarios⁵⁰.

13.1. Vulneraciones:

Recurso abusivo y desproporcionado al ingreso de una mujer con discapacidad mental e intelectual en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Según información proporcionada por la familia de la persona afectada, esta mujer de 36 años de edad y elevada discapacidad, lleva **ingresada más de un año** en el *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria* (Santa Cruz de Tenerife), concretamente **en la Unidad de Internamiento Breve para pacientes psicóticos con trastornos mentales agudos** (en adelante UIB), cuya estancia media es 21 días. La UIB es totalmente inadecuada para la atención de una persona con estas circunstancias concretas, **requiriendo la derivación a un centro adecuado a su situación a través de la correspondiente coordinación entre administraciones.**

El ingreso ya se produjo en circunstancias especialmente traumáticas, permaneciendo en el Servicio de Urgencias durante 4 días sometida a lo que se consideran medidas crueles, inhumanas y degradantes de contención mecánica y farmacológica, concretamente con sujeciones físicas y sedación nada más llegar al centro. Esto es una práctica común, dado que el Servicio de Urgencias de este Hospital carece de un área

⁴⁸ ELMUNDO.ES (9 de febrero): El pésimo abordaje de la depresión en España:

<http://www.elmundo.es/salud/2016/02/09/56b8e9bbca4741ec4a8b4636.html>

⁴⁹ Cadena SER (30 de noviembre): “Dices que tienes una enfermedad mental en el trabajo y te repudian”:

http://cadenaser.com/programa/2016/11/30/hoy_por_hoy/1480491829_337398.html

⁵⁰ ELPAIS.ES (24 de abril): La sanidad pública necesita 1.800 profesionales de salud mental

http://politica.elpais.com/politica/2016/04/22/actualidad/1461352648_611208.html

específica y adecuada para la asistencia de personas con trastorno mental⁵¹. Cuatro días después fue conducida a la planta de Psiquiatría de este Hospital, a la denominada UIB, donde permanece hasta la fecha sufriendo perjuicios irreparables. Como cualquier ser humano, además de asistencia médica por sus problemas de salud, precisa hacer algún tipo de actividad física, manual y mental. Una UIB no es adecuada para medias o largas estancias, al carecer de recursos humanos e instalaciones *ad hoc*. Su continuidad en este Hospital resulta muy perjudicial y día a día aumentan sus sufrimientos, empeorando su estado de salud física y mental. Actualmente ha aumentado mucho de peso, apenas anda arrastrando los pies, porta pañales (cuando antes de su ingreso no los precisaba) y no para de llorar cada vez que ve a su madre, suplicando que la saque de allí.

Por lo tanto, se trata de un **ingreso abusivo y perjudicial**, que prolonga de manera injustificada la continuidad del mismo, **impide la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades con relación a las personas con semejantes trastornos y necesidades asistenciales**. Téngase en cuenta que está siendo apartada y de facto segregada y separada de la sociedad, no tiene personas con quien relacionarse que no tengan los trastornos psiquiátricos agudos más graves y, salvo pasillos, una sala de estar, las consultas, un despacho donde se hace terapia ocupacional por las mañanas y las habitaciones, no dispone de nada más. Concretamente, dicha planta carece de talleres de psicomotricidad, de lectoescritura o de arte o manualidades; no dispone de áreas de esparcimiento o donde hacer prácticas de jardinería o adquirir habilidades para la vida diaria, para desarrollar sus emociones y sentimientos y menos aún de relajación, ocio, deporte o tiempo libre, estando condenada al ostracismo, al aislamiento y a la regresión⁵².

Esta grave situación revela un grave problema de desatención y descoordinación en el sistema socio-sanitario canario. En este sentido, la *Asociación de Salud Mental AFAES* ha denunciado que más de la mitad de las personas con trastorno mental en Gran Canaria no reciben el tratamiento y recursos adecuados, lo cual es especialmente grave en un contexto en el que este tipo de problemas de salud están camino de convertirse, como ha declarado el presidente de la *Federación de Salud Mental de Canarias*, Andrés Mendoza, “*en la segunda patología en orden de importancia*”⁵³.

Un informe del Sindic de Greuges pone de manifiesto las graves deficiencias del sistema de salud mental en la Comunidad Valenciana

Pese que han pasado 30 años desde que se produjo la reforma psiquiátrica, con los avances que ello supuso, como se ha visto, todavía queda mucho camino por recorrer.

Las propias personas **usuarias del sistema de salud reclaman un modelo de salud mental que fomente la autonomía personal, promueva la inclusión en la sociedad y evite la estigmatización** que sufren las personas con trastorno mental, tal y como exige la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

⁵¹ Vid. Miguel Ángel Thous “Trato indigno por la falta de infraestructuras para la salud mental en Canarias” DOC nº QUINCE

⁵² Información facilitada por AFAES con consentimiento expreso de la familia.

⁵³ Cadena SER (29 de noviembre): Más de la mitad de los enfermos mentales de Gran Canaria no reciben tratamiento http://cadenaser.com/emisora/2016/11/29/ser_las_palmas/1480423070_680448.html

En el informe se ponen de manifiesto el "*abandono institucional*" en la atención residencial a las personas con problemas de salud mental, la falta de planificación y de coordinación entre administraciones o el caos normativo, entre otras "*serias deficiencias*"⁵⁴.

13.2. Buenas prácticas:

SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el llamamiento de *Mental Health Europe* para la toma de medidas con relación a la CIE-10

La *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, como miembro de *Mental Health Europe* (MHE), se suma al posicionamiento de esta red europea en relación a la actual *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, considerando que los manuales de diagnóstico como la *CIE*, se deben entender como "*herramientas para el diálogo de igual a igual*" y garantizar siempre "*la participación en el mismo de personas con experiencia vivida de problemas de salud mental*".

MHE es una red europea de organizaciones no gubernamentales dedicada al fomento de la salud mental positiva, la prevención del sufrimiento mental, la mejora de la atención, la defensa de la inserción social y la protección de los derechos humanos para las personas usuarias y ex usuarias de los servicios de salud mental, sus familiares y quienes las cuidan.

Los miembros de *MHE*, entre los que se encuentra *SALUD MENTAL ESPAÑA*, incluyen asociaciones y particulares que trabajan en el campo de la salud mental en Europa, así como personas con antecedentes de problemas de salud mental y voluntarios, voluntarias y profesionales de diversas disciplinas relacionadas.

Según *MHE*, manuales como la *CIE* deben tener en cuenta la "*naturaleza provisional de las categorías diagnósticas*" ya que son "*socialmente construidas*" y no tienen en cuenta "*la riqueza de cada experiencia personal y el contexto local, y pueden suponer una etiqueta y cosificación del individuo*".

Por estos motivos, *MHE* hace un **llamamiento a la Organización Mundial de la Salud** para que se lleve a cabo:

- Un proceso de revisión verdaderamente participativo que implique a usuarios/as, cuidadores/as y sociedad civil de un modo lógico y constructivo.
- El desarrollo, en colaboración con organizaciones representativas, de un lenguaje más accesible para personas usuarias y cuidadoras.

⁵⁴ Cadena SER (17 de mayo) Los usuarios reclaman un modelo de salud mental que fomente la autonomía personal http://cadenaser.com/emisora/2016/05/17/radio_alicante/1463493942_307267.html Asimismo, EL PAIS.ES (8 de mayo), "El Síndic de Greuges pide que se unifique la atención a la salud mental": http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/05/08/valencia/1462705220_887738.html

- Garantizar la transparencia a todos los niveles del proceso de revisión, además de la verificación de la identidad y lealtad de los profesionales sanitarios que forman parte de la Red Global de Práctica Clínica, con el fin de prevenir conflictos de intereses.
- Garantizar un asesoramiento transparente y honesto en el uso de la CIE, entendiendo la utilización del diagnóstico como herramienta para el diálogo de igual a igual entre médico y paciente y haciendo hincapié en la necesidad de reconocimiento de la validez de los conocimientos, prácticas y normas culturales locales⁵⁵.

Proyecto 'Paciente experto'

A través del *Plan de Empleo de Castilla-La Mancha*, la *Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha*, dependiente de la *Consejería de Sanidad*, ha contratado a 16 **personas con problemas de salud mental para integrarse en equipos profesionales** de trabajo con el fin de **apoyar y ayudar a otras personas que se encuentran en sus mismas o similares circunstancias**.

El programa abarcará un total de 14 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la comunidad autónoma durante 6 meses, poniendo en valor y utilizando la experiencia en primera persona. Además, el proyecto tiene previsto formar a profesionales de la red de centros de la región y a familiares de las personas afectadas; así como la puesta en marcha de acciones para sensibilizar y enfrentar el estigma que acompaña a los trastornos mentales⁵⁶.

⁵⁵ SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el llamamiento de Mental Health Europe para la toma de medidas con relación a la CIE-10, 22 de julio de 2016:

<https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-apoya-llamamiento-mental-health-europe-cie-10-28687/>

⁵⁶ CLM24.es (25 de abril): Enfermos mentales de CLM ayudarán a otros a través del proyecto 'Paciente experto': <http://www.clm24.es/articulo/sociedad/enfermos-mentales-clm-ayudaran-otros-traves-proyecto-paciente-experto/20160425202609114926.html>

14. SOBRE 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.

El último informe publicado el 19 de diciembre de 2016 por el *Instituto Nacional de Estadística* (INE) muestra que, **a pesar de haber aumentado el número de personas activas, la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental ha disminuido** respecto al año anterior⁵⁷.

Entre los principales resultados de dicho informe se refleja, por ejemplo, que en 2015 en España había 1.774.800 personas con discapacidad entre 16 y 64 años, el 5,9% de la población española en edad laboral.

También, que la tasa de paro para el colectivo fue del 31%, mientras que en 2014 fue del 32,2%. Esta tasa era casi 10 puntos superior a la de la población sin discapacidad, con una tasa de paro del 21,9%.

Según este estudio, *“en la población activa con discapacidad se observa mayor porcentaje de hombres, más peso del grupo de 45 a 64 años y menos representación de las personas con estudios superiores que en la población activa sin discapacidad”*.

Por ramas de actividad, el sector en el que más trabajan las personas ocupadas con discapacidad es el sanitario y de servicios sociales, donde además tienen mayor representación que aquellos sin discapacidad.

En cuanto a las personas con problemas de salud mental, los datos del estudio estadístico del INE reflejan que **la tasa de actividad de las personas con trastorno mental es del 30,4%**, un 1% más que el año anterior. Sin embargo, es la **segunda discapacidad con menor tasa de empleo**, bajando un 0,5% desde 2014 hasta llegar al 15,9% (por detrás de la discapacidad intelectual).

Es decir, que **a pesar de haber aumentado el número de personas activas, la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental ha disminuido respecto a 2014**⁵⁸.

Según *SALUD MENTAL ESPAÑA*, mientras que **un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para obtener un empleo, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud 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, desplazando el rol de “enfermo” por el rol de “trabajador”.

⁵⁷ INE, “El empleo de las personas con discapacidad, 2015”, 19 de diciembre de 2016: <http://www.ine.es/prensa/np1012.pdf>

⁵⁸ SALUD MENTAL ESPAÑA, “SALUD MENTAL ESPAÑA muestra su preocupación por el desempleo de las personas con problemas de salud mental”, 23 de diciembre de 2016: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-preocupacion-desempleo-personas-con-problemas-de-salud-mental-30532/>

Es por eso que el movimiento asociativo agrupado en torno a la *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, lleva años fomentando la **mejora de la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental y apostando por:**

- Sensibilización al tejido empresarial para fomentar la contratación
- Servicios de orientación laboral
- Formación para el fomento del empleo
- Centros Especiales de Empleo
- Empleo con Apoyo⁵⁹

14.1. Vulneración:

Cuestiones pendientes en materia de Centros Especiales de Empleo

A principios de **2016** se ha dado a conocer un **informe** elaborado por el ***Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid*** por encargo de *Fundación ONCE* en el que se analizan los Centros Especiales de Empleo (CEEs) a la luz de la *Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

En este documento se analiza el impacto de la Convención sobre lo que se define como principal manifestación del empleo protegido en nuestro país y herramienta para la incorporación de las personas con discapacidad al ámbito laboral, con el fin de asegurar un empleo remunerado a las personas con discapacidad, prestar los servicios de ajuste personal y social que requieran y ser un medio de integración del mayor número de personas con discapacidad al régimen de trabajo normal, es decir, en el empleo ordinario.

En el informe se advierte que la **Convención apuesta por un mercado laboral inclusivo**, lo cual **no obliga a renunciar al empleo protegido siempre y cuando este se desenvuelva en el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad, facilite su acceso al mundo laboral y se combine con otras medidas que favorezcan su inclusión en el mercado ordinario**. En este sentido, según este documento, pese a que el marco regulador de los CEEs se ha ido acercando a la perspectiva de la Convención, quedan todavía importantes **ámbitos normativos pendientes de reforma:**

- Incorporación de los grandes principios de la Convención a la legislación sobre CEEs (autonomía e independencia, capacidad universal y apoyos, igualdad y no discriminación, accesibilidad y ajustes, calidad en el empleo y en las condiciones de trabajo);
- Establecimiento de planes personalizados de desarrollo o apoyo sociolaboral;
- Potenciación de los servicios de ajuste personal y social, que las disposiciones de Derecho antidiscriminatorio del Estatuto de los Trabajadores se proyecten en los trabajadores de los CEEs;

⁵⁹ *Ibid.*

- Equiparación de las condiciones y derechos laborales sin perjuicio de la realización de adaptaciones específicas, que no exista discriminación en el interior de los CEEs;
- Potenciación de la estabilidad y continuidad en el empleo;
- Garantía del desarrollo de una carrera profesional;
- No obstaculización de la movilidad de los trabajadores;
- Revalorización del trabajo desarrollado en los CEEs.

Rafael de Asís, quien ha dirigido este informe, concluye en este sentido que *“los CEEs (entendidos como Centros de Empleo Inclusivo) se justifican si son un instrumento más dentro de un mercado abierto y que no discrimina a las personas con discapacidad, se rebaja la nota de la especialidad y poseen como finalidad favorecer el desarrollo profesional de las personas con discapacidad y prestarles los apoyos individualizados que precisen”*⁶⁰.

14.2. Recomendaciones:

- Promover un mayor ajuste del marco regulador de los CEEs a la perspectiva de la Convención.
- Promover medidas para favorecer la concienciación y un buen clima laboral en las empresas, a fin de propiciar la inclusión.

⁶⁰ INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS BARTOLOMÉ DE LAS CASAS, Informe Impacto de la Aplicación de la Convención de Naciones Unidas para los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Regulación de los Centros Especiales de Empleo, diciembre de 2015, publicado en 2016:
http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/instituto_derechos_humanos/noticias/informe-cees-cdpd/informe-cees-idhbc_0.pdf

15. SOBRE PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA

Artículo 29 CDPD

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.

15.1. Vulneración:

En la convocatoria de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2016 se incorporan condiciones discriminatorias para las personas con problemas de salud mental

El artículo 8, puntos 4 y 5, de la *Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado* establece expresamente que **no podrán ser voluntarias las personas que tengan antecedentes penales no cancelados por una serie de delitos**. En su virtud, en la *Convocatoria de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2016*, **sin contemplar excepción alguna atendiendo a las circunstancias particulares de la persona o a los fines del programa concreto, exige que las personas voluntarias que participen en los programas financiados acrediten no tener antecedentes penales**. Para ello, ha dispuesto que las entidades beneficiarias presenten el Modelo de declaración responsable acreditativa de que las personas voluntarias que participan en la ejecución

de los programas financiados no tienen antecedentes penales, a efectos de lo previsto en el artículo 8, puntos 4 y 5, de la *Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado (Modelo 11)*⁶¹.

Para comprender la dimensión del problema que se ha generado, hay que tener en cuenta que muchas **personas con problemas de salud mental han sido condenadas por la comisión de algunos de los delitos previstos**, en el contexto del agravamiento de su estado de salud; al cual, en la mayoría de los casos, **ha contribuido de manera sustancial la desatención o atención insuficiente o inadecuada del sistema socio sanitario**. De hecho, la **deficiente implementación de la reforma sanitaria que instauró la Ley General de Sanidad de 1986 ha convertido las prisiones en lugares donde contener los efectos de esa nula o deficiente atención**, tras pasar por un proceso penal en el que la situación de la persona puede resultar muy frecuentemente inadvertida. Esto es así, entre otros aspectos, por la **falta de formación de jueces, fiscales y abogados**, a nivel general, **en materia de salud mental que conduce a una escasa contemplación de medidas alternativas a la prisión**⁶². A esto hay que unir, como se indica en un informe de la *Fundación Abogacía Española*, la **tradicional descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial**; el **estigma** al que se enfrentan las personas con problemas de salud mental; la **ausencia de políticas de prevención y atención adecuadas** y la **deficitaria red de apoyo social**⁶³.

Todo ello **conduce a un agravamiento del estado de salud** de la persona que **se podría evitar con una correcta derivación que asegurara el adecuado tratamiento en un recurso comunitario y la creación de recursos intermedios que permitieran el tránsito controlado de un recurso cerrado a un medio abierto, a fin de promover la reeducación y reinserción social** de la persona **conforme al cumplimiento al artículo 25.2 de la Constitución**⁶⁴. A esta responsabilidad de los poderes públicos, se añade la obligación que les impone artículo 49 de la Constitución de realizar una **política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad**, a las que ha de prestar la atención especializada que requieran y ampararlas especialmente para el disfrute de sus derechos.

Para todo ello, **es esencial contar con la participación de las entidades representativas del colectivo**, particularmente, por lo que al objeto de esta denuncia concierne, en materia de **reeducación y reinserción**; lo que implica incrementar la colaboración de los recursos dependientes de las ONGs de apoyo a personas con

⁶¹ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, “Convocatoria de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2016”:

<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ongVoluntariado/subvenciones/IRPF/home.htm#p1>

⁶² UCELAY, P., Jurista del Cuerpo Superior Técnico de Instituciones Penitenciarias, “Enfermos mentales en prisión: RIESGOS”, Juristadeprisiones.com, 03/05/2015: <http://juristadeprisiones.com/enfermos-mentales-en-prision-riesgos/>

⁶³ FUNDACIÓN ABOGACÍA ESPAÑOLA, “Los enfermos mentales en el sistema penitenciario, un análisis jurídico”:
<http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/10/INFORME-Enfermedad-mental-e-instituciones-penitenciarias.pdf>

⁶⁴ ORTIZ GONZÁLEZ, A.L., magistrado titular del Juzgado Vigilancia Penitenciaria nº 1 Madrid, “Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable”, Abogacía Española, 7 de noviembre de 2012: <http://www.abogacia.es/2012/11/07/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>

discapacidad y eliminar obstáculos administrativos que dificulten el aprovechamiento de dichos recursos, para que puedan ser utilizados eficazmente en su labor⁶⁵.

La *Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* **proscribe la discriminación** (artículos 3 y 5); **reconoce los derechos a la habilitación y rehabilitación** (artículo 27) y **a la participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales** (artículo 29) e impone la **obligación a los poderes públicos de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales** de las personas con discapacidad (artículo 4), entre otros.

Por tanto, al exigirse la presentación del referido Modelo 11 en los términos expuestos, en la convocatoria de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2016 **se está produciendo una exclusión discriminatoria**, que en modo alguno promueve el derecho a la igualdad de oportunidades y a la accesibilidad universal de las personas con discapacidad o en situación de dependencia que el artículo 8, punto 3, de la misma Ley insta a garantizar a las entidades de voluntariado; por lo que aboca a la Administración a ir contra sus propios actos y vulnera gravemente los derechos de las personas con problemas de salud mental.

⁶⁵ CERMI, “Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España”, Nº 31, febrero de 2008:
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/cermi001/7.dir/cermi0017.pdf

A NEXOS

1) MANIFIESTO DE CARTAGENA POR UNOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL RESPETUOSOS CON LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBRES DE COERCIÓN

MANIFIESTO DE CARTAGENA POR UNOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL RESPETUOSOS CON LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBRES DE COERCIÓN

La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria supusieron una apuesta por suprimir las prácticas institucionales que vulneraban los derechos humanos y por la recuperación de la dignidad y derechos de las personas diagnosticadas de trastorno mental. Desde entonces, ha habido un esfuerzo continuado por ofrecer una atención respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos. A pesar de ello, continuamos con unos presupuestos en salud mental insuficientes, con equipos incompletos y una red fragmentada. Esto ha dificultado el desarrollo de la atención comunitaria y ha favorecido más el uso de medidas de control y coerción en lugar de medidas terapéuticas.

El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad. Nos referimos especialmente al uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción.

Creemos que es el momento de avanzar en la toma de conciencia sobre estas prácticas que no garantizan los derechos de las personas; de trabajar para su eliminación y para la erradicación de las deficiencias que las hacen posibles.

CONSIDERAMOS

- Que su erradicación es un objetivo a conseguir.
- Que suponen un sufrimiento psíquico traumático, pueden romper los vínculos terapéuticos y comprometer el proceso de recuperación.
- Que su uso se cuestiona en la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y en el Informe sobre la Tortura en Centros Sanitarios de las Naciones Unidas.
- Que el estado actual de la red asistencial no favorece la eliminación de las situaciones de coerción, invalidando los esfuerzos profesionales por evitarlas. Para conseguir el objetivo que perseguimos hay que movilizarse por obtener cambios sustantivos en los recursos en toda la red asistencial y no solo en los lugares donde se dan estas prácticas.
- Que la dificultad de encontrar alternativas reales de atención puede situar a los profesionales en la polaridad entre la coerción o el abandono. Y a los usuarios, entre el sometimiento y el desamparo. Estas dicotomías envenenan las relaciones terapéuticas y las necesarias alianzas entre todos los actores.
- Que más allá de los cambios individuales, hay que transformar discursos, culturas y servicios. No nos referimos solo a unas prácticas, sino también a los discursos que las sustentan y las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

PROPONEMOS

- No considerar las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos. Son incidentes críticos que invitan al análisis y la mejora.
- Exigir transparencia y establecer sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuando se hace, qué figuras profesionales fueron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado, y especialmente cómo evitar su uso en el futuro.
- Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas. Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Dotarlas de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.
- Velar porque la extinción de estas prácticas en unos lugares, no suponga un riesgo de que se produzcan en otros.
- Promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.
- Formar a los y las profesionales en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona.
- Apoyar a los profesionales y los equipos que sean capaces de plantear alternativas creativas, reconocer y difundir sus esfuerzos, generando así una cultura profesional libre de coerción.
- Crear cauces reales de participación de usuarios/as para que puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.
- Buscar alianzas con los movimientos ciudadanos que aboguen por la erradicación de la coerción en otros ámbitos, de los discursos que las sustentan y las desigualdades de poder que las facilitan.
- Instar el compromiso de la Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones necesarias en recursos que favorezcan la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión

En Cartagena a 3 de Junio de 2016



2) LLAMAMIENTO DE MENTAL HEALTH EUROPE PARA LA TOMA DE MEDIDAS CON RELACIÓN A LA CIE-10



Mental Health Europe

MENTAL HEALTH EUROPE – SANTE MENTALE EUROPE aisbl
Mundo-B, Rue d'Edimbourg 26
1050 Brussels, Belgium
+32 2 8930881
E-Mail: info@mhe-sme.org
www.mhe-sme.org

Noviembre de 2015

Llamamiento de Mental Health Europe para la toma de medidas con relación a la CIE-10

A lo largo de los años, [Mental Health Europe](#) (MHE),¹ ha realizado llamamientos con el objetivo de que se reconozca la crisis de confianza en el enfoque biomédico adoptado por la psiquiatría occidental, además de para cambiar dicha cultura en el seno de los servicios de salud mental. Luchamos por un abordaje de la salud y la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos y, como marca la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Naciones Unidas, por la participación de las personas con discapacidad y con problemas de salud mental en todas las decisiones que afecten sus vidas. Por ello MHE cree que se debe dar un cambio clave en la cultura de la atención en salud mental, teniendo en cuenta la visión, derechos y experiencia de los usuarios de esta.

Tras nuestro trabajo sobre el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5),² y la aprobación del "[Manifiesto de Bucarest](#)"³ desarrollado por un grupo de expertos de MHE - [grupo de trabajo por la superación del modelo biomédico](#) (Grupo BBP)⁴, en que se llamaba a la acción para que se tengan en cuenta alternativas al modelo biomédico y se evite que el abordaje psicológico y social quede supeditado al médico biologicista y por lo tanto al diagnóstico según los manuales; nos hemos centrado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)⁵, que pasará a ser la CIE-11 cuando sea aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud⁶ en 2018. MHE ha publicado un [documento de posición sobre la CIE-10](#)⁷ específico y, en consecuencia, hace un llamamiento a la OMS y a la UE para la toma de una serie de medidas concretas que se resumen a continuación.

¹ Mental Health Europe (MHE) es una red europea de organizaciones no gubernamentales dedicada al fomento de la salud mental positiva, la prevención del sufrimiento mental, la mejora de la atención, la defensa de la inserción social y la protección de los derechos humanos para los usuarios y ex usuarios de los servicios de salud mental, sus familiares y cuidadores. Los miembros de MHE incluyen asociaciones y particulares que trabajan en el campo de la salud mental en Europa, así como personas con antecedentes de problemas de salud mental y voluntarios y profesionales de diversas disciplinas relacionadas. Para más información, visite nuestro sitio web: <http://www.mhe-sme.org/>

² Para más información acerca del DSM-V, véase: <http://www.dsm5.org/about/Pages/Default.aspx>

³ Para más información acerca del Manifiesto de Bucarest, visite los siguientes enlaces de nuestra web: <http://www.mhe-sme.org/policy-work/bbp-task-force/bucharest-manifesto/>

⁴ Para más información sobre el Grupo de Trabajo BBP, véase: <http://www.mhe-sme.org/policy-work/bbp-task-force/>

⁵ Para más información sobre el proceso de revisión de la CIE-10, véase: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁶ La Asamblea Mundial de la Salud es un foro anual al que asisten delegaciones procedentes de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y constituye máximo órgano de decisión de la OMS.

⁷ Para leer el documento de posición completo, véase el siguiente enlace: http://www.mhe-sme.org/fileadmin/Position_papers/MHE_response_to_the_public_consultation_on_the_working_document_of_the_draft_Additional_Protocol_to_the_Oviedo_Convention.pdf

MHE cree que se deben implantar medidas de protección con el fin de garantizar que los manuales de diagnóstico, como la CIE, se entiendan como herramientas para el diálogo de igual a igual entre médico y paciente. Dichas medidas de protección comprenden la transparencia del proceso de elaboración del manual, la participación en el mismo de personas con experiencia vivida de problemas de salud mental, y el desarrollo de un lenguaje más accesible para usuarios y cuidadores. Finalmente una orientación y uso honesto de los manuales tiene que tener en cuenta la naturaleza provisional de las categorías diagnósticas, que son socialmente construidas, no tienen en cuenta la riqueza de cada experiencia personal y el contexto local, y pueden suponer una etiqueta y cosificación del individuo.

Desgraciadamente, MHE ha encontrado los siguientes **fallos en el proceso de revisión actual**:

- Poca o insignificante participación de usuarios, cuidadores o sociedad civil
- Falta de transparencia
- Prioridad de los sistemas sanitarios sobre el paciente
- Refuerzo del modelo biomédico
- Prioridad del conocimiento global sobre el local

En lo sucesivo

El grupo de trabajo comprende que, en el futuro, la CIE no se revisará de forma tan extensa y compleja, sino que el proceso de revisión será continuo. A pesar de que ya sea tarde para la revisión actual, las siguientes revisiones deberían adoptar las medidas de protección arriba indicadas y dar la oportunidad de contribuir a un cambio en el planteamiento biomédico de los problemas de salud mental.

Llamamientos:

En lo sucesivo, **MHE hace un llamamiento a la OMS a:**

- Un proceso de revisión verdaderamente participativo que implique a usuarios, cuidadores y sociedad civil de un modo lógico y constructivo.
- El desarrollo, en colaboración con organizaciones representativas, de un lenguaje más accesible para usuarios y cuidadores.
- Garantizar la transparencia a todos los niveles del proceso de revisión, además de la verificación de la identidad y lealtad de los profesionales sanitarios que forman parte de la Red Global de Práctica Clínica, con el fin de prevenir conflictos de intereses.
- Garantizar un asesoramiento transparente y honesto en el uso de la CIE, entendiendo la utilización del diagnóstico como herramienta para el diálogo de igual a igual entre médico y paciente y haciendo hincapié en la necesidad de reconocimiento de la validez de los conocimientos, prácticas y normas culturales locales.

Qué puede hacer la UE

Como parte del CDPD de la ONU, la UE desempeña una función en el fomento de la participación de las personas con discapacidad en las decisiones que afectan a su vida. MHE es consciente de que el Servicio Europeo de Acción Exterior (SEAE) coordina la participación de los Estados Miembros en los asuntos sanitarios de la OMS y opina que es donde alguna de las cuestiones arriba mencionadas debería suscitarse.

Hacemos un llamamiento a la UE, por medio de la SEAE, para que presione a la OMS con el fin de garantizar que:

- El proceso de revisión de la CIE sea transparente y participativo, además de implicar a usuarios, cuidadores y sociedad civil de un modo lógico.

Qué puede hacer MHE

MHE cuenta con décadas de experiencia en el apoyo al desarrollo de nuestras organizaciones miembro y en pedir sus opiniones, incluidas las organizaciones de usuarios independientes. Seguiremos intentando colaborar con otros grupos y ofrecer nuestro apoyo con el fin de garantizar que se busquen las opiniones de usuarios, cuidadores y profesionales cualificados de un modo lógico y constructivo.

3) REIVINDICACIONES “30 ANIVERSARIO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA”

Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedan plasmados en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril):

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

65

Logros alcanzados en los últimos 30 años

1. Consiguió desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico. El logro principal que podemos y queremos destacar es el de haber sentado las bases para el desarrollo de un conjunto de servicios de atención a la salud mental que proporcionan las condiciones para el desarrollo del Modelo Comunitario (aumento del número y calidad de los recursos, formación de los profesionales que atienden el colectivo-psicología clínica, enfermeras/os expertas en salud mental).
2. Total equiparación de las personas con trastorno mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. La atención psiquiátrica se incluyó en las coberturas de la seguridad social. De alguna manera, es la primera vez que en una normativa se considera a las personas con trastorno mental como sujeto de derechos.
3. La Ley General de Sanidad potenció la figura de atención primaria como elemento integrador y puerta de entrada a los servicios de salud mental.
4. La ley estableció que las hospitalizaciones solo se realizarían cuando fuera estrictamente necesario y con el preciso respaldo legal para realizarlas. Además estableció que se realizara en unidades psiquiátricas de los hospitales generales, donde la práctica habitual en nuestros días es que el ingreso dure el menor tiempo posible.

5. Compromiso de la sociedad civil organizada a través del movimiento asociativo de familiares y personas afectadas con la atención y promoción de la salud mental.

Carencias y necesidades

1. **El proceso de reforma psiquiátrica no concluso.** Es decir estamos conviviendo con dos modelos: un modelo de atención comunitario (red de recursos socio-sanitarios) y un modelo de institucionalización (hospitales psiquiátricos en diversos puntos de la geografía).
2. **Ritmo de implantación y nivel de desarrollo desiguales entre territorios.** No existe una clara prioridad de las administraciones públicas hacia la salud mental dejando en muchas ocasiones en manos del movimiento asociativo gran parte de la responsabilidad. Es evidente la necesidad de desarrollar una cartera de servicios básicos común que termine con las desigualdades ya no sólo entre las diferentes CC.AA. sino entre, por ejemplo, las ciudades desarrolladas y las zonas rurales de una misma CC.AA. o en el desarrollo de los dispositivos de atención a la salud mental de una misma ciudad.
3. **Escasez, tanto de recursos y/o dispositivos y/o programas destinados a la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en la población, como de recursos intermedios** (centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, etc...) que garanticen la continuidad en el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental.
4. En los recursos de atención a la salud mental, aunque se han incorporado diferentes disciplinas profesionales (trabajadores/as sociales, psicólogos/as, DUEs, terapeutas, etc) el **número de profesionales es aún insuficiente**, lo que evidentemente perjudica el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental (mayor tiempo de espera entre cita y cita, escasa duración de las mismas, intervenciones centradas en el tratamiento farmacológico, rotación del personal, escasa formación en modelo de recuperación y de la práctica de la escucha activa y de la facilitación de la toma de decisiones, etc).
5. La **atención en situaciones de crisis**, si bien ha mejorado, en muchas ocasiones en este tipo de intervenciones se sigue **vulnerando los derechos** de las personas con problemas de salud mental debido a falta de sensibilización y formación específica para este tipo de situaciones, recursos inadecuados e insuficientes para realizar este tipo de intervenciones, escaso conocimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental, barreras que se encuentran en las actitudes y comportamientos de operadores sanitarios, sociales, jurídicos, policiales y al estigma latente en la sociedad que impide que percibamos este tipo de atenciones vinculadas al ámbito exclusivamente sanitario que deben contar con un abordaje específico.
6. **Escasa formación y sensibilización de los médicos de atención primaria:** no se suele informar a las personas con problemas de salud mental ni a las familias de los diferentes recursos comunitarios incluidas las asociaciones. Esto es sumamente importante ya que la mayoría de los casos tienen su entrada a través de los servicios de atención primaria.

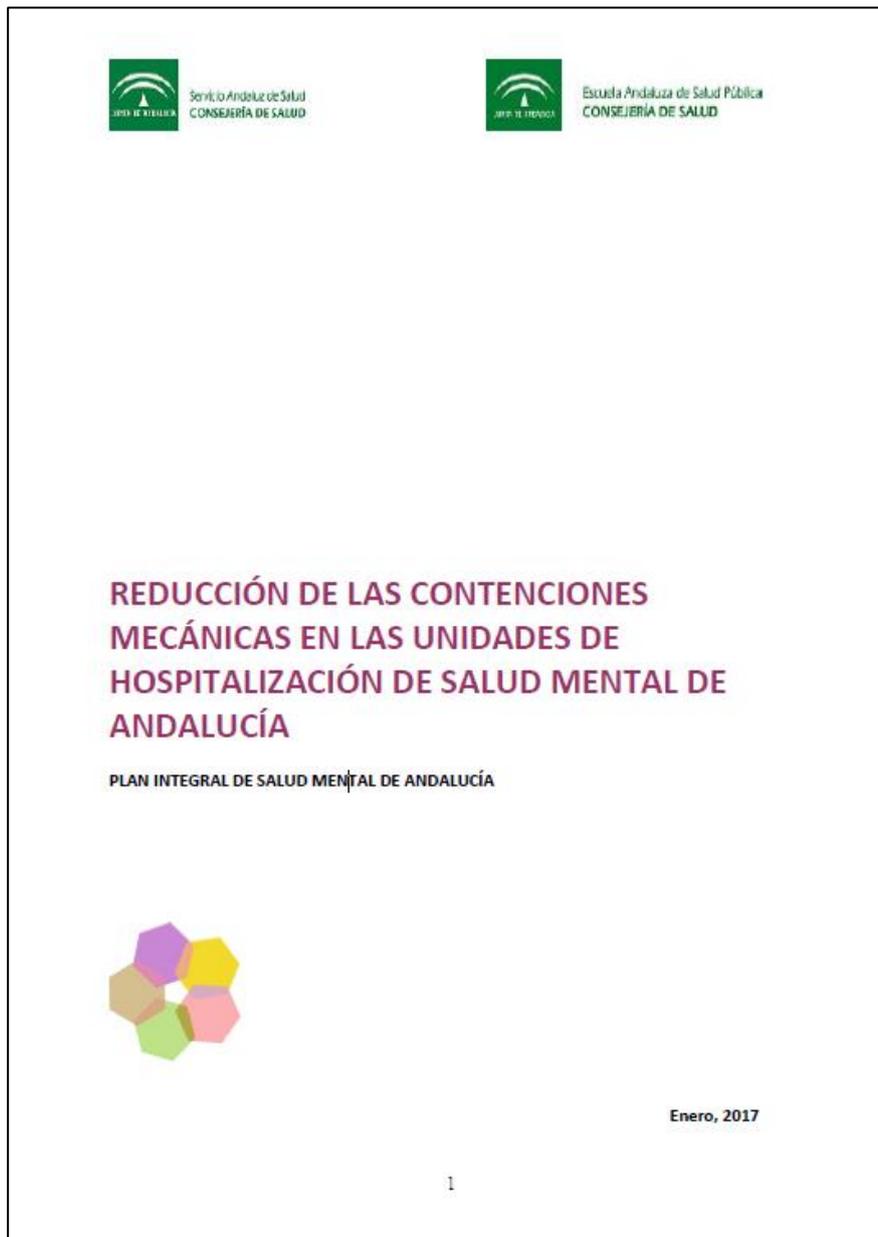
7. **Dificultad en la coordinación socio-sanitaria, duplicidad y discontinuidad, así como ausencia de una visión integral en las intervenciones.**
8. **Aún no se facilita la plena participación de las personas con problemas de salud mental y de sus familias en la toma de decisiones** que afectan plenamente a sus procesos de recuperación.
9. **Es necesario un mayor compromiso de la administración pública para con el desarrollo de políticas enfocadas a la promoción de la autonomía y la vida independiente** de las personas con problemas de salud mental, incidiendo en la importancia de situar a la persona con problemas de salud mental en el centro de atención de la intervención.
10. **Escasa conciencia social sobre el impacto de la salud mental y de los problemas de salud mental en el bienestar y la vida de las personas**, lo cual repercute en la elaboración y desarrollo de políticas públicas.

Principales reivindicaciones ante estas carencias y necesidades

1. La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud ha de ser un elemento vertebrador y cohesionador** de la atención a la salud mental en todo el Estado. Es imprescindible que esta Estrategia sea un marco común para todos los planes autonómicos y que sea consensuada y asumida por todos los agentes y operadores implicados.
2. El **modelo de atención ha de ser el comunitario**. Para que su desarrollo sea adecuado, debe garantizarse la disponibilidad de todos los recursos que sean necesarios hasta completar plenamente el proceso de recuperación de la persona afectada.
3. Las **personas afectadas deben situarse en el centro de todas las intervenciones** de tal suerte que todos los dispositivos y recursos giren en torno a sus necesidades, que podrán variar a lo largo de su vida.
4. Se debe **garantizar la participación de todos los elementos implicados**. Esta participación es un derecho reconocido en la legislación nacional e internacional y constituye un valor para conocer las necesidades de las personas y su implicación en su proceso de recuperación. No hay futuro sin esta participación.
5. La **atención a las personas con problemas de salud mental ha de concebirse desde la óptica y absoluto cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. El enfoque ha de ser el del respeto a los derechos que les amparan por su condición de ciudadanos. Es preciso, además, que para que la atención sea eficaz y se produzca conforme al respeto de derechos y alejada de perspectivas de beneficencia, se desarrollen todos los recursos que sean necesarios y que los operadores implicados dispongan de una formación adecuada.
6. **Fortalecimiento del movimiento asociativo de personas con trastorno mental y familiares**. Es imprescindible reconocer los logros alcanzados gracias al trabajo de la sociedad civil organizada en torno al movimiento asociativo reunido en la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Sin la implicación y el trabajo

de miles de personas afectadas después de 30 años de reforma psiquiátrica, los resultados en materia de atención a la salud mental y promoción de la salud mental habrían sido peores.

4) REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ANDALUCÍA CON EL APOYO DEL GRUPO DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA. PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El uso de la contención mecánica supone una práctica de intervención forzosa que está en contradicción con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En concreto el uso de las contenciones físicas puede suponer la violación de los artículos 12 y 17 de la citada Convención.

El Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental, vinculado al Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, ha identificado la reducción de las contenciones mecánicas como un tema prioritario de intervención en las actividades orientadas a garantizar prácticas que respeten los derechos humanos en los dispositivos de atención a las personas con problemas de salud mental.

Varios estudios han puesto de manifiesto no sólo los conflictos éticos que supone el uso de la contención mecánica en personas con trastorno mental, sino también el trauma que supone haber pasado por un episodio de contención y sus implicaciones en relación a la esperanza en su proceso de recuperación. Además, el uso de las contenciones mecánicas puede ser percibido como un impedimento o contradicción en relación a la promoción del enfoque de la recuperación y autonomía, puesto que supone una intervención forzosa que es rechazada por la persona.

En 2012, una revisión Cochrane ponía de manifiesto la falta de ensayos existentes para evaluar su efectividad, lo que resulta una contradicción dado el uso generalizado que existe de esta práctica en determinados dispositivos de atención a las personas con discapacidad.

Los datos sobre contenciones mecánicas no están fácilmente disponibles, en los diferentes países. Un estudio de 2009 realizado por la Inspección del Servicio Andaluz de Salud, ponía de manifiesto, entre otros aspectos, la variabilidad que existe en la utilización de la contención mecánica y en las medidas asociadas a su uso (guías, protocolos, etc.).

En general existe cierto consenso sobre que debería utilizarse sólo por motivos relacionados con la seguridad de la persona hospitalizada o los y las profesionales que la atienden, si bien diversos estudios apuntan a que a menudo se utiliza con personas ruidosas, que no respetan las normas o que muestran comportamientos disruptivos, pero no necesariamente personas que tengan un comportamiento violento. Esta situación estaría asociada a que con alguna frecuencia puede ser una respuesta automática y que, por desconocimiento de otras alternativas, se percibe cómo una respuesta profesional legítima ante un comportamiento difícil.

Existe la creencia de que el uso de la contención mecánica es útil para reducir el número de lesiones en pacientes y profesionales, cuando en los lugares en los que se han puesto en



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

marcha estrategias para la reducción de las contenciones no sólo no han aumentado el número de lesiones, si no que incluso se han reducido.

En Andalucía, el Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental puso de manifiesto tanto la necesidad de conocer con mayor detalle la realidad del uso de las contenciones y las posibles diferencias existentes entre unidades de hospitalización, como la necesidad de que los y las profesionales dispongan de mayor formación sobre técnicas para prevenir y evitar el uso de las contenciones físicas. Esto coincide con las conclusiones de muchos estudios sobre contención mecánica, en los cuales recomiendan una mayor formación en la prevención del uso de la misma. En este sentido, se sabe que el manejo de situaciones susceptibles de contención mecánica está interrelacionado con el ambiente terapéutico en las unidades, una línea en que se está trabajando desde hace varios años en las unidades de salud mental de Andalucía, en el marco del II PISMA (2008-2014).

Por todo ello, en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020), se propuso diseñar un Plan de acción orientado a disminuir el uso de las contenciones mecánicas en Andalucía. Para ello cuenta con el asesoramiento del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental.

A continuación, se relacionan los objetivos, plan de trabajo y productos cuya realización se ha llevado a cabo en coordinación con la Escuela Andaluza de Salud Pública.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Disponer de un Plan de Actuación destinado a disminuir el número de contenciones mecánicas que se realizan en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) de Andalucía.

Objetivos específicos:

- Diseñar planes de actuación específicos de cada UHSM para la disminución del número de contenciones mecánicas de forma colaborativa con los y las Coordinadores/as de las unidades de hospitalización de Andalucía y Supervisores/as de Cuidados.
- Dar a conocer a los y las profesionales de todos los dispositivos que la prevención de episodios de contención mecánica está relacionada con un buen seguimiento comunitario, con la adherencia a los tratamientos y los servicios, con la accesibilidad de los servicios, con la continuidad asistencial y con la coordinación intersectorial.
- Sensibilizar a los y las profesionales de todos los dispositivos sobre el impacto de las contenciones mecánicas en las personas hospitalizadas.
- Aumentar las habilidades y capacidades de los y las profesionales para prevenir el uso de las contenciones mecánicas.



PLAN DE TRABAJO

1. Coordinación: Espacio virtual de intercambio y reuniones presenciales

Se creó un espacio virtual para el diseño del plan de actuación destinado a la disminución de las contenciones mecánicas. Forman parte de este espacio:

- Los y las coordinadoras de las UHSM de Andalucía.
- Los y las supervisores/as de las UHSM de Andalucía.
- El equipo técnico de la EASP y del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.

Este espacio se actualiza de acuerdo con los avances que se van realizando desde las Unidades de Hospitalización y en coordinación con el equipo técnico de la EASP y el PSM.

2. Revisión del conocimiento y del estado de situación.

A. Revisión de artículos, documentos estratégicos, etc.

- Traducción de Documentos seleccionados sobre Estrategias de implementación y Buenas prácticas.
- Redacción de un Informe sintético con aspectos clave sobre medidas para disminuir las contenciones.

B. Revisión de paquetes de formación, cursos, etc. existentes en otros países para la reducción de las contenciones.

- Identificación de Objetivos y contenidos de la formación.

C. Análisis de la información sobre el registro de las Contenciones Físicas en las UHSM obtenida mediante cuestionario.

- Información sintética sobre la información obtenida mediante cuestionario.

3. Plan de acción que incluye Formación

- Realización de Jornadas de Trabajo con los Responsables de las Unidades de Hospitalización de Andalucía (Coordinación y Supervisión de enfermería).
- Diseño o adaptación de un registro de recogida de información sobre las contenciones en Andalucía.
- Puesta en Marcha del Registro de contenciones a nivel regional.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

- Diseño y realización de actividades de formación – Acción para la reducción de las contenciones.

Fase 1: virtual-presencial con coordinadores de las UHSM y Supervisores/as de enfermería y psiquiatras que realizan guardias en las UHSM, pero habitualmente trabajan en otras Unidades de salud mental.

Actividades de aprendizaje tutorizado:

- Formación orientada a cambios actitudinales (mitos, asunciones erróneas...) y análisis de experiencias de pacientes y de profesionales
- Técnicas de prevención y gestión de crisis
- Técnicas para frenar la escalada
- Técnicas para análisis y revisión de episodios de contención
- Enfoques y modelos de atención (DDHH, recuperación, ...)

Fase 2: Formación de formadores

Análisis de situación en cada UHSM y Diseño de un plan de actuación: objetivos, actividades y compromisos para la disminución de las contenciones físicas.

Fase 3: Formación en cada Unidad de Hospitalización

Aprendizaje presencial de técnicas para prevenir la CM.

4. Productos

- Espacio virtual de intercambio para la disminución de las contenciones mecánicas en Andalucía (2015).
- Informes sobre el conocimiento existente en relación a la disminución de las contenciones físicas (2016).
- Registro de información uniforme para todas las Unidades de Hospitalización. Se ha puesto en marcha en julio de 2016 en un sistema online (2016).
- Actividades formativas semi-presenciales (2016- 2017).
- Actividades en cada UHSM: Planes de actuación por parte de cada UHSM (2016-2017).

5) LA SALUD MENTAL EN PRIMERA PERSONA. LOS COMITÉS DE PERSONAS EXPERTAS⁶⁶.

Artículo de SALUD MENTAL ESPAÑA publicado en el último número de la Revista Española de Discapacidad (REDIS) que edita el Centro Español de Documentación sobre Discapacidad del Real Patronato.

La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas

First-person perspective on mental health.
Committees of expert people

Palabras clave:
Salud mental, participación, empoderamiento, comités, Salud Mental España.

Keywords:
Mental health, participation, empowerment, committees, Mental Health Spain.

1. Introducción

Existen múltiples barreras que obstaculizan el derecho a la participación de las personas con problemas de salud mental, como los prejuicios, la discriminación, las etiquetas, el paternalismo, la falta de información y formación, el tradicionalismo o el escepticismo. El hecho de poder participar en la toma de decisiones ofrece multitud de ventajas tanto desde la perspectiva de derechos como para el empoderamiento y la recuperación.

La participación es un derecho reconocido. Aunque lamentablemente la participación en salud mental es aún escasa, desde Salud Mental España se considera imprescindible fomentar la implicación real y efectiva de todas las personas que se pueden ver, en algún momento de su vida, afectadas por problemas de salud mental.

La Confederación Salud Mental España¹ es una entidad sin ánimo de lucro de interés social y declarada de utilidad pública que nació en 1983 y cuya misión es mejorar la calidad de

Salud Mental España
<confederacion@consaludmental.org>

Para citar:
Salud Mental España (2016): "La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas", *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1): 241-247.

Doi: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.14>



¹. En 2015 la Confederación Peafes actualizó su marca y pasó a denominarse Salud Mental España.

⁶⁶ Artículo publicado en [Revista Española de Discapacidad – Vol. 4, núm. 1 \(2016\)](#)

vida, defender los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias y representar a este movimiento asociativo. En la actualidad, integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, que a su vez agrupan a casi 300 asociaciones y suman más de 44.000 socios y socias en todo el territorio estatal.

Según la Guía Partisam², una herramienta para el fomento de la participación de las personas usuarias de los servicios de salud mental coordinada por la Confederación y editada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la participación “supone una toma de poder personal, que capacita a la persona para tener el control sobre su propia vida. Es decir, facilitar el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental, así como de sus familias como personas cuidadoras” (Fernández de Sevilla y San Pío, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el “empoderamiento” es un concepto esencial de la promoción de la salud. Ya desde la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) se reconoce que “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”.

Aplicado a las personas con problemas de salud mental, la OMS indica que “en el contexto de la salud mental, el empoderamiento se refiere 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 encabezen 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 bienestar.

2. “Guía Partisam. Promoción de la participación y autonomía en salud mental”, texto disponible en <<https://consaludmental.org/centro-documentacion/promocionautonomia/guia-partisam-206866/>> [consulta: 1 de marzo de 2016].

**“¿Qué es el empoderamiento?”
Decálogo “¿Qué es el empoderamiento?”
(2014). Comité Pro Salud Mental en Primera
Persona de Salud Mental España**

1. Plenitud. La existencia de las personas tiene múltiples facetas, y queremos disfrutar de todas ellas.
2. Control. Queremos ser los protagonistas de nuestras vivencias.
3. Superación. Queremos potenciar nuestras habilidades.
4. Responsabilidad. Queremos poner en valor nuestra madurez, sin paternalismos.
5. Autonomía. Queremos cerrar los círculos del trabajo y la afectividad.
6. Bienestar. Tanto social como individual; queremos ser felices.
7. Autoconocimiento. Debemos aceptar con humildad nuestras limitaciones para evitar frustraciones innecesarias.
8. Confianza. Al mismo tiempo debemos transmitir seguridad a la hora de relacionarnos, sin complejos.
9. Autoestima. (De gran valor terapéutico).
10. Participación. “Nada de nosotros sin nosotros”.

El estigma es 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). Una de las mejores maneras de combatirlo es conociendo de primera mano a las personas que han tenido o tienen estos problemas, escuchando sus voces y sus experiencias. Es así como se convierte el “los otros” en “nosotros”, ya que son más las cosas que tenemos en común que las que nos separan, y no sólo porque una de cada cuatro personas³ pueda llegar a desarrollar un problema de salud mental a lo largo de su vida, sino porque todos, como ciudadanos, tenemos los mismos derechos y obligaciones.

3. Según datos de la Estrategia 1 de cada 4, enmarcada en el Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de Andalucía. Accesible en: <www.1decada4.es/> [consulta: 15 de febrero 2016].

2. Qué es el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona⁴

Para la 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 gobiernos” (OMS, 2010). Salud Mental España, consciente de ello, ha querido transformar esas relaciones impulsando desde 2009 la creación de comités formados por personas con experiencia propia en salud mental.

Estos comités están formados por personas con problemas de salud mental que participan activamente en la vida de sus asociaciones y que creen en la máxima “nada sobre nosotros sin nosotros”, partiendo de la base de que la propia experiencia aporta un punto de vista fundamental a la hora de analizar y defender los derechos de este colectivo y sus familias. Con la creación de los comités se materializa el fuerte compromiso de los órganos de gobierno de la Confederación por promover y facilitar la participación real de las personas con problemas de salud mental en su funcionamiento y toma de decisiones.

Existe un comité a nivel estatal, compuesto por representantes de cada una de las entidades autonómicas miembro de la Confederación. A su vez, estas organizaciones han ido creando progresivamente sus propios comités a nivel autonómico.

El Comité Pro Salud Mental en Primera Persona asesora a los órganos de gobierno⁵, desarrolla propuestas, propone proyectos, establece posicionamientos y da voz a las personas con trastorno mental tanto de cara a la organización como a la sociedad en general.

4. Hasta marzo de 2016 este comité se denominaba “Comité de Personas con Enfermedad Mental”.

5. Estructura Organizativa de Salud Mental España, disponible en <<https://consaludmental.org/estructura-organizativa1>> [consulta: 15 de febrero 2016].

Entre otras, sus funciones son debatir y estudiar asuntos de interés para las personas con estos problemas de salud y fijar posturas al respecto, potenciar la inserción laboral, intercambiar experiencias y buenas prácticas desarrolladas en las comunidades autónomas, luchar contra el estigma y elaborar una agenda de reivindicaciones y estrategias a seguir.

En línea con la filosofía tanto del Comité como de la propia Confederación de ofrecer una visión positiva de la salud mental, en su última reunión los miembros del Comité decidieron cambiar su nombre, sustituyendo “enfermedad mental” por una expresión que pusiera el énfasis tanto en la experiencia propia de la persona como en el concepto de salud más que en el de enfermedad, pasando a denominarse Comité Pro Salud Mental en Primera Persona.

2.1. Objetivos, reglamento y organización

Según el reglamento interno elaborado por el propio Comité y que fue aprobado por la Junta Directiva en 2010, para formar parte del Comité es necesario que exista una designación formal por parte de las entidades autonómicas. Actualmente, salvo una, existe representación de todas las autonomías⁶.

Para desarrollar sus funciones, el Comité se reúne de forma presencial dos veces al año, y de forma no presencial, tantas veces como sean necesarias. En las reuniones se toman las decisiones por consenso y, si no hay acuerdo, el reglamento contempla que se adopten por mayoría simple.

2.2. Un poco de historia: los inicios del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona

El 20 de enero de 2009 se organizó un grupo de trabajo en el que se debatió la participación de las personas con trastorno mental en el

6. Comités y comisiones de la Confederación Salud Mental España, disponibles en <<https://consaludmental.org/estructura-organizativa1>> [consulta: 1 de marzo 2016].

movimiento asociativo agrupado en Salud Mental España.

En este debate, los 15 asistentes mostraron su opinión acerca de qué es participación, cuál era su experiencia participativa en su propia asociación o federación, las dificultades que se encontraban para participar y cuáles eran los aspectos que podrían favorecerla.

El acta de dicha reunión, con todas las propuestas y conclusiones, se hizo llegar a la Comisión Permanente de la Confederación que, tras la lectura atenta de la misma, propuso finalmente la creación de un Comité Asesor de Personas con Enfermedad Mental, iniciativa que se aprobó por la Junta Directiva el 21 de febrero de 2009. Algunos participantes en el primer grupo de trabajo intervinieron en las XVI Jornadas de Feafes, celebradas en Cuenca del 22 al 24 de octubre.

Una vez culminado el proceso de designación de representantes autonómicos, el 21 de septiembre de 2010 se celebró en la sede de Salud Mental España la primera reunión del recién constituido Comité de Personas con Enfermedad Mental que, como órgano asesor, formaba ya parte de la estructura de la Confederación.

A esta primera reunión acudieron doce representantes designados por nueve federaciones y asociaciones uniprovinciales integradas en la Confederación: Feafes Andalucía, Feafes Afesa Asturias, Febafem (Balears), Ascasam (Cantabria), Feafes Castilla y León (actualmente Federación Salud Mental Castilla y León), Fecafamm de Cataluña (actualmente Federació Salut Mental Catalunya), Feafes Extremadura (actualmente Feafes Extremadura Salud Mental), Anasaps (Navarra), Acefep de Ceuta (actualmente Asociación Salud Mental Ceuta) y un invitado por la, entonces, Confederación Feafes.

En este encuentro, se designó al representante de Ceuta, Basilio García Copín, como responsable del Comité y a la representante de Castilla y León, Elena Briongos Rica, como secretaria.

En la Junta Directiva de la Confederación del 11 de diciembre de 2010 finalmente se aprobó, por unanimidad, el reglamento de régimen interno del Comité.

Entre otras actividades, descritas posteriormente, miembros del Comité participaron en la elaboración del Plan Estratégico 2012-2016 de Salud Mental España. Tal y como se indica en este Plan Estratégico (Feafes, 2012), la participación de las personas con problemas de salud mental es la base de una de las líneas estratégicas principales, referida a la incidencia social y política de la Confederación⁷.

2.3. Un poco de historia: un recorrido por las principales actividades realizadas

Desde que el Comité comenzara a andar, sus acciones han girado principalmente en torno a la defensa y ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental, la eliminación de barreras invisibles que dificultan la plena participación social y la puesta en marcha de estrategias con las que fomentar la creación de redes y el fortalecimiento del tejido asociativo.

El Congreso Feafes celebrado en Valladolid los días 5, 6 y 7 de mayo de 2011 fue uno de los primeros grandes hitos para el Comité en tanto compartió con el movimiento asociativo su visión y propuestas en materia de empleo, implantación de la Estrategia en Salud Mental⁸ del Sistema Nacional de Salud (Gómez, 2011), y aplicación en España de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

7. Línea Estratégica 3: Incidencia social y política. Objetivo Estratégico 5: Reforzar el trabajo para el empoderamiento de las personas con enfermedad mental, apoyándonos en la Convención de la ONU, el reconocimiento de sus derechos y el modelo de intervención comunitaria (Plan Estratégico 2012-2016 de Salud Mental España).

8. Propuestas del Comité de Personas con enfermedad Mental para la Estrategia de Salud Mental, documento disponible en <<https://consaludmental.org/publicaciones/PropuestasEstrategiaSM-ComitePersonasconenfermedadmental.pdf>>.

En noviembre de ese mismo año y a petición de la Confederación, Elena Briongos comenzó a participar junto con el presidente de Salud Mental España, en el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para saldar en parte una deuda histórica e introducir así la voz de las personas con problemas de salud mental en el foro donde se estaban decidiendo las principales recomendaciones para la atención e intervención en materia de salud mental.

El Comité tomó parte activa de la campaña de la Confederación contra la propuesta de reforma del código penal, aportando ideas y estrategias para su diseño y desarrollo desde 2013 y exponiendo sus propias razones contra esta reforma⁹, además de colaborar en la elaboración del folleto "10 motivos contra la reforma del Código Penal en materia de salud mental"¹⁰ y en el vídeo "Motivos no nos faltan"¹¹. Esta campaña culminó en enero de 2015, cuando se decidió en el Congreso retirar del Proyecto de Ley de modificación del Código Penal todas aquellas referencias a las medidas de seguridad de carácter 'indefinido' que se pretendían aplicar a las personas con trastorno mental.

Además de redactar y leer los manifiestos por el Día Mundial de la Salud Mental desde 2013¹², el Comité también ha asesorado a la Confederación, entre otras materias, sobre el enfoque y contenidos de proyectos ejecutados por Salud Mental España dirigidos al fomento

de la participación social, el empoderamiento y el reconocimiento de derechos y sobre los elementos que deben componer los planes terapéuticos para las personas con problemas de salud mental.

Junto con las actividades que el Comité realiza como grupo asesor, sus miembros han colaborado en la elaboración de la Guía Partisam (Fernández de Sevilla y San Pío, 2014), han actuado como facilitadores y formadores en diferentes programas formativos de la Confederación, desde 2014 asisten a reuniones de la Junta Directiva y forman parte del Consejo Consultivo de la Confederación creado en 2015.

3. Los Comités autonómicos

El desarrollo y establecimiento de comités en las diferentes comunidades autónomas es una apuesta firme y comprometida de los actuales órganos de gobierno de la Confederación por la participación directa, plena y activa de las personas con problemas de salud mental, que permite, además, reforzar las redes locales y fortalecer el movimiento asociativo.

Para Salud Mental España es muy importante generar estructuras que sirvan de ejemplo y modelo para ayudar a desmitificar los trastornos mentales y luchar contra el estigma. Es por ello que desde la Confederación se ha venido animando a las entidades a crear sus propios comités, con el objetivo de conseguir una estructura representativa y directa de los intereses concretos de las personas con problemas de salud mental.

A través del programa "Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión", financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde 2013 se ha logrado consolidar la creación de estos comités. Esto, unido al compromiso de todas las entidades autonómicas, ha facilitado que actualmente un 84% de ellas cuenten ya con

9. "Peligro, se legisla": las razones del Comité de Personas con Enfermedad Mental de Feafes en contra de la reforma del Código Penal. Disponible en <<https://consaludmental.org/sala-prensa/peligro-se-legisla-razones-comite-personas-enfermedad-mental-feafes-contra-reforma-codigo-penal-17869/>> [consulta: 15 de febrero 2016].

10. "Motivos no nos faltan: Feafes contra la reforma del Código Penal", disponible en el canal de la Confederación Salud Mental España en youtube <<https://www.youtube.com/watch?v=FWvMPyKeans>>.

11. Los manifiestos están disponibles en los siguientes enlaces: Manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental 2013: <<https://consaludmental.org/general/manifiesto-dmsm-2013-2-17500/>>, Manifiesto Día Mundial de la Salud Mental 2014: <<http://www.atelsam.net/cms/wp-content/uploads/Manifiesto-DMSM-2014.pdf>> y Manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental 2015: <<https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-del-dia-mundial-de-la-salud-mental-2015-24660/>>.

su propio comité de personas con experiencia propia en salud mental.

4. Perspectivas de futuro

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 que está naturalmente vinculada a la defensa de los derechos humanos y que a día de hoy se ha convertido en garantía fundamental para el adecuado desarrollo y sostenibilidad del movimiento asociativo del ámbito de la salud mental.

En este sentido, los miembros del Comité estatal ejercen habitualmente como portavoces ante los medios de comunicación, intervienen en jornadas y mesas redondas de todo el país y canalizan y dinamizan la información y el

intercambio de experiencias desde y hacia las entidades autonómicas y la Confederación estatal.

Los órganos de gobierno seguirán promoviendo su participación en las actividades de la Confederación al entender que el Comité es una herramienta vital y de enorme trascendencia para que Salud Mental España pueda cumplir con la misión que el movimiento asociativo de familiares y personas con trastorno mental le ha encomendado y dar respuesta, además, a su compromiso estratégico sobre el fomento del empoderamiento y el logro de objetivos en cuestiones de incidencia social y política.

Además, tanto para el corto como el medio plazo, se está procurando la elaboración de proyectos y planes con los que hacer valer el derecho a la participación y gobierno de las personas con problemas de salud mental en el movimiento asociativo y en todas aquellas decisiones que les afectan y con los que fortalecer el apoyo mutuo e intercambio de experiencias y conocimiento.

Referencias bibliográficas

- Feafes (2012): *Plan Estratégico 2012-2016*, Madrid: Feafes (en línea). <<https://consaludmental.org/publicaciones/PlanEstrategicoVersionResumida.pdf>>, acceso 29 de abril de 2016.
- Feafes (2011): *XVII Congreso FEAFES: el reto de la coordinación sociosanitaria*, Valladolid: Feafes (en línea). <<https://consaludmental.org/centro-documentacion/xvii-congreso-feafes-ponencias-4471/>>, acceso 29 de abril de 2016.
- Fernández de Sevilla, J. P. y San Pío, M. J. (coords.) et al. (2014): *Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (en línea). <<https://consaludmental.org/publicaciones/PARTISAM.pdf>>, acceso 29 de abril de 2016.
- Gómez Beneyto, M. (coord.) et al. (2011): *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (en línea). <<https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2474/>>, acceso 29 de abril de 2016.
- OMS (2010): *Empoderamiento del usuario en salud mental*, Madrid: Organización Mundial de la Salud Europa (OMS), Oficina Regional para Europa (en línea). <<https://consaludmental.org/publicaciones/Empoderamientosaludmental.pdf>>, acceso 29 de abril de 2016.
- OMS (1978): *Declaración de Alma-Ata*, URSS: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. OMS (en línea). <<http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>>, acceso 29 de abril de 2016.
- ONU (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, ONU (en línea). <http://www.convenciondiscapacidad.es/ConvencionEspana_new.html>, acceso 29 de abril de 2016.
- Red2Red (2015): *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*, Madrid: Confederación Salud Mental España (en línea). <<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>>, acceso 29 de abril de 2016.

FUENTES DOCUMENTALES

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP), “Annals of Internal Medicine”, 06/2016:

<http://annals.org/aim>

A.E.P.A.E, Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar, “Acoso Escolar. Preguntas”:

<http://www.acoso-escolar.es/acoso-escolar/>

CADENA SER (17 de mayo) Los usuarios reclaman un modelo de salud mental que fomente la autonomía personal:

http://cadenaser.com/emisora/2016/05/17/radio_alicante/1463493942_307267.html

CADENA SER (20 de julio), El acoso escolar aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales de adulto:

http://cadenaser.com/ser/2016/07/20/sociedad/1469013479_730248.html

CADENA SER (29 de noviembre), “Más de la mitad de los enfermos mentales de Gran Canaria no reciben tratamiento”:

http://cadenaser.com/emisora/2016/11/29/ser_las_palmas/1480423070_680448.html

CADENA SER (30 de noviembre) (es un audio de un minuto y poco): “Dices que tienes una enfermedad mental en el trabajo y te repudian”:

http://cadenaser.com/programa/2016/11/30/hoy_por_hoy/1480491829_337398.html

COMISIÓN EUROPEA, Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, 14 de octubre de 2005, disponible en:

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

COMUNIDADES EUROPEAS, *Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social*, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Unidad G1, Ed. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2008, pp.3-11.

CONSALUD.es (20 de enero), “El 93% de los expertos creen que faltan recursos para tratar la patología dual”, disponible en: <http://consalud.es/profesionales/el-93-de-los-expertos-creen-que-faltan-recursos-para-tratar-la-patologia-dual-23860>

COSCOLLA AISA, R., MARTÍNEZ DOMINGO, S., y POLL BORRÀS, M., Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya, comisión de revisión: Mònica Carrilero Ciprés, Wilan Kao Ventura, FUNDACIÓ PERE TARRÉS, FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA, 31de mayo de 2016

CLM24.es (25 de abril), “Enfermos mentales de CLM ayudarán a otros a través del proyecto 'Paciente experto’”:
<http://www.clm24.es/articulo/sociedad/enfermos-mentales-clm-ayudaran-otros-traves-proyecto-paciente-experto/20160425202609114926.html>

DÍAZ QUINTERO, M.L., “Enfermos mentales y prisión: un tándem incompatible”, Abogacía Española, Blog Penitenciario, 13 de mayo de 2016:
<http://www.abogacia.es/2016/05/13/enfermos-mentales-y-prision-un-tandem-incompatible/>

ECODIARIO.es (22 de Julio de 2016), La fundación cermi mujeres lamenta que la población femenina con discapacidad siga sufriendo esterilizaciones forzadas:
<http://ecodiario.eleconomista.es/sociedad/noticias/7721771/07/16/La-fundacion-cermi-mujeres-lamenta-que-la-poblacion-femenina-con-discapacidad-siga-sufriendo-esterilizaciones-forzadas.html>

E.F.E. SALUD (19 de diciembre), “¡Quítate los tabúes frente a la salud mental!”:
<http://www.efesalud.com/noticias/tabues-frente-salud-mental/>

ELMUNDO.es (9 de febrero): El pésimo abordaje de la depresión en España:
<http://www.elmundo.es/salud/2016/02/09/56b8e9bbca4741ec4a8b4636.html>

EL MUNDO.es (29 de julio), “El suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes españoles”:
<http://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/07/27/5797861746163f583d8b4583.html>

EL MUNDO (5 de agosto), “Quiero esterilizar a mi hija” discapacitada”:
<http://www.elmundo.es/cronica/2016/08/05/579dc534468aeba8578b4578.html>

ELPAIS.ES (5 de enero), “Los niños atendidos por trastornos mentales crecen un 27% desde 2009”:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/01/04/catalunya/1451938159_928603.html

ELPAIS.ES (24 de abril), “La sanidad pública necesita 1.800 profesionales de salud mental”:
http://politica.elpais.com/politica/2016/04/22/actualidad/1461352648_611208.html

EL PAIS.ES (8 de mayo), “El Síndic de Greuges pide que se unifique la atención a la salud mental”:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/05/08/valencia/1462705220_887738.html

ELPAIS.ES (19 de julio), “Los ingresos de niños por problemas de salud mental crecen un 27%”:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/07/18/catalunya/1468861306_779404.html

EL PERIÓDICO EXTREMADURA (27 de marzo), “Esperas de entre 6 meses y un año”:
http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/esperas-6-meses-ano_928093.html

EUROPA PRESS (9 de junio), “Alertan de falta de coordinación e inversión en salud mental infantil”:
<http://www.europapress.es/catalunya/noticia-alertan-falta-inversion-atender-problemas-salud-mental-menores-20160609130003.html>

FAISEM, 'Ya está disponible la aplicación informática "Emergencia y discapacidad", elaborada por la asociación GEDES', 11/07/2016:

<http://www.faisem.es/index.php/es/actualidad/noticias/item/1058-ya-esta-disponible-la-aplicacion-informatica-emergencia-y-discapacidad-elaborada-por-la-asociacion-gedes/1058-ya-esta-disponible-la-aplicacion-informatica-emergencia-y-discapacidad-elaborada-por-la-asociacion-gedes>

FAISEM, 'Faisem, SAS, Afenes, Al farala impulsan un primer curso "Actuación ante personas con enfermedad mental" para la Policía Nacional de Málaga', 30/05/2016:

<http://www.faisem.es/index.php/es/actualidad/noticias/item/1026-faisem-sas-afenes-al-farala-impulsan-un-primer-curso-actuacion-ante-personas-con-enfermedad-mental-para-la-policia-nacional-de-malaga/1026-faisem-sas-afenes-al-farala-impulsan-un-primer-curso-actuacion-ante-personas-con-enfermedad-mental-para-la-policia-nacional-de-malaga>

Feafes Andalucía SALUD MENTAL, página web: <http://feafesandalucia.org/>

INE, "El empleo de las personas con discapacidad, 2015", 19 de diciembre de 2016:

<http://www.ine.es/prensa/np1012.pdf>

INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS BARTOLOMÉ DE LAS CASAS, Informe Impacto de la Aplicación de la Convención de Naciones Unidas para los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Regulación de los Centros Especiales de Empleo, diciembre de 2015, publicado en 2016:

http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/instituto_derechos_humanos/noticias/informe-cees-cdpd/informe-cees-idhbc_0.pdf

MANCHA INFORMACIÓN.COM (21 de junio), "Luz de La Mancha duda de la legalidad de los ingresos del colectivo de enfermos mentales en residencias geriátricas":

<http://manchainformacion.com/noticias/45989-Luz-de-La-Mancha-duda-de-la-legalidad-de-los-ingresos-del-colectivo-de-enfermos-mentales-en-residencias-geriatricas>

MELILLA HOY, 'Feafes denuncia la inseguridad del personal de psiquiatría donde los pacientes están "encarcelados"', 7 de noviembre de 2016:

<http://www.melillahoy.es/noticia/79386/sociedad/feafes-denuncia-la-inseguridad-del-personal-de-psiquiatria-donde-los-pacientes-estan-encarcelados.html>

OMS, "Salud y derechos humanos", Nota descriptiva N°323, diciembre de 2015, disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

ONU, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos", efectuadas a raíz del sexto informe periódico presentado por España (CCPR/C/ESP/6) 20 de julio de 2015.

ONU, "Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", efectuadas a raíz del informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1) 19 de octubre de 2011.

ONU, 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.

ONU, Asamblea General, Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

PARLAMENT DE CATALUNYA, BUTLLETÍ OFICIAL, XI legislatura, segon període, número 197, dijous 28 de juliol de 2016: <http://www.parlament.cat/document/bopc/174071.pdf>

REDACCIÓN MÉDICA (5 de diciembre), "El tratamiento de la mujer con patología dual se ha "estudiado poco": <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/el-tratamiento-de-la-mujer-con-patologia-dual-se-ha-estudiado-poco--1905>

SALUD MENTAL ESPAÑA, Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España, 2015, fecha de publicación 2016, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2015-26793/>

SALUD MENTAL ESPAÑA "La Salud mental en primera persona. Los Comités de Personas Expertas", Revista Española de Discapacidad – Vol. 4, núm. 1 (2016).

SALUD MENTAL ESPAÑA, "SALUD MENTAL ESPAÑA pone en marcha, por segundo año consecutivo, el programa #Descubre en colegios e institutos", 3 de febrero de 2016: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-descubre-26013/>

SALUD MENTAL ESPAÑA, "SALUD MENTAL ESPAÑA forma en salud mental a la Unidad Militar de Emergencias", 1 de marzo de 2016: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-formacion-salud-mental-unidad-militar-emergencias-26491/>

SALUD MENTAL ESPAÑA, SALUD MENTAL ESPAÑA se adhiere al 'Manifiesto de Cartagena' en contra de las medidas coercitivas, 7 de junio de 2016: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena-28240/>

SALUD MENTAL ESPAÑA apoya el llamamiento de Mental Health Europe para la toma de medidas con relación a la CIE-10, 22 de julio de 2016: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-apoya-llamamiento-mental-health-europe-cie-10-28687/>

SALUD MENTAL ESPAÑA, "Salut Mental Catalunya consigue que el Parlament retire el uso de pistolas eléctricas contra personas con problemas de salud mental", 2 de agosto de 2016: <https://consaludmental.org/general/salut-mental-catalunya-consigue-retirar-uso-pistolas-electricas-28822/>

SALUD MENTAL ESPAÑA, “SALUD MENTAL ESPAÑA muestra su preocupación por el desempleo de las personas con problemas de salud mental”, 23 de diciembre de 2016:

<https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-preocupacion-desempleo-personas-con-problemas-de-salud-mental-30532/>

SALUT MENTAL CATALUNYA, “El Parlament retira l’ús de pistoles elèctriques amb persones amb problemes de salut mental a petició de SMC, VEUS i Obertament”:

<http://www.salutmental.org/2016/07/29/el-parlament-retira-lus-de-pistoles-electriques-amb-persones-amb-problemes-de-salut-mental-a-peticio-de-smc/>

SALUT MENTAL CATALUNYA, Entitats de salut mental lamenten l’aprovació de l’ús policial de pistoles elèctriques en persones amb problemes de salut mental:

<http://www.salutmental.org/2016/07/07/pistoleselectriquesisalutmental/>

SERVIMEDIA (27 de agosto), “El Cermi pide acabar con los internamientos forzados de personas con trastorno psíquico”: <http://www.servimedia.es/Noticias/Detalle.aspx?n=605661>

SUESS, Q., TAMAYO VELÁZQUEZ, M.I., BONO DEL TRIGO, A., Planificación anticipada de decisiones en salud mental, Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015:

<https://consaludmental.org/centro-documentacion/planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental-25906/>

THOUS, M.A., “Trato indigno por la falta de infraestructuras para la salud mental en Canarias”, 2016.

UMASAM, Oficina del Defensor de la persona con trastorno mental:

<http://umasam.org/defensor-del-usuari/>

UNICEF, “Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas”, disponible en:

[https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

