



confederación
SALUD MENTAL
españa

Informe sobre el estado de los
DERECHOS HUMANOS
de las personas con trastorno mental
en España **2018**

Edición: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

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

Participantes (Comité Jurídico de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA):

- Ana Mingorance (FEAFES Andalucía Salud Mental)
- Patricia Hernández (Federación Salud Mental Aragón)
- Eladio Rico (AFESA Salud Mental Asturias)
- Ángel Lozano (Federación Salud Mental Castilla y León)
- Mónica Carrilero (Federació Salut Mental Catalunya)
- Iván Sanmartín (Saúde Mental FEAFES Galicia)
- Adriana Sanclemente (Federación Salud Mental Madrid)
- María José Cano (FEDEAFES)
- Pedro Manuel Pardo (FEDEAFES)
- Llum Moral (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana)
- Gonzalo Niefra (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana)
- Andrés Mendoza (Federación Salud Mental Canarias)
- Aitziber Yarnoz Lusarreta (Asociación Navarra para la Salud Mental –ANASAPS-)

Edición: Mayo 2019



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

PRESENTACIÓN

Un joven catalán falleció en la provincia de Barcelona tras una contención física realizada en 2018 durante un traslado involuntario. Las mujeres con problemas de salud mental continúan sufriendo una doble discriminación, violencia machista y prácticas como la esterilización forzosa. A las personas con discapacidad psicosocial se les niega con frecuencia su derecho a tomar decisiones respecto a temas esenciales que atañen a su salud y tratamiento. Se enfrentan también a múltiples barreras en su acceso a la justicia, lo cual no garantiza la igualdad de condiciones con las demás personas...

¿Se están respetando los derechos humanos de las personas que en España tienen algún problema de salud mental? Todos los años, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, nos hacemos la misma pregunta. Y cada año, buscamos la respuesta y nos encontramos con un claro y rotundo “no”. Los derechos de las personas con problemas de salud mental se ven vulnerados casi a diario, en diferentes formas y contextos, como se puede ver en los ejemplos de casos reales arriba descritos. Con este informe, que alcanza ya su cuarta edición, queremos no solo visibilizar esta situación, sino también ofrecer respuestas y soluciones.

Porque para garantizar la dignidad humana y hacer posible que las personas vivan en un entorno de libertad, justicia y paz, **es indispensable que se respeten los derechos humanos**. Que se respete el principio de igualdad, el derecho a la vida, a no sufrir torturas, el acceso a la educación, a la vivienda, a la salud y a un empleo digno. Que se cumplan, en definitiva, las leyes y se acabe con el estigma.

No debemos olvidar que los derechos humanos son garantías jurídicas que protegen a las personas de aquellas acciones que interfieren en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Son universales. No pueden ignorarse ni abolirse. Y sobre todo, son de obligado cumplimiento para los Estados. **El sufrimiento psíquico no puede ser un motivo para la discriminación ni para añadir más dolor a la persona**. Entre todas y todos, debemos trabajar para que todos los seres humanos seamos iguales en derechos y en dignidad. No solo en el papel, sino en la realidad.



Nel Anxelu González Zapico

Presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
1. OBLIGACIONES GENERALES	10
1.1. Aspectos a tener en cuenta	
A) Lucha contra el estigma	
B) Discapacidad psicosocial: un concepto en evolución desde el modelo social	
1.2. Denuncias	
A) Prevalencia del modelo biomédico	
B) Tarjetas que revelan el tipo de discapacidad	
1.3. Buenas prácticas	
A) Mediaset España y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA lanzan una campaña contra el estigma en salud mental: #NoTeHagasElLoco	
B) Obertament impulsa Planes Locales Antiestigma	
C) Informe del Consejo Audiovisual de Andalucía sobre el tratamiento informativo del Caso Gabriel	
D) Taller de reconocimiento y concienciación de DDHH de FEAFES Andalucía Salud Mental)	
1.4. Recomendaciones	
2. DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	18
2.1. Aspectos a tener en cuenta	
A) Salud mental y género	
B) Violencia contra la mujer	
C) Demandas atendidas en el servicio de asesoría jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género	
2.2. Vulneraciones	
A) Apoyo a la maternidad y salud mental: un espacio de silencio	
B) Invisibilización de los efectos psicológicos de la violencia machista	
C) Esterilización forzosa y aborto coercitivo	
2.3. Buenas prácticas	
A) Consolidación de la red estatal de mujeres con discapacidad psicosocial de SALUD MENTAL ESPAÑA	
B) Enfoque de género en salud mental: Campaña #NosotrasSíContamos	
2.4. Recomendaciones	
3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	32
3.1. Aspectos a tener en cuenta	
A) Observaciones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas	
B) Dimensión institucional de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes	
C) Identidad de género, violencia y salud mental	
3.2. Denuncias	
A) Acoso escolar o bullying	
B) Abuso sexual	

- C) Invisibilización del impacto de la violencia de género en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes
- D) España sigue sin regular la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil

3.3. Testimonios que revelan un grave problema

3.4. Recomendaciones

- A) En materia de medidas preventivas
- B) En materia de atención sanitaria y social
- C) En materia de regulación y actuaciones judiciales
- D) En materia de educación y acoso escolar
- D) En materia de abuso sexual
- E) En materia de violencia de género
- F) En materia de identidad de género, violencia y salud mental
- G) En materia de control de la efectividad de la Ley

4. TOMA DE CONCIENCIA 55

Punto único: Una reflexión

5. ACCESIBILIDAD 56

5.1. Aspectos a tener en cuenta

- A) Barreras invisibles: un obstáculo para el efectivo ejercicio de los derechos
- B) Base legal sobre esta materia
- C) Sectores del colectivo de personas con problemas de salud mental más vulnerables
- D) Necesidad de modelos de atención centrados en la persona y en su proyecto de vida

5.2. Vulneraciones

- A) Acceso a la vivienda
- B) Acceso al empleo
- C) Acceso a hospitales y centros donde se custodia a personas con problemas de salud mental

5.3. Recomendaciones

6. DERECHO A LA VIDA 69

Punto único. Denuncia: Fallecimiento de una paciente ingresada en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Dénia (Alicante)

7. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY 72

Punto único: Voluntades anticipadas

8. ACCESO A LA JUSTICIA 76

Punto único. Denuncia: Carencias en materia de acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial

9. LIBERTAD Y SEGURIDAD DE LA PERSONA 78

Punto único. Denuncia: Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo

10. PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS, CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES 79

Punto único. Denuncia: El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) detecta vulneraciones de derechos humanos en el Hospital de Conxo

11. PROTECCIÓN CONTRA LA EXPLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO	82
Punto único. Denuncia: Salud Mental y prostitución	
12. PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL	84
Punto único. Denuncia: Un ingreso involuntario con contención causa la muerte de un joven con problemas de salud mental	
13. RESPETO DEL HOGAR Y LA FAMILIA	85
Punto único. Denuncia: El tabú de las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia y la salud mental	
14. EDUCACIÓN	85
Punto único. Denuncia: Necesidad de garantía del derecho a la educación de las personas con discapacidad psicosocial	
15. SALUD	88
Punto único. Denuncias:	
1. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA denuncia ante la sede de Naciones Unidas en Ginebra la vulneración de derechos humanos en materia de salud mental	
2. FEAFES Andalucía Salud Mental) y CERMI Andalucía reivindican la necesidad de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios	
16. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO	90
16.1. Denuncia: Las mujeres trabajadoras tienen más problemas de salud mental que los hombres	
16.2. Buena práctica: Ofrecer apoyos y adaptar el puesto de trabajo como herramientas para alcanzar la igualdad de oportunidades	
17. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA	92
Punto único. Logro: Aprobación en el Congreso de la reforma de la Ley Orgánica de Régimen Electoral General (LOREG).	
ANEXOS	93
FUENTES DOCUMENTALES	99

“La característica esencial de lo que llamamos locura es la soledad, pero una soledad monumental. Una soledad tan grande que no cabe dentro de la palabra soledad y que uno no puede ni llegar a imaginar si no ha estado ahí”.

Rosa Montero

La ridícula idea de no volver a verte

“Gracias a nuestros progresos, hemos evolucionado, pasando de la cultura de la culpa a la cultura del prejuicio”.

Boris Cyrulnik

Los patitos feos

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental, por acción y efecto del estigma, continúan en la retaguardia de los avances conseguidos en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad.

En España, las carencias en la atención a las personas con discapacidad psicosocial (salud mental) son abrumadoras. Según datos publicados por Eurostat, en nuestro país solo se proveen diez psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Esto nos sitúa a la cola de Europa en la provisión de recursos en este ámbito¹.

Resultados preliminares del estudio PsicAP que ha elaborado la Fundación Española para la promoción y el desarrollo científico y profesional de la Psicología (PSICOFUNDACIÓN) revelan que las personas con trastornos de depresión y ansiedad que acuden a la consulta de atención primaria y siguen una terapia psicológica se recuperan en un 70% como media, frente al 25,8% de los que siguen el tratamiento habitual de la consulta de medicina de familia, generalmente con psicofármacos. A esto hay que añadir que las personas atendidas por profesionales de psicología se recuperan de sus síntomas, como media, cuatro veces más que aquellos tratados con psicofármacos². Pese a ello, la falta de recursos terapéuticos está conduciendo a situaciones absolutamente insostenibles.

Además, en España, desde una perspectiva de derechos humanos, no se ha avanzado lo suficiente en promoción de la autonomía, por lo que el recurso predominante continúa siendo el ingreso involuntario, fundamentado en los criterios de “*ser un peligro para sí mismo y para otros*” o “*necesidad de tratamiento*”. Esto lleva asociada la aplicación de dispositivos de contención y aislamiento, sin haber antes valorado 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.

A esto hay que añadir el muro de silencio que envuelve a los trastornos asociados a la salud mental materna y paterna. Lo mismo sucede con los efectos sobre la salud mental que produce la discriminación por orientación sexual, así como los estereotipos creados en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, basada en estereotipos negativos o, directamente, ignorada. Esto provoca que se pueda llegar a percibir a la persona como un ser asexual.

En un contexto como este, no ha de sorprender la ausencia de abordaje coordinado de la patología dual. La patología dual es la condición clínica en la que coexisten de forma simultánea o secuencial un trastorno adictivo y otro de salud mental. Pese a su elevada incidencia, continúa

¹ HIDALGO, M. “La salud mental, una prioridad en el trastero”, Bez, 6 de febrero de 2017. Disponible en: <http://www.bez.es/639834995/La-salud-mental-una-prioridad-en-el-trastero-de-Espana.html>

² EFE. “Tratamiento psicológico frente al farmacológico en atención primaria”, 1 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.efesalud.com/tratamiento-psicologico-frente-farmacologico-atencion-primaria/>

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 a estas personas.

Queremos también llamar la atención sobre la denegación del derecho fundamental de las personas con discapacidad psicosocial a tomar decisiones sobre aspectos esenciales que atañen a su tratamiento y salud: las voluntades anticipadas. Es una práctica frecuente en España que se deniegue el derecho fundamental de las personas con discapacidad psicosocial a tomar decisiones sobre aspectos esenciales que atañen a su tratamiento y salud. Así, se producen resoluciones basadas en el prejuicio que impiden, entre otros aspectos, que las personas que lo deseen cuenten con un mecanismo que les permita registrar en su historia clínica un documento de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas adecuado para su situación³.

De modo transversal, destacamos cómo la falta de un enfoque de género en salud mental perpetúa y acentúa las desigualdades, teniendo en cuenta que el sexo determina desde el nacimiento toda una serie de expectativas, pautas de socialización y oportunidades desiguales (socialización diferencial) que, junto con la violencia de género, son determinantes en la vida de la persona.

Este informe pretende, por tanto, presentar una fotografía del estado de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial en España, poniendo el foco en algunas cuestiones especialmente destacadas durante el pasado año, sin que ello signifique que estén todas las que podrían estar.

³ SANTOS URBANEJA, F. "La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en salud mental, aspectos civiles y penales", 2012. Disponible en <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/>

1. OBLIGACIONES GENERALES

Artículo 4 CDPD

Este precepto regula las obligaciones generales de los Estados Parte a la hora de implementar la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) que, de manera resumida, se concretan en asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos, incluidos los derechos económicos, sociales y culturales, y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad a través de:

- Medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes
- Políticas y programas de protección y promoción
- Participación
- Investigación y desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal
- Investigación y el desarrollo, y promoción de la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías
- Información accesible
- Formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad; etc.

1.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Lucha contra el estigma

Goffman definió el estigma como cualquier mancha o marca que aparta a una persona del resto, diferenciando tres categorías: el vinculado a lo corporal, el relacionado con el carácter individual y el marcado por la tribu o el grupo social.

Las personas con discapacidad psicosocial (salud mental) forman un colectivo especialmente susceptible de sufrir situaciones de exclusión, discriminación, explotación y desigualdad. Esto es así, principalmente, debido a las barreras alzadas por los efectos del estigma.

Sin embargo, la discriminación continuada a la que se han visto sometidas muchas de estas personas ha impulsado un movimiento de autodefensa por su parte, movido por la necesidad de visibilizar su propia presencia en la sociedad y las vulneraciones de derechos a las que son sometidas. Este movimiento basado en la experiencia y la voz en primera persona ya no se conforma con prácticas y dinámicas que les resultan hostiles, aunque estén normalizadas, y buscan cauces para sacarlas a la luz y terminar con ellas.

Desde SALUD MENTAL ESPAÑA se promueve la participación y el liderazgo de las personas con discapacidad psicosocial, impulsando desde 2009 la creación de comités de personas con experiencia propia en salud mental dentro de la organización. Así, además de ir asumiendo la presidencia de algunas de sus entidades, cuenta con un comité a nivel estatal (Comité Pro Salud Mental en Primera Persona), compuesto por representantes de cada una de las entidades autonómicas miembro de la Confederación que, a su vez, han ido creando progresivamente sus propios comités. Este comité estatal asesora a los órganos de gobierno, desarrolla propuestas, plantea proyectos, establece posicionamientos y da voz a las personas con discapacidad psicosocial tanto de cara a la organización como a la sociedad en general.

La falta de conciencia provoca que las personas con discapacidad psicosocial sufran una violencia insuficientemente tratada en las políticas públicas, normalizándose situaciones incompatibles con las convenciones y estándares internacionales de derechos humanos.

Así, las voces en primera persona están conquistando espacios de liderazgo y participación cada vez mayores, planteando retos ante los que el conjunto de la sociedad tendremos que estar a la altura.

B) Discapacidad psicosocial: un concepto en evolución desde el modelo social

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos destacó en un informe publicado en 2017 que disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos. En el informe de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA 2017⁴, ya destacamos que en este documento el Alto Comisionado define la salud mental como "*un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y hacer una contribución a su comunidad*". En el caso de los niños, niñas y adolescentes, se refiere a "*la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos*"⁵.

Este año queremos reiterar que este informe del Alto Comisionado (siguiendo lo dispuesto por el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 32/18, de 1 de julio de 2016, sobre salud mental y derechos humanos), identifica la **discapacidad psicosocial** como un atributo que puede ir asociado a la condición de tener un problema de salud mental, incluyendo en esta categoría a las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitarios⁶. Así, las personas con

⁴ SALUD MENTAL ESPAÑA. "Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017", ed. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, abril de 2018, p.8. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>

⁵ UNITED NATIONS, General Assembly. "Mental health and human rights", A/HRC/34/32 (31 de enero, 2017). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>: "*Three different categories should be clearly distinguished among those referred to in resolution 32/18: persons using mental health services (who are current or potential users of mental health and community services); persons with mental health conditions; and persons with psychosocial disabilities, namely, persons who, regardless of self-identification or diagnosis of a mental health condition, face restrictions in the exercise of their rights and barriers to participation on the basis of an actual or perceived impairment. These categorizations may overlap: a user of mental health services may not have a mental health condition and some persons with mental health conditions may face no restrictions or barriers to their full participation in society*".

⁶ La resolución 32/18 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. "Mental Health and Human Rights", A/RES/67/97 (18 de julio 2016). Recuperado de <http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>.

discapacidad psicosocial son aquellas que, independientemente de la autoidentificación o el diagnóstico de un problema de salud mental, se enfrentan a restricciones en el ejercicio de sus derechos y barreras a la participación sobre la base de un impedimento real o percibido. De esta categoría quedarían excluidas aquellas que, aun existiendo esa vinculación con los problemas de salud mental, no enfrenten tales restricciones.

La Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (WNUSP, en sus siglas en inglés) adoptó esta denominación en el curso de las negociaciones de la CDPD para referirse a las personas con discapacidades psiquiátricas, alejándose del modelo médico centrado en el diagnóstico de patologías individuales. La palabra psicosocial se refiere, según esta organización, a la interacción entre los componentes psicológicos y sociales o culturales de esta discapacidad. Por un lado, el componente psicológico se refiere a las formas de pensar y procesar las experiencias y la percepción del mundo que les rodea por parte de este colectivo. Por otro lado, el componente social o cultural se refiere a los límites establecidos para el comportamiento que interactúan con esas diferencias psicológicas, así como el estigma social asociado a ellas ⁷.

Este concepto está en consonancia con un modelo biopsicosocial que integre las diferentes dimensiones de la discapacidad, la consideración de esta como paradigma de la diversidad humana y la necesidad de disponer para cada persona lo que necesite como un traje a medida.

1.2. Denuncias

A) Prevalencia del modelo biomédico

Según Naciones Unidas, la Convención reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona, resultado de la interacción entre la condición de una persona y los obstáculos que impiden su participación en la sociedad, tales como las barreras físicas y las actitudes imperantes. De este modo, cuantos más obstáculos se presenten, mayor será la discapacidad (física, mental, intelectual y sensorial), pudiendo concurrir en una misma persona una o varias formas de la misma⁸.

Así, como ha explicado Jiménez Lara, *“los planteamientos tradicionales, centrados en la asistencia y en la recuperación de las capacidades funcionales, han ido siendo sustituidos por otros que destacan mucho más la necesidad de identificar y eliminar los diversos obstáculos que impiden la igualdad de oportunidades y la plena participación de la personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida”*. Por ello, como afirma este autor, *“si modificamos la forma en que organizamos nuestras sociedades, podremos reducir considerablemente e incluso eliminar las dificultades y barreras a las que se enfrentan la personas con discapacidad y muchos otros grupos para llevar una vida independiente y plena”*, siguiendo un modelo biopsicosocial que

⁷ WNUSP, World Network of Users and Survivors of Psychiatry. “Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas”, February 2008.

⁸ ONU, CONVENCION sobre los DERECHOS de las PERSONAS con DISCAPACIDAD, publicación online informativa “¿Por qué una Convención?”. Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>

integre los distintos niveles en los que se manifiesta la discapacidad (biológico, personal y social)⁹.

Sin embargo, el modelo biomédico todavía sigue impregnando las políticas y normas que afectan a las personas con discapacidad. En este modelo, se asocia mayoritariamente la discapacidad a la obtención del correspondiente certificado, lo cual deja fuera aspectos psicosociales que afectan profundamente a la inclusión de la persona en la sociedad y a su derecho a la igualdad de oportunidades.

B) Tarjetas que revelan el tipo de discapacidad

La tarjeta acreditativa de grado de discapacidad sustituye al certificado de la discapacidad en formato papel (sin excluirlo) y la pueden obtener quienes tienen un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Esta tarjeta se puede presentar para cualquier trámite administrativo.

La tarjeta contiene, entre otros datos, nombre y apellidos de la persona titular, DNI o NIE (Número de Identificación de Extranjero), grado de discapacidad en porcentaje, validez, y baremo de movilidad¹⁰. Sin embargo, hay comunidades autónomas que incorporan también información sobre el tipo de discapacidad. La revelación de este dato es completamente innecesario y promueve el estigma, por lo que muchas personas han transmitido su malestar por tener que comunicar de manera constante una información tan íntima.

1.3. Buenas prácticas

A) Mediaset España y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA lanzan una campaña contra el estigma en salud mental: #NoTeHagasElLoco

Desde ‘12 Meses’, el proyecto de Comunicación Social de Mediaset España, recuerdan que “1 de cada 4 personas en el mundo ha tenido, tiene o tendrá un trastorno mental a lo largo de la vida” y que rostros televisivos “visibilicen y hagan visible lo invisible es un paso más para hablar con naturalidad sobre salud mental y eliminar todos los estigmas que todavía siguen estando presentes en la sociedad”.

Con la campaña #NoTeHagasElLoco, SALUD MENTAL ESPAÑA y Mediaset España reivindican que “con el apoyo social, el cariño de amigos, familiares y en definitiva el amor” se mejora la salud mental. “El estigma social y la discriminación perjudican seriamente la salud”, indican desde Mediaset, y tratar estos temas con naturalidad es el camino necesario para “romper con los estigmas” y lograr una “inclusión real” de las personas con problemas de salud mental. Toñi Moreno, presentadora del programa de Telecinco ‘Viva la vida’, pone voz al spot de esta

⁹ JIMÉNEZ LARA, A. “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”, en la obra colectiva *Tratado sobre Discapacidad*, ed. Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2007, pp.177 y 189.

¹⁰ DISCAPNET. Accesibilidad, Tarjeta Acreditativa del Grado de Discapacidad. Disponible en <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/accesibilidad/transporte-accesible/la-vida-es-movimiento/transporte-privado/yo-conduzco/tarjeta-acreditativa>

campaña con la que se busca visibilizar lo que no se ve: un problema de salud que afecta a 1 de cada 4 personas en el mundo¹¹.

B) Obertament impulsa Planes Locales Antiestigma

Con el fin de que las acciones para combatir el estigma sean más efectivas, hay que adaptarlas a la realidad local con la colaboración de todos los agentes implicados. Por ello, Obertament (la alianza catalana de lucha contra el estigma) está impulsando Planes Locales Antiestigma.

Un Plan Local Antiestigma es una colaboración entre organizaciones e instituciones de un mismo territorio decididas a acabar con el estigma y la discriminación por razones de salud mental. Colectivamente, inician un trabajo regular para definir, planificar y ejecutar acciones, actividades y proyectos de lucha contra el estigma con continuidad en su territorio.

Los planes locales antiestigma están formados por los principales actores de la salud mental de un territorio (administraciones locales, entidades y proveedores de servicios de salud mental) con el apoyo de Obertament.

La iniciativa pretende adaptar metodologías de efectividad contrastada a la realidad territorial de cada lugar con la colaboración de los actores locales.

Los objetivos operativos de los planes son definidos y priorizados por cada territorio, pero todos ellos comparten cuatro objetivos estratégicos:

- Cambiar actitudes y comportamientos en relación a las personas que tienen un problema de salud mental, teniendo en cuenta su realidad territorial.
- Reducir los niveles de estigma y discriminación percibida.
- Capacitar a personas afectadas por un trastorno como garantes del cambio social.
- Mejorar los indicadores de inclusión social relativos a los problemas de salud mental.

Durante el 2018, los municipios de Granollers, Berga y Urgell-Segarra han definido y puesto en marcha sus respectivos planes locales antiestigma.

La función de Obertament como impulsora de los planes locales es actuar como herramienta facilitadora para coordinar un trabajo regular de diseño, planificación, ejecución y evaluación de proyectos efectivos basados en la evidencia y garantizando su continuidad.

Obertament apuesta por que la forma de trabajar más efectiva es aquella que se hace desde y con el territorio, implicando a actores locales y orientándose a la transformación de comportamientos concretos en ámbitos específicos. De esta forma, Obertament actúa como

¹¹ SALUD MENTAL ESPAÑA. "SALUD MENTAL ESPAÑA y Mediaset lanzan una campaña contra el estigma en salud mental", 8 de octubre de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-y-mediaset-41438/>

catalizador o acompañante de un proceso de empoderamiento de los agentes locales que deben liderar la lucha contra el estigma con herramientas y metodologías efectivas.

C) Informe del Consejo Audiovisual de Andalucía sobre el tratamiento informativo del Caso Gabriel

En su informe publicado en 2018, el Consejo Audiovisual de Andalucía¹² (autoridad audiovisual de carácter público) ha analizado la cobertura informativa desplegada en el conocido como 'Caso Gabriel'. Según se destaca en este documento, el 28 de febrero se dio a conocer en los medios de comunicación la noticia de la desaparición el día anterior de Gabriel, un niño de ocho años de edad, en Las Hortichuelas, Níjar (Almería). Tras trece días de intensa búsqueda policial y amplia cobertura mediática, el 11 de marzo fue arrestada la persona responsable de su muerte, pareja del padre del niño, cuando transportaba el cadáver en el maletero de su coche. Como revela el informe, *“las características tan dramáticas de estos hechos contribuyeron a que muchas televisiones, públicas y privadas, dedicaran buena parte de su programación informativa y también de sus magazines al seguimiento del caso, con numerosas conexiones en directo, mesas de debate, reportajes y otros contenidos audiovisuales. El tratamiento informativo de este caso ha generado una gran preocupación social por el papel que desempeñan los medios de comunicación al ocuparse de tragedias como la desaparición de personas, especialmente determinados programas de televisión”*. Este papel ha sido cuestionado *“debido a la difusión, en ciertas televisiones y programas, de especulaciones y rumores, la explotación sentimental de la noticia y la vulneración del derecho a la intimidad y el honor de terceras personas, así como, según denunció la propia Guardia Civil, el riesgo de entorpecer la investigación en curso”*.

Concretamente, se advierten prácticas con faltas de rigor y de carácter tendencioso contra la figura de D.F.A., una persona especialmente vulnerable debido a su historial clínico de problemas de salud mental, que fue detenida en un primer momento pero que desde el día 3 de marzo se había excluido de la investigación. Según el informe, *“las televisiones tenían conocimiento de que D.F.A. estaba descartado por la investigación -y así se afirma ocasionalmente en los programas analizados-, sin embargo dedicaron buena parte de su programación a conjeturar sobre las posibles relaciones que tenía con el caso”*.

Así, el informe concluye lo siguiente:

“El análisis realizado demuestra que debe diferenciarse entre la difusión de información errónea y ambigua (esto es, falta de veracidad y rigor periodístico) y las hipótesis tendenciosas que instalaron un estado de sospecha sobre el aludido. No se ha localizado en el análisis ninguna rectificación de datos por parte de las televisiones que los difundieron. A continuación, se realiza un resumen del tratamiento que D.F.A. recibió en las distintas televisiones y días analizados, con una gradación de la intensidad de estos hechos:

¹² CONSEJO AUDIOVISUAL DE ANDALUCÍA. “Informe sobre el tratamiento informativo dado por las televisiones a la desaparición y asesinato de un menor en Almería (Caso Gabriel)”, 13 de abril de 2018. Disponible en http://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/sites/default/files/informe/pdf/1804/informe_menor_almeria.pdf

- *Interalmería: No lo mencionó en ninguno de los programas ni informativos.*
- *Cuatro: Pudo inducir a error en el informativo del 6 de marzo, al rotular la noticia ‘¿Es el runner sospechoso?’, con una imagen que señalizaba la localidad donde vive.*
- *Canal Sur TV: Todavía el día 7 se afirmó, tanto en ‘La tarde, aquí y ahora’ como en el informativo, que D.F.A. estaba siendo objeto de la investigación. Se dio el nombre de la localidad donde reside.*
- *La Sexta: En ‘Más vale tarde’ del 6 de marzo se le mencionó como no completamente descartado de la investigación, y se valoró la posibilidad de que hubiese podido realizar el trayecto de 60 km entre su localidad y el lugar de desaparición del niño, no imposible aunque poco probable.*
- *La 1: ‘La mañana’, tanto en su emisión del día 6 como 7 de marzo, realizó insinuaciones y especulaciones sobre la posible relación de D.F.A. con el caso: “Es mucha casualidad, es el señor que acosaba a la madre... Mi impresión es que no está descartado... Es dueño de una furgoneta blanca similar a la que algunos testigos vieron en el lugar”. Además, se ofrecieron sus datos personales (nombre y apellidos, edad, lugar de residencia, historial clínico, aficiones) e imágenes de su rostro parcialmente pixelado.*
- *Telecinco: ‘El programa de Ana Rosa’ calificó reiteradamente a D.F.A., tanto verbalmente como en rótulo, como el único sospechoso. Se dieron exclusivas irrelevantes para el caso Gabriel como la difusión, el 6 de marzo, de su historial previo por supuestos quebrantamientos de la orden de alejamiento y la primicia, el 7 de marzo, de unas declaraciones que realizó en el pasado en el transcurso de una competición deportiva. Estas supuestas exclusivas se publicitaron verbalmente y en rótulo de forma tendenciosa (“Los 7 días que el acosador estuvo ilocalizable”; “Desaparición niño Níjar”; “Las palabras del acosador de la madre”) durante todo el programa y especialmente antes de la publicidad. Asimismo, se difundieron de manera reiterada imágenes de D.F.A. pixeladas, así como datos privados de su historial clínico y farmacológico y de su lugar de residencia (con imágenes del domicilio familiar), y se analizaron sus gestos y aspecto físico. La información oficial que lo descartaba del caso fue cuestionada por varios colaboradores y entrevistados. Con el supuesto fin de comprobar su coartada, una periodista realizó el trayecto en coche y con cronómetro entre su localidad y Las Hortichuelas. Se habló de la enfermedad mental en términos despectivos y se cuestionó su credibilidad.*
- *Antena 3: ‘Espejo público’, en los días 6 y 7 de marzo, difundió datos personales de D.F.A. sobre su historial clínico, vida privada, nombre de la localidad donde reside (con imágenes de la vivienda familiar enfocada con zoom), así como numerosas imágenes suyas con el rostro pixelado. Reiteradamente se difundieron hipótesis y rumores sin contrastar que relacionaban directamente a D.F.A. con la desaparición del niño, como el supuesto testimonio de unos vecinos (calificados por el programa de testigos muy fiables) que lo vieron por la zona metiendo un pico, una pala y un saco en su coche. Las*

insinuaciones alcanzaron también al padre y al hermano del aludido, a los que se relacionó con estas acciones. Detalles irrelevantes como el lavado de un coche el día posterior a la desaparición del niño, la lluvia, sus aficiones (calificadas de obsesiones), la distancia que separa las localidades, etc... fueron analizados pormenorizadamente y de modo tendencioso. Tanto el magacín como los informativos de ambos días afirmaron, sin fundamento, que esta línea de investigación estaba cobrando fuerza y que se habían ampliado las pesquisas en torno a ella. Aunque el 12 de marzo en 'Espejo Público' se leyó un comunicado de la familia de D.F.A., el programa no se responsabilizó de la difusión de los datos erróneos, considerando que era la detención de la autora lo que despejaba las sospechas".

D) Taller de reconocimiento y concienciación de derechos humanos de FEAFES Andalucía Salud Mental)

FEAFES Andalucía Salud Mental (Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) junto con su comité de usuarios y usuarias, ha puesto en marcha este taller ante la evidencia de que el estigma y el autoestigma son las principales barreras que se encuentran las personas con problemas de salud mental para recuperar su proyecto de vida en condiciones dignas y en igualdad de oportunidades con el resto de las personas integrantes de la comunidad.

Además del problema del estigma, hay un escaso conocimiento entre las personas afectadas de los derechos que les asisten. En muchas ocasiones, no son conscientes de las vulneraciones que sufren o, lo que es peor, las asimilan como una situación normalizada.

Así, el taller para el reconocimiento y concienciación de derechos humanos recogidos en la Convención de la ONU de personas con discapacidad tiene como fin acabar con esta realidad, generar conciencia de derechos y promover la adquisición de conocimientos y herramientas que creen el empoderamiento necesario para la autodefensa.

1.4. Recomendaciones

- Aprobar e implementar políticas y medidas legislativas, administrativas o de otra índole para promover e implantar un modelo biopsicosocial de la salud mental, adoptando un enfoque de género de manera transversal.
- Promover campañas para la eliminación del estigma social y la discriminación a las personas con discapacidad psicosocial.
- Incluir en la tarjeta sanitaria una clave para obtener prioridad en la atención y, solo a solicitud de la persona interesada, la necesidad de acompañamiento.
- No exigir acompañamiento en piscinas u otros recintos públicos similares, si en la tarjeta de discapacidad no se indica la necesidad de ayuda de tercera persona.

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

Artículo 6 CDPD

En este precepto se reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación, por lo que los Estados habrán de adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Salud mental y género

El género es una construcción simbólica referida a los atributos socioculturales asignados a las personas a partir de una categoría biológica como es el sexo. El concepto de género, por tanto, es una categoría artificial elaborada históricamente a partir de mitos, estereotipos o falsas creencias que generan modelos dicotómicos impuestos con los que las personas se identifican. Así, se pone de manifiesto un posicionamiento social desigual entre mujeres y hombres, y se visibiliza el supuesto ideológico que equipara las diferencias biológicas con la adscripción a determinados roles sociales, lo cual tiene un importante impacto en la salud mental¹³. De este modo, el sexo determina desde el nacimiento toda una serie de expectativas, pautas de socialización y oportunidades desiguales (socialización diferencial) que, junto con la violencia de género, contribuyen a la perpetuación de desigualdades mucho más acentuadas si se tiene una discapacidad, más aún si esta viene asociada a un problema de salud mental, con lo que ello comporta en materia de estigma¹⁴.

Para el análisis de las especificidades inherentes a la diversidad de la condición humana, resulta imprescindible y enriquecedora la adopción de la 'Teoría de la Interseccionalidad'. En este sentido, si analizamos los procesos de estigmatización vinculados con los problemas de salud mental y los que están asociados al sexo de las personas (como es la construcción cultural de género), comprobamos que cursan de un modo similar¹⁵. Sin embargo, todavía hay mucho por hacer a la hora de abordar los problemas de salud mental con un enfoque de género y, de este modo, analizar la situación de la persona de manera integral, atendiendo a cada una de sus particularidades y barreras a las que se enfrenta.

¹³ MINISTERIO DE CULTURA. "Género y cultura", AGETECA, Base de datos/Gestión cultural. Disponible en: <http://www.agetec.org/ageteca/genero.htm>

¹⁴ BUSTAMANTE MUÑOZ, C., CABALLERO PÉREZ, I., CASTELLANO DOMÍNGUEZ, I., VALES HIDALGO, A. "Niñas con discapacidad", en la obra colectiva *Transversalidad de Género en las Políticas Públicas de discapacidad-Manual*, Capítulo II, ed. CINCA, Madrid, diciembre de 2013, pp. 47-48.

¹⁵ TUBERT COTLIER, S., "La construcción cultural de la feminidad", en la obra colectiva *Salud Mental y Género, Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*, ed. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid, 19 y 20 de octubre de 1999, pp.66-71. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocumentos/docs/Saludmentalygenero.pdf>

Como expresa Silvia Tubert, si bien las redes sociales en las que la mujer se encuentra inmersa son muy determinantes a la hora de considerar su salud mental, no se puede hacer *“una generalización sociológica que relacione la posibilidad de enfermar con una determinada situación de frustración objetiva”*. Esto es así, porque *“los trastornos mentales son, en lo esencial, un precipitado de problemas referidos a diferentes dimensiones de la vida humana: sufrimiento psíquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos con la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, y aparecen como las manifestaciones de un malestar que no se puede reducir a un determinismo absoluto, ya sea biológico, psíquico o social”*.

Sin embargo, la mujer no puede encontrar respuesta a sus interrogantes ni consideración a su sufrimiento en unas instituciones sanitarias que están organizadas únicamente para tratar síntomas. Además, es vulnerable a diferentes tipos de violencia, lo que constituye un factor de riesgo adicional para su salud mental, *“ya se trate de violencia visible (abuso sexual, violación, maltrato físico, explotación laboral o afectiva, etc.) o invisible (formas de relación que colocan a las mujeres en posición de inferioridad, desvalorización o desigualdad)”*¹⁶.

Por ello, la psicóloga clínica Rebeca González recomienda adoptar un posicionamiento claro al respecto. Así, afirma que: *“Posicionarnos es algo complicado, algo que genera dudas, algo que puede traernos que nuestro camino sea menos fácil de lo que se pretendía, pero mucho más coherente, sano y responsable para con nosotros y, sobre todo, para con el/la paciente. Se trata de poner el foco donde se debe, no donde nos resulta más cómodo”*¹⁷.

Lamentablemente, como se puede constatar, la perspectiva de género continúa siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la salud mental, pese a la multiplicidad de facetas e identidades de la persona y, por tanto, pese a la susceptibilidad de ser víctima también de múltiples discriminaciones, sustentadas en posiciones de poder y privilegio¹⁸. Siguiendo a la psiquiatra Cristina Polo, de esto no hay que excluir a las intervenciones terapéuticas, puesto que también *“pueden ser un espacio de visibilización de violencias simbólicas invisibles”*¹⁹. Hay que tener siempre presente que la propensión a la violencia y la indefensión son mayores en sistemas cerrados, jerarquizados y lejos de la mirada pública²⁰.

¹⁶ TUBERT COTLIER, S. “La construcción cultural de la feminidad”, en la obra colectiva *Salud Mental y Género, Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*, ed. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid, 19 y 20 de octubre de 1999, pp.66-71. Disponible en:

<http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocumentos/docs/Saludmentalygenero.pdf>

¹⁷ GONZÁLEZ IBÁÑEZ, R., “Trastorno límite de personalidad y violencia de género”, *Diagonal*, 25 de noviembre de 2014. Disponible en <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/24807-transtorno-limite-personalidad-y-violencia-genero.html>

¹⁸ POLO USAOLA, C. “¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada “ideología de género””, Asociación Madrileña de Salud Mental, 28 de marzo de 2013. Disponible en: <https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

Asimismo, POLO USAOLA, C. “Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas”, *Boletín nº 42* de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), 12 de febrero de 2018. Disponible en: <https://amsm.es/2018/02/12/deconstruyendo-mandatos-de-genero-en-narrativas-terapeuticas-boletin-no-42-de-la-amsm/>

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ FEDERACIÓN VIDA INDEPENDIENTE. “La institucionalización aumenta el riesgo de explotación, violencia y abuso”, páginas 25 y 26 del informe CommDH/IssuePaper(2012) 3 sobre el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por el Consejo de Europa, traducción de César Giménez. Disponible en:

<https://federacionvi.org/la-institucionalizacion-aumenta-el-riesgo-de-explotacion-violencia-y-abuso/>

Por todo ello, es esencial reclamar la incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas en materia de salud mental e ir incorporándolo en la práctica de las y los profesionales de salud mental, a fin de lograr una garantía efectiva de los derechos humanos.

B) Violencia contra la mujer

Según las Naciones Unidas, violencia contra la mujer es todo acto que produce o puede producir un daño a la salud física, sexual o mental de las mujeres. Concretamente, la OMS considera que la violencia contra la mujer constituye un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. Constituye además una de las principales causas de discapacidad, y es un factor de riesgo para padecer problemas de salud mental como depresión y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios, consumo perjudicial de drogas y alcohol, baja autoestima, trastornos de estrés postraumático, autoagresión, y síndromes de dolor crónico, entre otros. Ahora bien, no solo la violencia genera estos problemas, sino también la existencia de problemas de salud mental constituye un factor de riesgo para ser víctima de todo tipo de violencia²¹.

Además, esta violencia no solo tiene consecuencias a largo plazo para estas mujeres y sus hijos e hijas, sino también sociales y económicas, por lo que el abordaje de esta lacra en toda su dimensión ha de hacerse cuanto antes y desde un enfoque integral.

En este informe se pondrá el foco de atención en dos formas de violencia concretas: la violencia machista y el abuso sexual.

1. Violencia machista: Desmontando mitos, rompiendo silencios

La creencia de que la mayoría de los maltratadores tiene algún tipo de problema de salud mental es un mito, según ha concluido el estudio *‘Violencia machista y enfermedad mental. Repercusión en el tratamiento penal y su ejecución’*. No existe una patología mental de base que fundamente la violencia machista, lo cual desmonta el mito de que la mayoría de los maltratadores tengan un trastorno mental²².

Este informe describe la violencia machista como un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos de las mujeres y aborda la controvertida hipótesis de que el comportamiento violento de los hombres es resultado de un problema psicopatológico. Para ello, se plantea como objetivo principal describir el perfil psicopatológico de sujetos denunciados por delitos de violencia machista y analizar la relación de este perfil con el tratamiento penal y su ejecución. La conclusión es que no se ha encontrado ningún perfil psicopatológico específico en los sujetos denunciados por delitos de este tipo. Es decir, no

²¹ OMS. “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres”, Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la violencia contra la mujer. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

²² DIARI DE TARRAGONA. “Un estudio presentado en Reus desmonta la creencia de que la mayoría de maltratadores sufran trastorno mental”, 6 de Junio de 2017. Disponible en <https://www.diaridetarragona.com/reus/Un-estudio-presentado-en-Reus-desmonta-la-creencia-de-que-la-mayoria-de-maltratadores-sufran-trastorno-mental-20170606-0042.html>

se puede asociar la presencia de un problema de salud mental con el tipo de delito por el que se les acusa²³.

Por otra parte, persiste en nuestro país un grave problema de invisibilización de los efectos psicológicos de la violencia de género que, a su vez, afecta muy gravemente también a los hijos e hijas menores de las mujeres afectadas, pese a que la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género los reconoce como víctimas también de dicha violencia.

Según la OMS el maltrato constituye uno de los factores de riesgo a tener en cuenta a la hora de abordar la prevención del suicidio²⁴ y a esto hay que añadir los graves impedimentos a los que se enfrentan las mujeres con discapacidad psicosocial a la hora de acceder a los recursos de acogida, lo cual repercute también en los y las menores a su cargo²⁵.

De hecho, la exposición a la violencia de género, además de engrosar las estadísticas de asesinatos de niñas y niños por su progenitor, compromete la salud mental temprana, al convertirse en testigos involuntarios. Diversos estudios han puesto de manifiesto las alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género, advirtiendo un estrés crónico que, además, puede desencadenar o acelerar cualquier otro problema mental: ansiedad, depresión, retraimiento, problemas somáticos, problemas sociales, problemas de atención, conducta disruptiva, conducta agresiva, etc.²⁶.

Además, los niños y las niñas reproducen patrones, tanto para maltratar como para ser maltratados. Según el '*Informe sobre Violencia del centro reina Sofía, 2010*', cuatro de cada diez maltratadores han sido maltratados de niños, y los niños que presencian (o incluso que sufren en primera persona) la violencia machista, también pueden aceptar como normal ese modo de comportarse²⁷.

Por lo tanto, no se puede continuar perpetuando los mitos de que los y las menores se recuperan "espontáneamente", "no recuerdan" o "no comprenden". Si esto ocurre, se dificulta el diagnóstico de trauma y del Trastorno de Estrés Postraumático en estas edades, al no adoptarse medidas preventivas y de atención suficientes y adecuadas. Es esencial hacer visibles a las niñas, niños y adolescentes en el contexto de la violencia contra la mujer²⁸.

²³ GALLO GARCÍA, A. et al. "Violència masclista i malaltia mental, repercussió en el tractament penal i la seva execució", Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya, 2017. Disponible en http://ceife.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2017/violenciaMasclista_CA.pdf

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*, Geneva, 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

²⁵ FEDEFES. Guía "Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental", Llodio (Álava), 2017.

²⁶ EL IMPARCIAL. "¿Cómo afecta la violencia de género a los niños que la presencian?", 1 de julio de 2017. Recuperado de <https://www.elimparcial.es/noticia/179144/sociedad/como-afecta-la-violencia-de-genero-a-los-ninos-que-la-presencian.html>

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Atenciano, B. "Impacto de la violencia de género en los primeros años: Niñas y niños de 0 a 5 años", Psicóloga infantojuvenil, Programa MIRA, 2015. Recuperado de: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/exposicion_0_a_5_dgm_2015.pdf

2. Violencia sexual

La OMS define la violencia sexual como aquellos actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.

En muchos casos, las mujeres con discapacidad psicosocial no denuncian por desconocer que la situación que sufren es delito o, aunque tengan ese conocimiento, no quieren denunciar por miedo a represalias, a perder vínculos afectivos o de provisión de cuidados, o por entender que no van a ser creídas, dado que el tipo de discapacidad que tienen está asociado a un nivel de estigmatización social muy intenso²⁹.

C) Demandas atendidas en el servicio de asesoría jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género

Para recabar los datos sobre las demandas atendidas en el servicio de asesoría jurídica de esta Confederación durante el año 2018 se han utilizado cuatro indicadores básicos:

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

1. Porcentaje de demandas atendidas



Se ha atendido un total de 149 demandas, de las cuales un 25,5% han sido efectuadas por hombres y un 74,5% por mujeres.

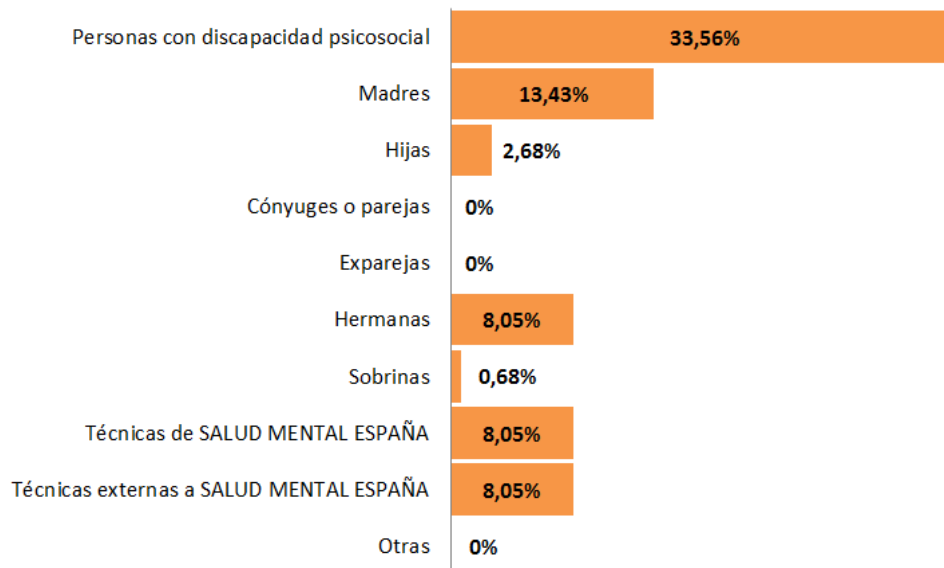
2. Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

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:

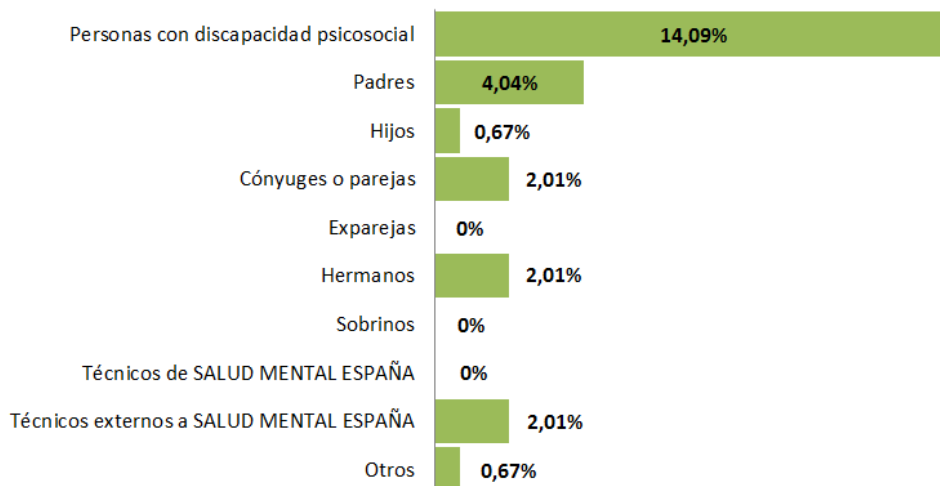
- Se trata de una persona con problemas de salud mental.
- Se trata de una persona vinculada afectivamente por lazos de familia o de otro tipo (padre o madre, hijas/os, hermanas/os, cónyuge o pareja, etc.).

²⁹ MILLÁN MADERA, S. "Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales", pp.13,14 y 21. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/mujeres-discapacidad-violencia-sexual-8750/>

Mujeres



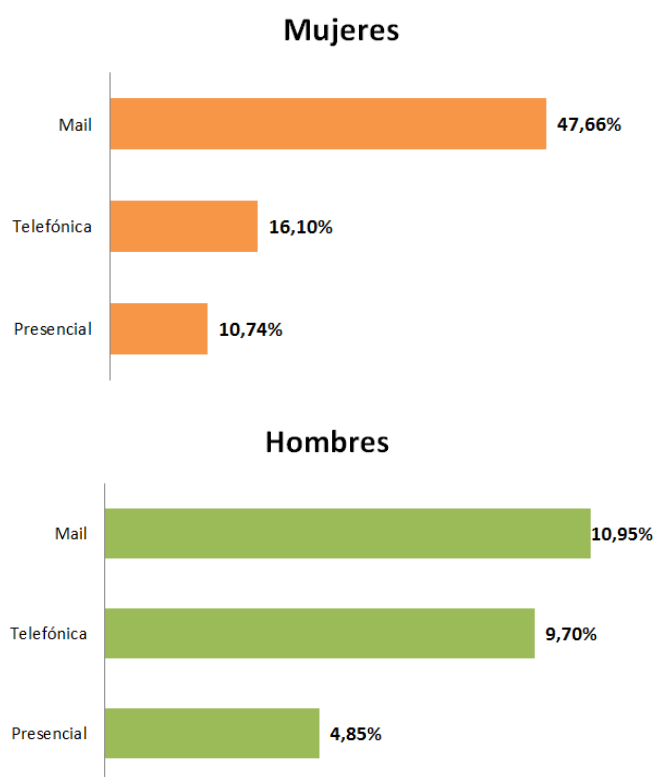
Hombres



3. Modo de acceso al servicio

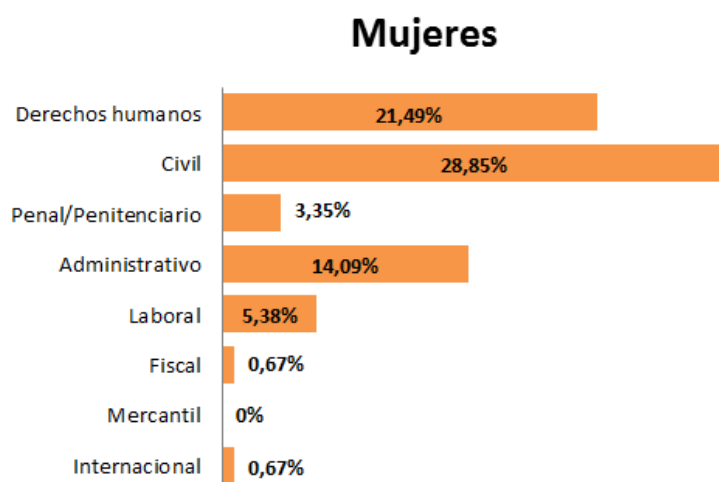
El Servicio de Información de SALUD MENTAL ESPAÑA se encarga de atender y derivar las demandas de orientación y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la atención y la promoción de la salud mental que llegan cada día a esta Confederación. Una vez realizada una valoración inicial, desde el Servicio 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 2018, el modo de acceso al Servicio de Asesoría Jurídica, desagregado en función del género, ha sido el siguiente:

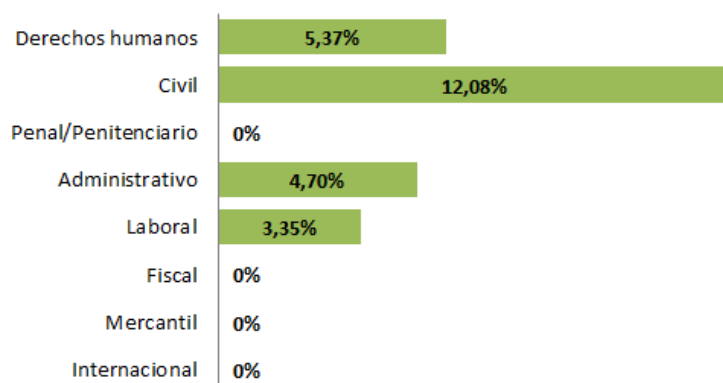


El 58,61% del total de demandas del Servicio de Asesoría Jurídica se han producido por e-mail, mientras que un 15,59% fueron atendidas presencialmente y el 25,8% restante por vía telefónica.

4. Tipo de demandas planteadas



Hombres



2.2. Vulneraciones

A) Apoyo a la maternidad y salud mental: un espacio de silencio

1. Depresión post parto

En 2017 el tema de la campaña del Día Mundial de la Salud fue la depresión. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud llamó la atención sobre un tema de salud específico que afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales y de todos los países, y que, en el peor de los casos, puede abocar al suicidio. Según este mismo organismo, la depresión post parto afecta concretamente a una de cada seis mujeres que dan a luz y es un trastorno que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Pese a que esta dolencia se puede prevenir y tratar de manera eficaz, el estigma social asociado a los trastornos mentales es el responsable de que las personas afectadas no pidan ayuda para poder llevar vidas saludables y productivas.

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

Atendiendo a los datos publicados por la Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP), la depresión posparto no solo se da en las madres, sino que diversos estudios han revelado que este trastorno se da también con relativa frecuencia (entre un 8% y un 13%) en los padres, lo cual interrumpe igualmente la dinámica familiar³⁰.

³⁰ HUÉSCAR, R. "Si tanto lo he soñado, ¿por qué no disfruto con mi bebé?", Asociación Española de Psicología Perinatal, 21 de abril de 2017. Disponible en: <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/2017/04/21/depresion-posparto/>

2. Duelo gestacional y perinatal (muerte del bebé en el útero o en el parto)

En España, a diferencia de otros países europeos, todavía queda mucho camino por recorrer en cuanto a prevención y atención de la salud mental materna. Las carencias de recursos especializados son alarmantes: apoyo psicológico proporcionado por personal específicamente formado, programas de psiquiatría perinatal, unidades madre-bebé, protocolos de actuación y coordinación de equipos, etc.³¹.

B) Invisibilización de los efectos psicológicos de la violencia machista

La relación existente entre suicidio y violencia de género es una realidad enormemente ignorada en medios de comunicación y estudios estadísticos. Si a ello se le añade el hecho de tener un problema de salud mental (discapacidad psicosocial), la invisibilización adquiere un grado más de profundidad debido al estigma social. Este problema de salud mental puede ser previo a la violencia del maltrato o surgir como consecuencia de este. Sea como sea, el maltrato constituye un factor precipitante que se considera la causa del 25% de los intentos de suicidio de las mujeres. De hecho, la OMS revela que uno de los mecanismos de abordaje de la prevención del suicidio es la actuación sobre factores de riesgo como es el maltrato. La violencia que implica el clima de dominio constituye el desencadenante del crimen o del suicidio, tanto si se ha llevado a cabo como si se ha intentado.³²

Otro problema relacionado con el sufrimiento de la violencia machista tiene que ver con los graves impedimentos a los que se enfrentan las mujeres con problemas de salud mental a la hora de acceder a los recursos de acogida diseñados para las mujeres sometidas a este tipo de violencia³³.

C) Esterilización forzosa y aborto coercitivo

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 estar proscrita por la normativa internacional de derechos humanos. Entre estas normas se cuentan la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer o la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD).

Pese a que los efectos físicos y psicológicos de esta práctica, al igual que la del aborto coercitivo, están suficientemente constatados, la esterilización forzosa continúa siendo legal en España acompañada de la correspondiente modificación de la capacidad de obrar de la persona

³¹ Información extraída de EL PAÍS. “Depresión ‘sonriente’, mujeres que ocultan su dolor por miedo a ser malas madres”, 4 de mayo de 2017. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html

³² FILLOL, J. “Violencia de género y suicidios: las víctimas olvidadas”, 7 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.jessicafillol.es/2018/02/violencia-de-genero-y-suicidios-las-victimas-olvidadas/>

³³ FEDEAFES. Guía “Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental”, Llodio (Álava), 2017.

(incapacitación judicial). Las personas con trastornos mentales son especialmente vulnerables y lo más frecuente es que el interés que se protege no coincida con el interés superior de la persona con discapacidad.

Ana Peláez, vicepresidenta ejecutiva de la Fundación CERMI Mujeres (FCM), afirma que *“la esterilización forzosa de niñas y mujeres con discapacidad en España es una práctica que se debe abolir”*. Por su parte Isabel Caballero, coordinadora de esta misma entidad, asegura que *“es una forma de intervenir sobre el cuerpo de las personas, y sobre todo en el cuerpo de las mujeres, porque las esterilizaciones tienen un claro sesgo de género”*.

Tales intervenciones se suelen practicar en mujeres y niñas con discapacidad sin su consentimiento informado por diversas razones: eugenésicas, control de la menstruación para evitar molestias o por cuestiones de higiene, previsión de problemas en la futura educación y crianza de los niños o niñas, prevención de las indeseables consecuencias de eventuales abusos sexuales o evitación de complicaciones en el embarazo, etc. Nada de todo esto se corresponde con la obligación incluida en la CDPD de prevención de conductas discriminatorias que puedan impedir el disfrute de los derechos en igualdad de condiciones.

De hecho, 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 CDPD (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”*. Por este motivo, insta al Estado español a 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”*³⁴.

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 España³⁵, aprobadas el 20 de julio de 2015:

“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”.

La ausencia de datos claros no ayuda a resolver el problema, sino todo lo contrario. La falta de transparencia de los datos publicados por el Consejo General del Poder Judicial (en adelante,

³⁴ 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.

³⁵ 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.

CGPJ) impide conocer en detalle la situación de esta problemática en nuestro país. Según el CGPJ, el número total de casos resueltos ascendió a 140 en 2016, pero no se especifica la resolución final de cada procedimiento, ni el sexo o edad de las personas víctimas de esta práctica, ya que los datos no aparecen desagregados. Según fuentes del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), tampoco hay datos de 2014 y 2015.

A pesar de ello, Isabel Caballero ha detallado que en 2005 se resolvieron 85 procesos; en 2006, 109; en 2007, 75; en 2008, 96; en 2009, 112; en 2010, 127; en 2011, 102; en 2012, 80; y en 2013, 79 casos. En suma, más de 1.000 procesos, lo que supone una media de unos cien casos al año.

Además de la merma de derechos civiles, políticos y económicos, la esterilización forzosa puede tener múltiples consecuencias en la vida de las personas. Ana Peláez sostiene que la esterilización está basada en mitos construidos por la sociedad relacionados con una supuesta incapacidad de las mujeres con discapacidad para tener hijos o a que esta práctica se lleva a cabo por el bienestar de la propia comunidad o de la familia, o incluso por el propio bienestar de las personas afectadas frente a las consecuencias del abuso, la violencia o los embarazos. En este sentido, ha detallado que, en cuestión de salud, a la eliminación de la capacidad reproductiva se suman alteraciones del desarrollo menstrual, hormonal y de crecimiento, así como supresión del deseo sexual. Además, puede tener también consecuencias en la salud mental de las personas, como depresión o ansiedad³⁶.

Además de las esterilizaciones vinculadas a los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar, es importante poner luz sobre una práctica que se produce en diversas residencias, donde se esteriliza a mujeres con discapacidad psicosocial mediante la aplicación de una inyección. Esta práctica constituye una norma no escrita para acceder y permanecer en el recurso. Lamentablemente, existe una enorme resistencia a la denuncia por miedo a represalias y a la carencia de recursos alternativos para la adecuada atención de las afectadas. Por este motivo, es importante investigar este tipo de situaciones y establecer mecanismos de control que favorezcan la transparencia para acabar con este tipo de prácticas.

2.3. Buenas prácticas

A) Consolidación de la red estatal de mujeres con discapacidad psicosocial de SALUD MENTAL ESPAÑA

El estigma provoca que las personas con discapacidad psicosocial sufran una violencia insuficientemente tratada en las políticas públicas, normalizándose situaciones incompatibles con las convenciones y estándares internacionales de derechos humanos. Esta carencia contribuye a obviar el enfoque de género en materia de salud mental, lo que hace urgente la incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas en

³⁶ SALUD MENTAL ESPAÑA. "SALUD MENTAL ESPAÑA se posiciona contra la esterilización forzosa de mujeres y niñas con discapacidad", 7 de febrero de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-esterilizacion-forzosa-mujeres-35907/>

materia de salud mental. Esto implicaría también ir incorporando este enfoque en la práctica de las y los profesionales de salud mental, a fin de lograr una garantía efectiva de los derechos humanos y poner fin a múltiples y graves vulneraciones³⁷.

Con el fin de trabajar la dimensión de género y sus implicaciones en la salud mental³⁸, los días 29 y 30 de junio y 1 de julio de 2018 se celebró en Madrid la 2ª edición del taller “Mujeres y Salud Mental”, donde 22 asistentes, provenientes de entidades de SALUD MENTAL ESPAÑA radicadas en 14 regiones distintas, han sentado las bases para elaborar un futuro manifiesto en el que denunciarán las situaciones que viven, visibilizarán sus demandas y propondrán acciones de mejora.

En un ambiente de igualdad, compromiso y confianza, las mujeres compartieron ideas, experiencias, conocimiento y opiniones relacionadas con el género y la salud mental. El taller contó también con la presencia de personal técnico y directivo de la Confederación, y una representante del Consejo Consultivo de SALUD MENTAL ESPAÑA.

Para avanzar a la hora de sentar las bases del manifiesto que se pretende elaborar en un futuro, las participantes abordaron y debatieron cinco temas principales: maternidad y crianza; violencia, derechos sexuales y reproductivos; visibilidad; lenguaje y empoderamiento; y empleo y vida independiente. De cada uno de estos temas, las mujeres asistentes debatieron sobre la situación actual, las demandas, las propuestas de mejora y las propuestas de estudios e investigación.

Las mujeres participantes compartieron experiencias y reflexiones en primera persona, como las siguientes:

- *“La vida a veces deja de ser un acto reflejo y se convierte en una carga. Intentas seguir a la sociedad, pero no es tu ritmo, no es lo que quieres hacer... no es para ti”.*
- *“Las personas nos tenemos que adaptar a una sociedad que ya está creada” y si esto no ocurre, se puede tener “sentimiento de culpa”.*
- *“No cuento que tomo medicación porque tengo miedo de que me pongan una etiqueta”.*
- *“Hay mucha ignorancia. Cuando dices que tienes un problema de salud mental, la gente te mira diferente”.*
- *“Me cuesta mucho enfrentarme al prejuicio. Pero luego pienso... si no lo contamos, ¿cómo vamos a avanzar?”.*

Las mujeres reunidas hablaron también del estigma, del derecho a ser madres (o no serlo), de la violencia de género y de las esterilizaciones forzosas que continúan produciéndose en nuestro país.

³⁷ Extraído de las conclusiones del Comité Jurídico de SALUD MENTAL ESPAÑA, en reunión de 23 de septiembre de 2017. Asimismo, FEDEAFES, Guía “Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental”, Llodio (Álava), 2017.

³⁸ SALUD MENTAL ESPAÑA. “El segundo Taller “Mujeres y Salud Mental” reúne en Madrid a 22 participantes”, 3 de julio de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/segundo-taller-mujeres-salud-mental-38981/>

Este taller es una de las actividades del programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, financiado con la línea de subvenciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con cargo al IRPF 2017 – 2018.

B) Enfoque de género en salud mental: Campaña #NosotrasSíContamos

Con motivo del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, celebrado el 25 de noviembre de 2018, SALUD MENTAL ESPAÑA puso en marcha la campaña #NosotrasSíContamos, en la que mujeres del movimiento asociativo exigieron que se cumplan sus derechos y no se dude de su relato por tener un problema de salud mental cuando denuncian las violencias que sufren³⁹.

Este hecho es importante porque permite poner cara a una realidad que todavía cuesta mucho sacar a la luz. El 75% de las mujeres con problemas de salud mental ha sufrido violencia en el ámbito familiar o de pareja. Cuando esto ocurre, el 42% no la identifica como tal y, a las que sí la reconocen y la denuncian, no se les da credibilidad debido a su trastorno mental.

Así, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha querido poner el foco sobre esta realidad a través de esta campaña, cuyo objetivo es concienciar de la situación de vulnerabilidad que viven estas mujeres frente a las violencias machistas, y exigir que se cumplan sus derechos.

Un total de siete mujeres con problemas de salud mental pertenecientes al movimiento asociativo de SALUD MENTAL ESPAÑA, denuncian en un vídeo que *“ser mujer es un factor de riesgo a la hora de tener un problema de salud mental”*. *“Aunque es invisible”*, indican, *“la violencia machista provoca problemas de salud mental”*. La falta de credibilidad a la hora de denunciar la violencia que sufren es uno de los problemas que ponen sobre la mesa las participantes en esta campaña: *“Al tener dificultades de salud mental, no se nos cree cuando lo denunciemos”*, señalan.

Ante esta situación, las mujeres reclaman su derecho a recibir una atención adecuada, en igualdad y con todas las garantías en los sistemas de protección de violencia de género, de salud y jurídicos, algo que a día de hoy no se cumple. Reclaman además que los equipos profesionales tengan formación en género y violencia machista, así como más apoyos para reconocer y detectar situaciones de violencia⁴⁰.

³⁹ SALUD MENTAL ESPAÑA. “3 de cada 4 mujeres con problemas de salud mental han sufrido violencia en el ámbito familiar o de pareja”, 25 nov 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/mujeres-salud-mental-sufrido-violencia-familiar-pareja-42448/>

⁴⁰ SALUD MENTAL ESPAÑA. “3 de cada 4 mujeres con problemas de salud mental han sufrido violencia en el ámbito familiar o de pareja”, 25 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/mujeres-salud-mental-sufrido-violencia-familiar-pareja-42448/>

2.4. Recomendaciones

1. Adoptar por parte de los poderes públicos un posicionamiento claro en torno al reconocimiento del diferente impacto de las violaciones de derechos humanos en relación con ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo⁴¹. Se trata de incorporar los mandatos de género al ámbito de la salud mental a fin de mejorar la atención y visibilizar violencias simbólicas invisibles⁴².
2. A la luz de lo anterior, incorporar el principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica de las y los profesionales de salud mental, a fin de lograr una garantía efectiva de los derechos humanos.
3. Reiteramos las reivindicaciones hechas en años anteriores, entre otras:⁴³ realización de protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación; proporcionar formación a todos los profesionales que realizan atención directa a mujeres con discapacidad psicosocial; establecer equipos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente; poner solución inmediata al problema de exclusión de las mujeres con discapacidad psicosocial de los recursos destinados a violencia de género; avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de cada mujer contempladas desde un enfoque interseccional; incluir la violencia contra las mujeres con discapacidad psicosocial en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios; e incorporar en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales (dependencia, desprotección, riesgo de exclusión) la violencia en el ámbito de la pareja, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia y registrando también la existencia o sospecha de problemas de salud mental.

⁴¹ POLO USAOLA, C. '¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada "Ideología de género"', Asociación Madrileña de Salud Mental, 28 de marzo de 2013. Disponible en: <https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

⁴² POLO USAOLA, C. "Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas", Boletín nº 42 de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), 12 de febrero de 2018. Disponible en: <https://amsm.es/2018/02/12/deconstruyendo-mandatos-de-genero-en-narrativas-terapeuticas-boletin-no-42-de-la-amsm/>

⁴³ Extraído de las conclusiones del Comité Jurídico de SALUD MENTAL ESPAÑA, en reunión de 23 de septiembre de 2017. Asimismo, FEDEAFES, Guía "Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental", Llodio (Álava), 2017.

3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Artículo 7 CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de tomar 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, teniendo siempre en consideración de manera primordial la protección de su interés superior.

3.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Observaciones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas

La Observación 22 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2018)⁴⁴ ha destacado el derecho de las niñas y los niños a no ser objeto de ninguna forma de violencia, recomendando lo siguiente:

1. Agilizar la **aprobación de leyes que garanticen la protección integral** (vida e integridad física y moral) de las niñas y los niños contra la violencia, y aseguren su aplicación a todos los niveles.
2. Empezar una **evaluación amplia del alcance, los factores de riesgo y las características de la violencia contra los niños y las niñas**, los malos tratos y el descuido, con miras a formular una **estrategia nacional amplia** para prevenir y combatir esos fenómenos.
3. **Adoptar un marco nacional de coordinación entre administraciones e instituciones** para responder adecuadamente a situaciones de violencia contra los niños y las niñas, malos tratos o descuido, **prestando especial atención a sus dimensiones de género**.
4. **Aumentar la disponibilidad de programas orientados a crear conciencia entre los niños y las niñas, y ofrecerles educación sobre su derecho a vivir a salvo de la violencia** y sobre dónde buscar asistencia en casos de violencia, malos tratos o descuido, y consultarles a la hora de diseñar y aplicar esos programas a fin de asegurar que sean pertinentes y útiles.
5. **Velar por que se asignen recursos humanos, técnicos y financieros adecuados** para abordar las causas fundamentales de la violencia contra la infancia, los malos tratos y el descuido.
6. **Alentar los programas comunitarios orientados a prevenir y combatir la violencia doméstica y los malos tratos y el descuido** de los niños y las niñas.

⁴⁴ NACIONES UNIDAS. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/ESP/CO/5-6, 5 de marzo de 2018.

En los contextos de violencia, las niñas y los niños pueden ver gravemente comprometida su salud mental, lo cual condiciona su bienestar. Según un informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos, definiendo esta última, **en el caso de los niños, niñas y adolescentes**, como **"la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos"**⁴⁵.

Este informe, siguiendo lo dispuesto por el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 32/18, de 1 de julio de 2016, sobre salud mental y derechos humanos, identifica la **discapacidad psicosocial** como un atributo que puede ir asociado a la condición de tener un trastorno mental, incluyendo en esta categoría a las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitarios,⁴⁶ y se enfrentan a restricciones en el ejercicio de sus derechos y barreras a la participación sobre la base de un impedimento real o percibido. Por lo tanto, cuando en este documento se haga referencia a **niñas, niños y adolescentes con discapacidad psicosocial**, se estará poniendo de relieve la situación de aquellas o aquellos que sufren tales restricciones debido a la concurrencia de diversos factores. Estos factores deberán ser oportunamente analizados en el contexto de una **estrategia nacional** y tenidos en cuenta en los diferentes **programas** mencionados en la precitada Observación 22.

Sin embargo, el **estigma** continúa siendo una de las barreras invisibles fundamentales (si no la más importante) que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible⁴⁷. Esa **invisibilización** incrementa su intensidad cuando se trata de niñas y niños, cuyos sufrimientos y dolencias psíquicas han sido tradicionalmente minimizados hasta el punto de convertirse en **mitos como el de su natural resistencia y recuperación "espontáneas", el de que "no recuerdan" y "no comprenden", o el de que es difícil el diagnóstico de trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en estas edades**⁴⁸.

Ahora bien, no solo la violencia intencionalmente infligida tiene devastadoras consecuencias sobre la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Existe también una **violencia estructural** que les impide lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos. Como expresa Alice Miller, *"también la crueldad no intencionada hace daño" y "contrariamente a lo que suele creerse, las injusticias, humillaciones, malos tratos y violencias de los que ha sido víctima un ser humano, no se pierden, sino que traen consecuencias"*⁴⁹.

⁴⁵ United Nations, General Assembly. "Mental health and human rights", A/HRC/34/32 (31 de enero, 2017). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>: "Three different categories should be clearly distinguished among those referred to in resolution 32/18: persons using mental health services (who are current or potential users of mental health and community services); persons with mental health conditions; and persons with psychosocial disabilities, namely, persons who, regardless of self-identification or diagnosis of a mental health condition, face restrictions in the exercise of their rights and barriers to participation on the basis of an actual or perceived impairment. These categorizations may overlap: a user of mental health services may not have a mental health condition and some persons with mental health conditions may face no restrictions or barriers to their full participation in society."

⁴⁶ La resolución 32/18 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. "Mental health and human rights", A/RES/67/97 (18 de julio, 2016). Recuperado de <http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>.

⁴⁷ Red2red Consultores. (2015). Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

⁴⁸ Atenciano, B. "Impacto de la violencia de género en los primeros años : Niñas y niños de 0 a 5 años", Programa MIRA. 2015. Recuperado de http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/exposicion_0_a_5_dgm_2015.pdf

⁴⁹ MILLER, A. "Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño", ed. Tusquets, Barcelona, 2006, p.239.

Por lo tanto, intencionada o no, la violencia ha de abordarse de manera integral, transversal e interdisciplinar en todas sus formas, haciendo especial hincapié en aquellos ámbitos en los que se producen mayores cuotas de invisibilización y, en consecuencia, de **impunidad**. Entre esos factores de invisibilización se encuentran el binomio infancia y adolescencia-salud mental.

Finalmente, es importante destacar la necesidad de **incorporar el concepto de diversidad con una intención práctica**. Es decir, establecer disposiciones que lo definan y delimiten como un principio orientador y un enfoque de obligada incorporación **junto con el de género**. El objetivo es diseñar e implementar políticas, programas y medidas de erradicación de la violencia en todos los contextos donde esta prolifere, y contribuir a una visión amplia y positiva de la salud mental como condición indispensable para que las niñas, niños y adolescentes gocen de bienestar.

B) Dimensión institucional de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes

La Fundación ANAR en su estudio *‘Evolución de la violencia a la infancia y adolescencia en España según las víctimas (2009-2016)’* destaca que hay violencias que están siempre presentes (el maltrato físico, el maltrato psicológico, el abandono, el abuso sexual y las agresiones extrafamiliares), todas ellas en lamentable camino ascendente. Sin embargo, se ha advertido a lo largo de los años un incremento alarmante de otras formas de violencia como la violencia de género, el acoso escolar, los niños echados de casa y los trastornos de conducta que, con la irrupción de las TIC, se han unido a problemas emergentes como la *‘sextorsión’*, el *grooming*, el *ciberbullying* y otras formas de ciberacoso que afectan y deforman las violencias ejercidas de forma tradicional. Además, se ha venido observando *“un crecimiento de la violencia, apareciendo violencias nuevas, más sofisticadas y aberrantes, como son: las ideas suicidas y autolesiones, las violaciones en grupo, la violencia ascendente hacia padres y profesores, la violencia de género en la que los mismos padres o compañeros sentimentales son los asesinos de los niños, niñas y adolescentes, o la agresión sexual de adultos a menores de edad que terminan con el asesinato de sus víctimas”*⁵⁰.

En la base de todo ello es importante vislumbrar un caldo de cultivo propicio que favorece la expansión sistemática de las diferentes formas de violencia, y esta base la constituyen las instituciones. Hay que tener presente que los mitos, prejuicios y estereotipos son reproducidos por dichas instituciones, normas y políticas, y tienen un elevado impacto en las conductas individuales.

Por lo tanto, es esencial poner en un lugar muy destacado esa dimensión institucional de la violencia, por los graves efectos que tiene sobre la vida y salud mental de un colectivo tan invisibilizado como el de las niñas, niños y adolescentes. Tampoco debemos olvidar la naturaleza de esa violencia como generadora de problemas de salud mental.

⁵⁰ FUNDACIÓN ANAR. “Evolución de la violencia a la infancia y adolescencia en España según las víctimas (2009-2016)”, p.26. Recuperado de https://www.anar.org/wp-content/uploads/2018/06/Estudio_Evoluci%C3%B3n-de-la-Violencia-a-la-Infancia-en-Espa%C3%B1a-seg%C3%BAAn-las-V%C3%ADctimas.pdf

Las instituciones principales a estos efectos serían las siguientes:

1. Centros e instituciones sanitarios

Se estima que en España la **prevalencia de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente está entre un 10% y un 20%**, y **más del 70%** de todos los trastornos mentales **comienzan antes de los 18 años**⁵¹. Sin embargo, pese a esta realidad, es más difícil acceder a los servicios de psicología que a cualquier otra especialidad sanitaria, lo cual pone en riesgo la salud mental de los y las jóvenes⁵².

Las niñas, niños y adolescentes no pueden encontrar respuesta adecuada a sus necesidades ni consideración a su sufrimiento en sistemas socio-sanitarios que no han sido diseñados para ellos y que están orientados únicamente a tratar síntomas, lo cual constituye un factor de riesgo para su salud mental. Esta situación se traduce en las siguientes carencias que contribuyen a la expansión de la violencia y constituyen en sí mismas una de sus formas:

- Falta de recursos y de profesionales específicamente formados, no detección y retraso en el diagnóstico.
- Dificultad para acceder a los servicios de psicología, más que a cualquier otra especialidad sanitaria, que pone en riesgo la salud mental de los jóvenes.
- Falta de recursos en materia de salud mental de los niños y niñas adoptados.

2. Instituciones Judiciales

Las carencias y barreras de acceso a la justicia de las niñas, niños y adolescentes que sufren violencia, constituyen una forma adicional de violencia que se puede denominar secundaria. En este sentido es esencial tener presente los siguientes aspectos:

- **Carencias de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia en la consideración de la salud mental de las niñas, niños y adolescentes.**

Esta Ley, si bien tiene el mérito de que resulta una regulación necesaria, genera muchas dudas en lo que respecta a la situación específica de los y las menores con discapacidad psicosocial, ya que lo más frecuente es que su problema no se detecte. Sin ánimo de exhaustividad, se enumeran las siguientes deficiencias⁵³:

⁵¹ SALUD MENTAL ESPAÑA. “#Descubre concienciará a jóvenes de toda España sobre el riesgo de adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales”, 24 de enero de 2018. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/descubre-concienciar-a-jovenes-adiccion-redes-sociales-35517/>

⁵² DIARIO DE NAVARRA, “3.600 adolescentes y niños, en tratamiento por enfermedades mentales”, 24 de enero de 2017.

Recuperado de:

http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2016/01/25/3600_adolescentes_ninos_tratamiento_por_enfermedades_mentales_391513_300.html

⁵³ SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales en España 2015, pp.16-19. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf>

- a) La intervención no se deriva de la previa acreditación de la comisión de delitos y se efectúa sin profundizar en la provisión de medidas preventivas. Con el foco de atención puesto en la contención, en lugar de en una intervención y un seguimiento terapéutico multidisciplinar desde el diseño de estrategias efectivas ajustadas a las necesidades concretas, se perjudica gravemente al colectivo de personas con discapacidad psicosocial, ya que tras estos “problemas de conducta” se suelen parapetar trastornos no detectados en atención primaria y que se invisibilizan tras la barrera del estigma, lo cual dificulta aún más si cabe cualquier eventual diagnóstico. En estas circunstancias, va a ser harto complicado ofrecer la “*valoración psicosocial especializada*” que proclama su artículo 25.
- b) Hubiera sido deseable garantizar un adecuado acceso a la justicia desde la adaptación no solo a la edad y madurez, sino también a la naturaleza concreta de la discapacidad. Las personas con discapacidad psicosocial pueden no tener problemas de madurez, pero sí condiciones discapacitantes por razón de problemas de salud mental.
- **La cuestión de la garantía del derecho de acceso a la justicia de las niñas, niños y adolescentes**

La Administración de Justicia en España no está adaptada a las necesidades de los niños y las niñas, conforme a las normas internacionales de derechos humanos y de los estándares internacionales en materia de justicia e infancia. Principalmente, se requiere lo siguiente:

- Mecanismos adaptados para el acceso de los niños y las niñas a los tribunales, con el fin de que puedan ejercer sus derechos. Hace falta que estos mecanismos estén adecuados a las específicas necesidades de este colectivo con especial consideración a su salud mental y evitando la revictimización.
- Respetar la obligación de velar por el interés superior del niño o la niña en estos procedimientos, teniendo en consideración su situación de salud mental.
- Garantizar el derecho de los niños y de las niñas a ser debidamente informados y a ser escuchados, estableciendo los cauces para hacerlo, especialmente en edades tempranas y en consideración a los efectos sobre su salud mental⁵⁴.

3. Instituciones educativas

Como se ha indicado previamente, en España más del 70% de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años. Por este motivo es importante trabajar en la prevención lo antes posible, para que los más jóvenes dispongan de pautas y herramientas que les

⁵⁴ Este punto se ha tomado como referencia SAVE THE CHILDREN, “Infancia y Justicia: Una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España”, noviembre/2012, recuperado de <http://www.cje.org/descargas/cje3143.pdf>

permitan reconocer de forma temprana la aparición de los primeros signos de estos trastornos, y también para aprender a no estigmatizar a las personas por este motivo.

Según el informe de UNICEF *'An Everyday Lesson: #ENDviolence in Schools'*, todas las formas de violencia en la escuela tienen importantes consecuencias a largo plazo en las vidas de las niñas, niños y adolescentes y en las comunidades en las que viven, afectando a su aprendizaje y bienestar. Las consecuencias de la violencia pueden imprimirse en sus cuerpos y mentes a través de las lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual, ansiedad, depresión, pensamientos suicidas y embarazos no deseados⁵⁵.

C) Identidad de género, violencia y salud mental

Como indica la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en su documento *'Orientación sexual e identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos'*, la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta profundamente. Esta identidad podrá corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole, siempre que esta sea libremente escogida) y otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales⁵⁶.

Todas las personas, independientemente de su sexo, orientación sexual o identidad de género, tienen derecho a gozar de las protecciones previstas por los instrumentos internacionales de derechos humanos⁵⁷. Ahora bien, al ser el de las personas LGTBI un colectivo vulnerable a la discriminación y la violencia, especialmente si concurren las condiciones de ser menor, mujer o tener un problema de salud mental, se ha de reforzar la atención para prevenir que se produzcan vulneraciones de sus derechos humanos.

En 2011, la Resolución 17/19 (A/HRC/RES/17/19) del Consejo de Derechos Humanos sobre identidad de género puso las bases para el primer informe de las Naciones Unidas sobre esta materia. Dicho informe, llamado *'Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género'*, fue preparado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. En él se destacó que la prevención de la violencia y la discriminación por razón de la orientación sexual y la identidad de género es una obligación de los Estados que proviene de diversos instrumentos internacionales de derechos humanos⁵⁸.

⁵⁵ UNICEF. "An Everyday Lesson: #ENDviolence in Schools, New York, September 2018, p.17, 21.

⁵⁶ NACIONES UNIDAS. "Orientación sexual e identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos", Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, América del Sur, Oficina Regional. Disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ NACIONES UNIDAS. "Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género", Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/19/41, 17 de noviembre de 2011, p.5.

Un estudio sobre salud mental en el colectivo LGTBI elaborado en 2015, ha corroborado investigaciones anteriores que revelaban la existencia de mayores factores de riesgo con respecto a la población en general debido a toda una diversidad de factores que tienen que ver sustancialmente con la falta de conciencia social y la vulneración reiterada de sus derechos. Los entornos social y cultural juegan un papel fundamental en materia de discriminación y abuso en varios contextos, constituyendo factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. De hecho, investigaciones previas sugieren que en gran medida el riesgo parece aumentar por la exposición a factores externos (es decir, sociales), mientras que la resiliencia puede derivarse de una combinación de un ambiente de apoyo, la aceptación de uno mismo y el apego a la comunidad LGTBI⁵⁹.

Este estudio revela que existe una fuerte evidencia que asocia los índices de suicidio con experiencias negativas en diversos contextos, mayoritariamente materializadas en luchas frente a realidades homofóbicas o transfóbicas, generalmente experimentadas en la red familiar, las escuelas (acoso escolar) y el círculo de pares. La sensación de incompreensión acerca de la forma en que fueron tratadas ha llevado a muchas personas de este colectivo a sentirse aisladas y sufrir de baja autoestima. Para hacer frente a estos escenarios adversos, muchas personas optaron por conductas nocivas para la salud como beber, absentismo escolar, fumar, autolesionarse, trastornos alimentarios, no hablar con nadie, llorar e intentar encuadrarse en el género normativo, pretendiendo ser lo que no eran⁶⁰.

El estudio advierte de la falta de formación del personal médico o sanitario a la hora de abordar los intentos autolíticos de las personas de este colectivo y sus necesidades específicas. Es frecuente encontrarse con comentarios inapropiados o conductas inadecuadas que no favorecen la recuperación de la persona y la superación del trauma. Ahora bien, esto solo es la punta del iceberg de la salud mental para el colectivo LGTBI. Como indica el informe *Risk and Resilience Explored* (RaRE), una formación completa y ser consciente del colectivo de lesbianas, gais, bisexuales y transexuales es esencial para los profesionales de la sanidad⁶¹.

⁵⁹ NODIN, N., PEEL, E., TYLER, A., and RIVERS, I. "The RaRE Research Report: LGBT&T Mental Health – Risk and Resilience Explored", ed. PACE, London, 2015, pp.33, 66, 67 y 68. Disponible en http://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2015/04/RARE_Research_Report_PACE_2015.pdf

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.* Asimismo, vid. VICE, "La salud mental LGBT: ¿Estamos haciendo lo suficiente?", La Guía VICE de la Salud Mental, 29 de abril de 2015. Disponible en: <https://www.vice.com/es/article/nngnzm/la-salud-mental-lgbt-estamos-haciendo-lo-suficiente-877>

3.2. Denuncias

A) Acoso escolar o bullying

La directora ejecutiva de UNICEF, Henrietta H. Fore, ha declarado que "*la violencia es una lección inolvidable que ningún niño debería de aprender*"⁶². En este sentido, el informe arriba citado indica, en lo que se refiere concretamente al acoso escolar o *bullying*, que las escuelas son lugares donde se cultiva la amistad y la relación entre iguales, sentando las bases de la socialización adulta. El *bullying*, precisamente, mina esas bases y aboca a las víctimas a la soledad y la marginación.

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidad o pertenecientes a etnias o grupos minoritarios son más propensos a sufrir violencia. Sin embargo, en muchas escuelas la violencia persiste debido a que la falta de recursos impide formar a los profesores y elaborar currículos que la aborden. A esto hay que añadir la barrera para comprender y responder adecuadamente ante esta lacra que supone la falta de datos sobre su dimensión e impacto tanto a nivel individual como colectivo y la carencia de una legislación protectora. Además, no se puede obviar el importante papel de los medios de comunicación en la consolidación y perpetuación de diferentes formas de violencia, constituyendo al mismo tiempo una importante herramienta para combatirlas. También es importante destacar que este documento revela que aunque el riesgo de sufrir acoso escolar afecta tanto a niños como a niñas, ellas son más susceptibles de padecer violencia psicológica, mientras que ellos tienen más probabilidades de enfrentarse a violencia física y amenazas⁶³.

Según diversos estudios y una encuesta efectuada en el Reino Unido, sus efectos sobre la salud mental de las víctimas son devastadores. Los expertos reafirman esta idea al advertir el incremento del riesgo de presentar a largo plazo patologías como esquizofrenia, trastornos psicóticos o depresión, así como propensión al suicidio, como consecuencia del acoso por parte de compañeros de clase. Además, las niñas, niños y adolescentes que tienen un problema de salud mental son también proclives a ser las víctimas del maltrato de sus compañeros y compañeras⁶⁴.

También hay que tener presente que en España el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte entre las personas jóvenes, constatándose un aumento de los problemas de salud mental⁶⁵.

Puesto que 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), la variedad de servicios y recursos que atienden a los niños, niñas y adolescentes o la diversidad de contextos

⁶² EL MUNDO. "Uno de cada tres adolescentes en el mundo se ha sentido acosado y la mitad ha experimentado violencia", 6 de septiembre de 2018. Recuperado de <http://www.elmundo.es/internacional/2018/09/06/5b90d5d322601d80418b462f.html>

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ CADENA SER (20 de julio). El acoso escolar aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales de adulto. Recuperado de: http://cadenaser.com/ser/2016/07/20/sociedad/1469013479_730248.html

⁶⁵ EL MUNDO.es (29 de julio). "El suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes españoles". Recuperado de: <http://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/07/27/5797861746163f583d8b4583.html>

en los que participan pueden erigirse como promotores de una salud mental positiva y detectores de problemas susceptibles de ser diagnosticados y tratados⁶⁶.

El *bullying* no es otra cosa que el fruto de la violencia secundaria que ejerce lo social sobre sus miembros. Como expresa Ferrer González: *“Se trata de una suerte de acting-out que muestra lo insostenible del estado actual de lo social. Por lo mismo, una solución al problema del bullying debe involucrar un proceso de encuentro en que aparezcan nuevas vías de subjetivación que refuten la insignificancia a la que es reducida el semejante en dicho fenómeno. Para esto, se hace imprescindible dar libertad a los medios creativos que los involucrados ya poseen o conocen, pues solo ellos pueden objetar definitivamente los lugares y circunstancias que mantienen la violencia. Será la creatividad de una comunidad, curso, escuela, etc. la facultada para promover el proceso de cambio que desarticule las pautas de relación inadecuadas, cuando encuentre un nodo significativo en sus propios recursos, sobre el cual reordenarse. Así las cosas, el quehacer psicológico debería tomar una postura más bien facilitadora que directiva: aplicar medidas frente a este problema, como si se tratara de recetas, perpetuaría la violencia secundaria ya ejercida e incitaría una desmentida de las capacidades para crear que tiene el sujeto y la sociedad que lo contiene. Por otro lado, el abrir espacios de escucha a las propias soluciones y demandas de un individuo y su cultura, generaría las circunstancias necesarias para que aparezcan nuevas formas de significación. Por lo tanto, sobre el bullying, podemos decir que los niños tendrían la capacidad de solucionar sus problemas de agresión. Solo requerirán de un espacio para hacerlo y la psicología tiene la oportunidad de brindárselo caso a caso”*⁶⁷.

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

B) Abuso sexual

Según Save the Children, el abuso sexual es una manipulación de niños, niñas y adolescentes, sus sentimientos, debilidades o necesidades, basada en una desigualdad de poder. Se entiende como *“la participación de niños, niñas o adolescentes, dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son impropias para su edad y su desarrollo psicosexual, para las que son incapaces de dar su consentimiento y que transgreden los tabús y las reglas familiares y sociales”*⁶⁸.

Además de las lesiones físicas, es importante destacar la importancia de las lesiones psicológicas que el abuso genera en la víctima a corto y largo plazo.

Según los profesores Cantón-Cortés y Cortés, a corto plazo hay una escasez de investigación sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual en la etapa preescolar. Aun así se

⁶⁶ COSCOLLA AISA, R., MARTÍNEZ DOMINGO, S., y POLL BORRÀS, M., Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya, comisió de revisió: Mònica Carrilero Ciprés, Wilan Kao Ventura, FUNDACIÓ PERE TARRÉS, FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA, 31 de mayo de 2016.

⁶⁷ FERRER GONZÁLEZ, P.A. “Psique: Bullying: ¿violencia primaria o secundaria?”, Boletín Científico Sapiens Research, Vol. 2(2)-2012, pp.22-23.

⁶⁸ SAVE THE CHILDREN. “Abuso sexual. Niños desprotegidos por las Administraciones Públicas”, 23 de enero de 2018. Recuperado de <https://www.savethechildren.es/actualidad/abuso-sexual>

advierte, entre otros efectos, problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes (especialmente ansiedad y retraimiento), y trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada. Sobre los niños y niñas en edad escolar y adolescentes hay más datos, pudiéndose detectar síntomas coincidentes en edades anteriores, junto con nuevos síntomas como problemas externalizantes (por ejemplo, agresiones y problemas conductuales), trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los iguales, bajo rendimiento escolar y desregulaciones en los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos. Además, los y las adolescentes tienen más probabilidades de incurrir en actividades delictivas, sufrir trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consumir drogas, llevar a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo⁶⁹.

Los investigadores precisan que, a largo plazo, especialmente si no son tratadas, las sintomatologías pueden agravarse y en algunas víctimas de abuso sexual en la infancia (ASI) se manifiestan lo que se conoce como efectos durmientes (“*sleeper effects*”). Con este término hacen referencia a la situación en la que el niño no muestra problemas significativos inmediatamente después del abuso, pero al transcurrir el tiempo, empieza a manifestar problemas emocionales o conductuales, llegando incluso a extenderse estos efectos durante la edad adulta.

“Las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales” (Berliner y Elliot, 2002; Guerricaechevarría y Eheburúa, 2005). (...) Las víctimas de abuso sexual presentan una probabilidad hasta 5 veces mayor que el resto de la población de ser diagnosticada de al menos un trastorno de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo (Berliner y Elliott, 2002). Otro síntoma común entre los adultos que fueron víctimas de ASI es la baja autoestima. (...) En general, los investigadores han encontrado también que las mujeres con un historial de ASI presentan una mayor probabilidad que las mujeres sin ese historial de llevar a cabo prácticas sexuales no sanas o mal adaptativas (por ejemplo, evitación del sexo o prácticas sexuales de riesgo). Además, tienen relaciones sexuales con una menor frecuencia y experimentan una mayor cantidad de problemas y disfunciones sexuales (Randolph y Reddy, 2006). El ASI puede afectar también a la percepción de sí mismas en las relaciones con los otros. Problemas interpersonales comunes de las víctimas incluyen dificultades para iniciar, mantener y desarrollar relaciones interpersonales, así como dificultades para confiar en los demás (Cortés y Cantón, 2008). Las investigaciones también han encontrado una relación entre un historial de ASI y el desarrollo de trastornos disociativos y de personalidad, especialmente el trastorno borderline de la personalidad. Pero también otros trastornos de la personalidad como el antisocial, dependiente, evitativo y esquizoide (p.e., Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005). Numerosos estudios han demostrado también que el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP) es una de las consecuencias a largo plazo más frecuentes del abuso sexual en la infancia, y que a menudo

⁶⁹ CANTÓN –CORTÉS, D., y CORTÉS, M.R. “Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes”, Anales de Psicología, vol. 31, núm. 2, Universidad de Murcia, Murcia, mayo, 2015, pp. 552-554.

aparece junto a otros problemas emocionales (p.e., Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2013). (...) Los estudios también han encontrado una relación entre el ASI y el abuso de drogas y alcohol durante la etapa adulta (Wilson y Widom, 2009) y las conductas delictivas, incluyendo crímenes contra la propiedad, conductas agresivas y violencia, así como una mayor probabilidad de que abusen de otros niños que el resto de la población (...). Otra consecuencia que se ha relacionado con el ASI ha sido el mayor riesgo de revictimización, entendiendo como tal el posterior abuso sexual o físico de la víctima cuando adulta. (...) Por último, ha sido hallada una relación causal entre el ASI y la aparición de problemas graves de salud física como trastornos somáticos, dolores crónicos y trastornos gastrointestinales y de la alimentación (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara y Thompson, 2008)⁷⁰.

C) Invisibilización del impacto de la violencia de género en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes

Persiste en nuestro país un grave problema de invisibilización de los efectos psicológicos de la violencia de género que, a su vez, afecta muy gravemente también a los hijos e hijas menores de las mujeres afectadas, pese a que la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género los reconoce también como víctimas de dicha violencia.

Según la OMS, el maltrato constituye uno de los factores de riesgo a tener en cuenta a la hora de abordar la prevención del suicidio⁷¹ y a esto hay que añadir los graves impedimentos a los que se enfrentan las mujeres con discapacidad psicosocial a la hora de acceder a los recursos de acogida, lo cual repercute también en los y las menores a su cargo⁷².

De hecho, la exposición a la violencia de género, además de engrosar las estadísticas de asesinatos de niñas y niños por su progenitor, compromete la salud mental temprana, al convertirse en testigos involuntarios. Diversos estudios han puesto de manifiesto las alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género, advirtiendo un estrés crónico que, además, puede desencadenar o acelerar cualquier otro problema mental (ansiedad, depresión, retraimiento, problemas somáticos, problemas sociales, problemas de atención, conducta disruptiva, conducta agresiva, etc.⁷³).

Además, los niños reproducen patrones, tanto para maltratar como para ser maltratados. Según el *Informe sobre Violencia del Centro Reina Sofía, 2010*, cuatro de cada diez maltratadores han sido maltratados de niños, y los niños que presencian –o incluso que sufren en primera persona– la violencia machista también pueden aceptar como normal ese modo de comportarse⁷⁴.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*, Geneva, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

⁷² FEDEAFES. Guía "Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental", Llodio (Álava), 2017.

⁷³ EL IMPARCIAL. "¿Cómo afecta la violencia de género a los niños que la presencian?", 1 de julio de 2017. Recuperado de <https://www.elimparcial.es/noticia/179144/sociedad/como-afecta-la-violencia-de-genero-a-los-ninos-que-la-presencian.html>

⁷⁴ *Ibid.*

Por lo tanto, no se puede continuar perpetuando los mitos de que se recuperan “espontáneamente”, “no recuerdan” o “no comprenden”. De este modo, se dificulta el diagnóstico del trauma y del Trastorno de Estrés Postraumático en estas edades, al no adoptarse medidas preventivas y de atención suficientes y adecuadas. Así, es esencial hacer visibles a las niñas, niños y adolescentes en el contexto de la violencia contra la mujer⁷⁵.

D) España sigue sin regular la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil

España sigue sin contar con una especialidad médica que aborde de manera específica los problemas de salud mental de niñas, niños y adolescentes. Junto con Bulgaria, España es el único país de la Unión Europea que no ha regulado esta especialidad, incumpliendo la Directiva relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales⁷⁶ e ignorando a la comunidad científica y a las familias⁷⁷.

En 2009, el entonces ministro de Sanidad, Bernat Soria, anunció la creación de esta especialidad, pero hasta la fecha aún no se ha logrado. En la actualidad existe un borrador de Real Decreto que no ha llegado a ser aprobado por el Consejo de Ministros y no se espera que lo sea en un futuro inmediato.

En un comunicado de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA)⁷⁸, se explica que la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente es importante no solo para los padres y madres de niños y jóvenes que sufren de diferentes discapacidades y trastornos (como el TDAH -trastorno por déficit de atención e hiperactividad-, la anorexia o el trastorno del espectro autista, entre otros), sino también para la prevención y la atención a niños, niñas y jóvenes...

...con HISTORIAS de:

- Inmigración
- Acogida y adopción
- Rupturas familiares
- Abuso y maltrato

⁷⁵ Atenciano, B. “Impacto de la violencia de género en los primeros años : Niñas y niños de 0 a 5 años”, Psicóloga infantojuvenil, Programa MIRA , 2015. Recuperado de:

http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/exposicion_0_a_5_dgm_2015.pdf

⁷⁶ DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/2005/255/L00022-00142.pdf>

⁷⁷ ELDiario.es. “España sigue sin tener psiquiatras infantiles pese a que le obliga Europa”, 23/02/2019. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/Espana-UE-psiquiatras-especializados-adolescentes_0_870013569.html

⁷⁸ SEPPNA, comunicado de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA), 20/06/2017. Disponible en: <http://www.seppna.com/noticias/2017-06-20-especialidad-de-psiquiatria-del-nino-y-del-adolescente/>

...que INICIAN:

- Consumos de alcohol y drogas
- Bandas o conductas delictivas
- Juegos online
- Redes sociales
- Sexualidad

(Pero que también abusan o son víctimas de *ciberbullying*).

... que VIVEN:

- Solos y sin referentes
- Aislados y evitando la relación y comunicación
- En un clima de agresión y conflicto
- En varias casas y con una maleta de compañía
- en centros de menores

...que TIENEN:

- Enfermedades crónicas
- Enfermedades no diagnosticadas
- Enfermedades terminales
- Móvil

...que SON:

- Agresivos con ellos mismos y con su entorno
- Difíciles
- Provocadores
- Distintos

...que CUMPLEN:

- Estancias en centros
- Medidas judiciales por conductas delictivas

- Medidas judiciales por separaciones y divorcios, como el régimen de visita

...que EXPONEN:

- Su cuerpo
- Sus conductas

Fernando González, presidente de SEYPNA, ha resaltado que un profesional de la psiquiatría sin formación en infantil, es frecuente que se incline más por el uso de fármacos, como en adultos: *“los de infantil tendemos a ser más prudentes, ya que hay menos estudios sobre el efecto en el desarrollo”*⁷⁹.

Celso Arango, vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, refiere que entre las patologías más frecuentes que tiene que atender un especialista en psiquiatría infantil se encuentran los problemas de vínculos prematuros en neonatología, trastornos de la conducta, autismo o prevención del suicidio en la adolescencia⁸⁰.

Según Mikel Munarriz, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la cuestión es la detección precoz y que *“se traten adecuadamente los problemas desde el principio, para que niños y niñas crezcan mejor y sea más difícil que lleguen a adultos con problemas de salud mental. Estos se suelen iniciar muy tempranamente en la vida. En unidades de adultos lo que nos encontramos frecuentemente es lo que no pudo ser resuelto en la infancia”*⁸¹.

En el contexto de la Unión Europea, ya en el Libro Verde *‘Mejorar la salud mental de la población’*⁸², publicado en 2005, la Comisión revelaba que *“la salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro”*.

Además, este documento destaca también que *“los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres”* y que *“un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión”*. Por ello, identifica como algunas acciones eficaces las identificadas a través de proyectos de la UE, como por ejemplo las siguientes:

1. *Lactantes y niños: tratamiento de la depresión posparto de las madres; mejora de las habilidades parentales; visitas a domicilio de personal de enfermería para ayudar a los futuros padres y a los que acaban de serlo; intervención de personal de enfermería en centros escolares.*

2. *Adolescentes y jóvenes: entorno y ética escolares favorables; recursos sobre salud mental dirigidos a estudiantes, padres y profesores”*.

⁷⁹ ElDiario.es. “España sigue sin tener psiquiatras infantiles pese a que le obliga Europa”, 23/02/2019.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, COM(2005) 484 final, Bruselas, 14.10.2005, p.9. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

3.3. Testimonios que revelan un grave problema

Los sufrimientos y dolencias psíquicas de niñas y niños han sido tradicionalmente minimizados hasta el punto de convertirse en mitos como el de su natural resistencia y recuperación “espontáneas”, el de que “no recuerdan” y “no comprenden”, o el de que es difícil el diagnóstico de trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en estas edades⁸³.

Además, la preocupación por la imagen y el uso de las redes sociales, que ofrecen un visión de la persona que no se corresponde con la realidad, también contribuyen a incrementar los problemas de salud mental en este sector de la población.

La joven Lidia Hurtado manifiesta: *“Siempre he tenido ansiedad, la recuerdo desde que tengo unos 7 años”*⁸⁴. Por otra parte, María Manonelles empezó a notar síntomas entre los 15 y los 16 años: *“Me costaba mucho relacionarme con personas desconocidas y me requería mucha energía estar rodeada de más de tres personas a la vez. Me producía pánico hacer llamadas telefónicas: tenía que elaborar un mapa previo escribiendo todo lo que tenía que decir, las posibles respuestas de la otra persona y las respuestas que haría a las preguntas que me había imaginado. Lo que más deseaba es que nadie cogiera el teléfono y la mayoría de llamadas no las respondía. Ir al baño en lugares públicos o en casas desconocidas me era simplemente imposible. En aquel entonces estudiaba bachillerato en la Escuela de Artes y Oficios de Ibiza (nacé en esta isla en 1996). Había conseguido sacar las mejores notas de mi promoción, pero eso, en vez de producirme satisfacción, me horrorizaba. Tenía la idea constante de que todo el mundo esperaba más de mí y que no los podía decepcionar. Cuanto mejores eran las notas que sacaba, peor me sentía, porque tenía que mantenerlas o superarlas, y lloraba cada día por una presión que me había impuesto a mí misma”*⁸⁵.

La otra cara de la moneda la representan quienes sobreviven al suicidio de un ser querido, concretamente de una hija o un hijo en edades tempranas. A Carlos y Olga se les suicidó su hija Ariadna con 18 años. En noviembre de 2014 verbalizó que no se encontraba bien. Fueron al médico de cabecera que le recetó antidepresivos y dos meses después Ariadna pasó a engrosar las estadísticas de personas que se suicidaron en el año 2015 en España⁸⁶. Ellos hicieron todo lo que estuvo en su mano, pero ¿lo hizo también el sistema?

No se puede obviar un dato alarmante como es la advertencia que han hecho los expertos sobre el significativo aumento de los problemas de salud mental en menores. Los últimos estudios revelan que un 20% de las niñas y los niños tienen este tipo de problemas, es decir, uno de cada cinco. Los problemas que se detectan son cada vez más serios y a edades más tempranas, por lo que el dato es altamente preocupante. Más aún cuando se une al aumento de los suicidios, en

⁸³ Atenciano, B. “Impacto de la violencia de género en los primeros años : Niñas y niños de 0 a 5 años”, Programa MIRA. 2015. Recuperado de http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/exposicion_0_a_5_dgm_2015.pdf

⁸⁴ EL CONFIDENCIAL. “Tengo ansiedad desde los siete años”: la epidemia silenciosa de la juventud española”, 10/06/2018. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2018-06-10/generacion-jovenes-ansiedad-crece-problema-mental_1576341/

⁸⁵ CATORZE. «Cuesta mucho aceptar que estás loca». Disponible en: <https://www.catorze.cat/noticia/9940/cuesta/mucho/aceptar/estas/loca>

⁸⁶ EUROPA PRESS. “Sobrevivir al suicidio de un ser querido”, 19 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-sobrevivir-suicidio-ser-querido-20180918170757.html>

un 200%, en preadolescentes en edad escolar, convirtiéndose casi en la principal causa de muerte en preadolescentes en edad escolar (de 10 a 14 años), tras los accidentes de tráfico⁸⁷.

Uno de los principales problemas es que los centros e instituciones sanitarias ponen impedimentos para que esta población no acceda a servicios de psicología especializados⁸⁸ y adolecen de carencias graves como la falta de recursos y de profesionales específicamente formados (no detección y retraso en el diagnóstico).

Por su parte, las instituciones educativas actúan de manera reactiva y no preventiva en lo que a la salud mental de este colectivo se refiere. No tienen capacidad para abordar estos problemas, ni pueden ni deben suplir las necesidades que han de ser cubiertas por el ámbito sanitario.

La violencia estructural se revela como resultado de los procesos de estratificación social⁸⁹ y en este sentido, además del hecho de ser mujer, pertenecer al colectivo LGTBI constituye un factor más de vulnerabilidad, sobre todo a edades tempranas⁹⁰.

Este estudio destaca que existe una fuerte evidencia que asocia los índices de suicidio con experiencias negativas en diversos contextos, mayoritariamente materializadas en luchas frente a realidades homofóbicas o transfóbicas, generalmente experimentadas en la red familiar, las escuelas (acoso escolar) y el círculo de pares⁹¹.

Por otra parte, el abuso sexual a las niñas y niños continúa siendo un tema tabú muy deficientemente abordado. Además de las lesiones físicas, es importante destacar la importancia de las lesiones psicológicas que el abuso genera en la víctima a corto y largo plazo. Según los profesores Cantón-Cortés y Cortés, a corto plazo hay una escasez de investigación sobre las más que constatadas consecuencias psicológicas del abuso sexual en la etapa preescolar. Sobre los niños y niñas en edad escolar y adolescentes hay más datos, existiendo además en este último caso más probabilidades de incurrir en actividades delictivas, sufrir trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consumir drogas, llevar a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo⁹².

⁸⁷ CADENA SER. “Aumentan en un 200% los casos de suicidio en preadolescentes en edad escolar”, 13 de enero de 2018. Disponible en: https://cadenaser.com/emisora/2018/01/13/radio_club_tenerife/1515847881_355163.html

⁸⁸ DIARIO DE NAVARRA. “3.600 adolescentes y niños, en tratamiento por enfermedades mentales”, 24 de enero de 2017. Disponible en: http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2016/01/25/3600_adolescentes_ninos_tratamiento_por_enfermedades_mentales_391513_300.html

⁸⁹ TORTOSA BLASCO, J., LA PARRA-CASADO, J. “Violencia estructural, una ilustración del concepto”, *Violencia y sociedad*, Nº 131, 2003, pp. 57-72.

⁹⁰ NODIN, N., PEEL, E., TYLER, A., and RIVERS, I., “The RaRE Research Report: LGB&T Mental Health – Risk and Resilience Explored”, ed. PACE, London, 2015, pp.33, 66, 67 y 68. Disponible en: http://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2015/04/RARE_Research_Report_PACE_2015.pdf

⁹¹ *Ibid.*

⁹² CANTÓN –CORTÉS, D., y CORTÉS, M.R. “Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes”, *Anales de Psicología*, vol. 31, núm. 2, Universidad de Murcia, Murcia, mayo, 2015, pp. 552-554.

3.4. Recomendaciones

A) En materia de medidas preventivas

- 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 siguiendo las recomendaciones de la Fundación Pere Tarrés y la Federació Salut Mental Catalunya:
 - 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 y las 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 prelaboral 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.
 - 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.
- Garantizar el derecho de los niños y niñas con problemas de salud mental a ser atendidos. Falta una apuesta clara del Sistema Nacional de Salud (SNS) a la hora de proveer de recursos y profesionales específicamente formados, suficientes y adecuados para la atención de este sector de la población desde un enfoque multidisciplinar, incluida la atención temprana.
- Promover mecanismos de autoprotección y resiliencia que permitan enfrentar el trauma desde la más tierna infancia a través de los lazos afectivos y, cuando sea el momento, de la expresión de las emociones. Para ello hace falta construir un entorno social predispuesto a contribuir al desarrollo del niño o la niña, que le permita construir vínculos con el mundo que le rodea. De este modo, las niñas y los niños que han sufrido abusos y violencia en todas sus

formas, podrán disponer de herramientas a nivel biopsíquico para reparar el daño y desarrollarse a partir de la integración en su biografía de un modo positivo⁹³.

- Elaborar planes de formación a pediatras para que detecten el problema del Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), a equipos de salud mental, a equipos de asesoramiento pedagógico y a profesores, así como dotar de recursos de apoyo a las familias afectadas.
- Creación de una unidad especializada con equipos de intervención integral para facilitar el despliegue psíquico del niño o la niña y la relación con su familia adoptante. Se trata de ir más allá de etiquetas diagnósticas y la medicalización para ver lo que los niños, niñas y adolescentes dicen con sus síntomas.
- Desarrollar actuaciones coordinadas por parte de las Administraciones Públicas de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, con especial consideración al factor salud mental como elemento clave para garantizar su éxito.
- Incorporar el principio de igualdad en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica del personal que atiende a este colectivo.
- Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones.
- Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de cada niña, niño o adolescente, contempladas desde un enfoque interseccional.
- Impulsar medidas formativas específicas en materia de salud mental y violencia para el personal sanitario, educativo, jurídico, de los servicios sociales y de los medios de comunicación con el fin de erradicar el estigma, la discriminación y la violencia.
- Fomentar la investigación básica, traslacional y aplicada en la salud mental, la violencia y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.
- Poner en marcha sistemas de información específicos de trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en todo el territorio nacional⁹⁴.
- Favorecer hábitos de buena crianza desde el inicio del embarazo y primera infancia, favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo⁹⁵.

⁹³ Extraída de CYRULNIK, B. "Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida", ed. Gedisa, Col. Psicología, Barcelona, 2002, pp.46 y 215.

⁹⁴ Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). "Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes", Cuadernos Técnicos 14, Madrid, 2009, p.71.

⁹⁵ *Ibid.*

B) En materia de atención sanitaria y social

- Garantizar el derecho de los niños y las niñas a recibir atención de profesionales específicamente formados en salud mental infanto-juvenil, garantizando al mismo tiempo la formación de los y las médicos de atención primaria para que puedan efectuar adecuadamente la detección y derivación al servicio especializado. La inversión en salud mental en la etapa infantil y adolescente repercute sobre en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad.
- Desarrollar una red específica y especializada de salud mental de calidad para la atención de 0 a 18 años, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el Estado. Esta red debe seguir el modelo de atención comunitaria y contar con las asociaciones de familiares y profesionales en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales.
- Aplicar medidas de diagnóstico y detección precoz de problemas de salud mental de eficacia reconocida, coordinadas con otras disciplinas en patologías graves y situaciones de alto riesgo en las distintas etapas del desarrollo⁹⁶.
- 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 como es el encontrarse o haberse encontrado en un contexto de violencia.
- Desarrollar la cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud en los aspectos específicos de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes que han vivido o viven en contextos de violencia⁹⁷.
- Consensuar criterios diagnósticos en salud mental y guías de práctica clínica a fin de reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención⁹⁸.

C) En materia de regulación y actuaciones judiciales

- Promover una cultura jurídica y judicial que favorezca la implementación de las diversas disposiciones, como por ejemplo, la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal sobre la orden de protección “*para las víctimas de la violencia doméstica*” que incluye, además de a la mujer, a los y las menores a su cargo.
- Establecer mecanismos adaptados para el acceso de los niños y las niñas a los tribunales para el ejercicio de sus derechos, incluyendo los medios humanos y materiales para atenderles debidamente en el ámbito judicial, teniendo en consideración su salud mental.
- Adecuar físicamente los espacios en los juzgados donde deben realizarse las entrevistas y donde deben esperar los niños y las niñas, así como disponer del material técnico y

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

audiovisual que permita llevar a cabo la participación en los procesos sin tener que ver a su agresor ni tener que prestar declaración en una sala llena de adultos desconocidos.

- Establecer mecanismos de mejora de la garantía del derecho de los niños a ser debidamente escuchados durante los procedimientos, tanto judiciales como administrativos, teniendo en consideración su salud mental.
- Establecer un equipo de profesionales de apoyo especialistas en salud mental. Además de la preparación para la atención directa, es esencial que en las valoraciones psicológicas de los niños y las niñas se cuente con la intervención experta de profesionales de la psicología en coordinación con otros ámbitos de conocimiento técnico (trabajo social, medicina, educación), de cuya valoración va a depender en gran medida la decisión que se adopte por parte del órgano judicial. La relevancia de esta intervención requiere una mayor especialización, regulación y definición de las competencias, derechos y obligaciones de los y las profesionales en el desempeño de sus funciones⁹⁹.
- Regular el derecho a la información y la asistencia legal de las niñas, niños y adolescentes durante los procesos, formando a los y las profesionales que les atiendan para aprender a escucharles con especial consideración a su salud mental¹⁰⁰.
- Establecer mecanismos de supervisión y denuncia por la actuación de los operadores jurídicos, cuya eficacia sea evaluada periódicamente¹⁰¹.
- Establecer y regular la coordinación entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia.
- Poner fin a la esterilización forzada y el aborto coercitivo de niñas y mujeres con discapacidad.

C) En materia de educación y acoso escolar

- Aprobar e implementar políticas y normas que protejan a los y las menores de la violencia en las aulas, además de reforzar las medidas de prevención y respuesta en las escuelas.
- Creación de campañas de concienciación y mecanismos adecuados para que las sociedades y las personas a nivel individual respalden a las y los estudiantes a la hora de denunciar actos de violencia, trabajando para cambiar la cultura dentro de las aulas y en las sociedades y comunidades.
- Recabar mejor información, desglosada sobre violencia contra los niños en la escuela y en el entorno escolar, y compartir esos datos entre todos los actores implicados.

⁹⁹ Para esta recomendación se ha tomado como referencia SAVE THE CHILDREN, "Infancia y Justicia: Una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España", noviembre/2012. Recuperado de <http://www.cje.org/descargas/cje3143.pdf>

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ *Ibid.*

- Impulsar políticas de prevención y promoción de la convivencia en el ámbito escolar, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

D) En materia de abuso sexual

- Promover la evaluación continuada y las experiencias de buenas prácticas de los mecanismos de detección de los casos a fin de mejorar la respuesta institucional.
- Revisar de manera continuada los protocolos institucionales sobre esta materia.
- Promover la formación continuada de los profesionales intervinientes a fin de garantizar una mejor detección y prevención.
- Sensibilizar a la sociedad para crear una conciencia común que movilice a una acción contundente a favor de los derechos de las niñas y los niños víctimas de abuso sexual.

E) En materia de violencia de género

- Proporcionar formación en violencia y recursos especializados a profesionales que realizan atención directa a mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial), especialmente cuando tienen menores a su cargo.
- Modificar los reglamentos de las casas de acogida para que ninguna víctima con discapacidad pueda ser rechazada por este motivo, como sucede en la actualidad. Concretamente, se trata de eliminar las barreras que impiden el acceso a los recursos destinados a las mujeres víctimas de la violencia de género, cuando concurra la condición de tener un problema de salud mental, especialmente cuando se tenga hijos e hijas menores a cargo.
- Designar psiquiatras de referencia que atiendan de forma preferente cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia, incluyendo profesionales especialistas en psiquiatría infanto-juvenil para atender a los y las menores que pudieran estar a su cargo.
- Diseñar e implementar medidas para abordar los efectos psicológicos de la violencia de género, estableciendo equipos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente.
- Realizar protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación, tanto a nivel autonómico como local, en los que se incluya a la red de salud mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
- Incluir la violencia contra las mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial) en las comisiones y los acuerdos socio-sanitarios, incorporando la situación de las hijas y los hijos menores a su cargo.

- Crear en los recursos destinados a violencia de género que sean procedentes, un servicio experto en violencia que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales.
- Incluir en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales (dependencia, desprotección, riesgo de exclusión) la violencia en el ámbito de la pareja, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia. Registrar también la existencia o sospecha de trastorno mental.
- Incluir a las asociaciones del ámbito de la salud mental en el trabajo sobre prevención y detección de violencia que se realiza con el movimiento asociativo.
- 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.

F) En materia de identidad de género, violencia y salud mental

Siguiendo las recomendaciones incorporadas en el informe RaRE citado en el cuerpo de este documento:

- Capacitar y concienciar a los y las profesionales de la salud para garantizar la atención adecuada a la salud mental y otras necesidades de atención médica de las personas con orientación sexual o identidad de género diversas, con especial consideración a los y las profesionales especializados que habrán de atender a la población infanto-juvenil.
- Establecer mecanismos para que los servicios generales y de salud mental sean proactivos, tanto física como virtualmente, a la hora de asegurar a sus usuarios y usuarias de minorías sexuales que es seguro revelar su orientación sexual o identidad de género sin riesgo de recibir un trato inapropiado por parte de miembros del personal. Nuevamente, se han de proveer mecanismos específicos para atender a la población infanto-juvenil.
- Implementar en todas las escuelas medidas de concienciación y capacitación sobre diversidad sexual, tanto para el personal como para los y las estudiantes, creando así entornos educativos inclusivos que no toleren la discriminación o la intimidación homofóbica, bifobia o transfóbica de ningún tipo.
- Brindar apoyo de confianza y autoestima a las niñas, niños y jóvenes LGBTI en riesgo, a fin de desarrollar habilidades clave para enfrentar circunstancias adversas y prevenir el desarrollo de problemas de salud mental a medida que crezcan.
- Promover entornos inclusivos a través de campañas de concienciación que den visibilidad a las minorías sexuales.
- Favorecer el apoyo familiar como factor clave para la recuperación de muchos problemas de salud mental que afectan a las personas LGBTI, proporcionando información, formación y recursos.

G) En materia de control de la efectividad de la Ley

- Elaborar una estrategia que permita la aplicación efectiva de la ley, en la que se determinen objetivos concretos, las acciones correspondientes para alcanzarlos, los indicadores que permitan efectuar las correspondientes evaluaciones y mecanismos de monitoreo de la actuación de las distintas Administraciones implicadas.

4. TOMA DE CONCIENCIA

Artículo 8 CDPD

En este precepto, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para sensibilizar y luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos aquellos que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida. También se comprometen a promover la toma de conciencia respecto a sus capacidades y aportaciones, así como a 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.

Punto único: Una reflexión

Como expresa Jesús Martín Blanco, delegado del CERMI para los Derechos Humanos y la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad:

*“Enano, subnormal, loco, retrasado son palabras insertas en nuestro vocabulario como insultos, palabras que en muchos casos se dirigen a las propias personas con discapacidad que las escuchan con miedo y resignación, provocando heridas que les acompañarán para siempre”.*¹⁰²

Según la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI) del Consejo de Europa, el discurso del odio debe entenderse como el *“fomento, promoción o instigación, en cualquiera de sus formas, del odio, la humillación o el menosprecio de una persona o grupo de personas, así como el acoso, descrédito, difusión de estereotipos negativos, estigmatización o amenaza con respecto a dicha persona o grupo de personas y la justificación de esas manifestaciones por razones de raza, color, ascendencia, origen nacional o étnico, edad, discapacidad, lengua, religión o creencias, sexo, género, identidad de género, orientación sexual y otras características o condiciones personales”*¹⁰³.

Según Martín Blanco, *“la perpetuación de representaciones negativas de la discapacidad afectan de manera particular a las mujeres, a la infancia y a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial. Los ejemplos incluyen los prejuicios perdurables, el estigma y las percepciones erróneas contra este colectivo en la sociedad, incluidos los estereotipos dañinos en los medios de comunicación, así como la promoción de la caridad y los enfoques médicos, a pesar de su incompatibilidad con la Convención”*.

¹⁰² CERMI.ES semanal, “El odio, un delito que perpetúa el estigma y nos aleja de la inclusión”, artículo de Jesús Martín Blanco, 8 de diciembre de 2017. Disponible en:

<http://semanal.cermi.es/noticia/opinion-jesus-martin-odio-delito-perpetua-estigma-aleja-inclusion.aspx>

¹⁰³ ECRI, Recomendación General nº 15 relativa a la lucha contra el discurso del odio y memorándum explicativo, Consejo de Europa, CRI (2016) 15, adoptada el 8 de diciembre de 2015. Disponible en:

<https://rm.coe.int/ecri-general-policy-recommendation-n-15-on-combating-hate-speech-adopt/16808b7904>

5. ACCESIBILIDAD

Artículo 9 CDPD

Este precepto regula la cuestión de la accesibilidad y establece que, a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar su acceso, en igualdad de condiciones con las demás personas, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas habrán de incluir la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

5.1. Aspectos a tener en cuenta

A) Barreras invisibles: un obstáculo para el efectivo ejercicio de los derechos

Según información publicada por el Observatorio de Accesibilidad, esta es una condición necesaria para la participación social de las personas con distintas limitaciones funcionales y es garantía de un mejor diseño para todos¹⁰⁴.

Durante mucho tiempo, la accesibilidad se ha asociado con la necesidad de eliminar las barreras físicas. Sin embargo, poco a poco este concepto se ha ido desarrollando a partir de la consideración de la persona y su entorno como un todo. Por ello, además de adoptar medidas para promover la autonomía de la persona, ha de intervenir sobre el medio en el que se desenvuelve para diseñarlo de tal manera que queden garantizados sus derechos. De esta forma, la accesibilidad se ha convertido en uno de los mayores retos. Es un indicador claro del progreso y desarrollo social alcanzados que va más allá del acceso al entorno físico, e incluye también la eliminación de barreras que no se detectan a simple vista. Por ello, se deben brindar todas las facilidades para que las personas con discapacidad psicosocial, incluidos niños, niñas y adolescentes, puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de los servicios y disponer de todos los recursos que garanticen la comprensión, comunicación, movilidad, comodidad y seguridad¹⁰⁵.

Si el objetivo es contribuir a la eliminación de las barreras que impiden la accesibilidad universal, favoreciendo que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, se han de poner a su disposición todas las ayudas y apoyos que sean precisos. El objetivo es garantizar su participación en los procesos

¹⁰⁴ OBSERVATORIO DE ACCESIBILIDAD. "Tecnología Inclusiva". Disponible en Discapnet, el Portal de las Personas con Discapacidad: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/tecnologia-inclusiva/observatorio-de-accesibilidad-tic> Asimismo, ONCE, "La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social". Disponible en: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/accesibilidad>

¹⁰⁵ PODER JUDICIAL DE COSTA RICA. Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial, Colección Documentos de Política nº 6, Área Justicia, Costa Rica, 2013. Artículos 3, 5 y 9 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad (1, 2 y 8).

en condiciones de igualdad, previniendo o eliminando las barreras específicas que menoscaban o impiden su efectivo acceso a los diferentes bienes y servicios, considerando el concepto de forma integral. Por lo tanto, se ha de contemplar la existencia de dos tipos de barreras: visibles e invisibles.

Precisamente, una de las múltiples barreras que enfrentan las personas con problemas de salud mental es la falta de conciencia generalizada de la existencia de barreras invisibles alzadas, principalmente, por el estigma. Por lo tanto, no se efectúan los ajustes necesarios en aquellos casos en que la discapacidad no es física, sino psicosocial (salud mental).

Efectuar ajustes adecuados implica, en estos casos, atender aspectos tan importantes como el modo en que se proporciona la información, las características del entorno, la manera en que se produce la comunicación y todos aquellos otros aspectos que contribuyan a la identificación y eliminación de obstáculos. Así, siguiendo estos parámetros, debe promoverse la eliminación o reducción de las barreras que restrinjan o impidan la participación plena y efectiva de las personas con discapacidad psicosocial, disponiendo de todas las medidas y recursos que garanticen su dignidad, seguridad, confianza, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad, adecuada comunicación y autonomía¹⁰⁶.

Para ello, hay que analizar la influencia de las barreras contextuales en la obstaculización del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, los cuales tienen dos componentes esenciales: factores ambientales y factores personales.

Por un lado, los factores ambientales se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y afecta a su funcionamiento. Tales factores comprenden el mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el ser humano, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes¹⁰⁷. Por otro lado, los factores personales se refieren a aspectos de la persona como, entre otros, la edad, el sexo, el nivel social o las experiencias vitales.

Como expresó Lewin, la interacción de las características de la persona y el ambiente en que esta se sitúa será determinante en la manifestación de la conducta individual. Por lo tanto, estos y otros factores relacionados con el entorno influyen en el aumento o reducción de la discapacidad. Así, el estigma, las actitudes con respecto a las personas con discapacidad psicosocial, el ambiente físico en el que se hallen inmersas o los sistemas y políticas a las que se ven sometidas, contribuyen a mejorar o empeorar el rendimiento real de la persona para actuar en uno u otro sentido y condicionan la existencia de conductas discriminatorias¹⁰⁸.

Siguiendo a Tina Minkowitz, la discriminación social y legal constituye una barrera al acceso a servicios, instalaciones públicas y espacios públicos de cualquier tipo en igualdad de condiciones

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ ARCE HASBUN, P. *et al.* "Factores Ambientales y Discapacidad Incidencia de los factores ambientales en el desempeño de las personas según su nivel de capacidad", Departamento de Estudios Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, Diciembre 2017, pp.4-5.

¹⁰⁸ ALONSO LÓPEZ, F. "La accesibilidad en evolución: La adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa", Universitat Autònoma de Barcelona, febrero de 2016, pp.62-64.

con los demás. La discriminación crea barreras en todos los aspectos de la vida cotidiana, afectando, entre otros, al acceso al empleo, a la educación, a la participación política y a las actividades religiosas, culturales y sociales. De este modo, se tiende a excluir y confinar a las personas con discapacidad psicosocial en espacios segregados. Un ejemplo revelador de este tipo de situaciones, continuando con esta autora, lo constituye el acceso a la atención médica, donde el mero diagnóstico psiquiátrico conduce a ignorar cualquier queja emitida por los y las pacientes en torno a su salud física, tratándose como meras manifestaciones de “enfermedad mental”. Esto ha conducido en demasiadas ocasiones al empeoramiento de su estado de salud o, incluso, la muerte¹⁰⁹.

A la luz de lo anterior, es preciso destacar la mayor incidencia de las barreras invisibles en este tipo de situaciones. Las barreras invisibles constituyen un obstáculo para el efectivo ejercicio de los derechos en el ámbito de la salud mental e inciden directamente en la garantía de la accesibilidad cuando se trata de personas con discapacidad psicosocial.

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud) manifiesta que por barreras se entienden *“todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que, a través de su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que no existen o que específicamente dificultan la implicación de todas las personas, con una condición de salud que conlleve una discapacidad, en todas las áreas de la vida”*¹¹⁰.

Estas barreras dificultan o impiden la implementación de ajustes razonables cuando se trata de una discapacidad psicosocial. Existe un desconocimiento generalizado de las necesidades de este colectivo y, consecuentemente, no se contemplan este tipo de ajustes, denegándose muy frecuentemente las solicitudes o, directamente, generando situaciones de autoexclusión.

Por ello, es muy importante tener presente aquellas dimensiones de la accesibilidad que generalmente se ignoran, así como las vulneraciones que esta ignorancia genera en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Así, se habrá de tener en cuenta al menos las dimensiones comunicacional, arquitectónica, instrumental, programática y actitudinal de la accesibilidad.

La accesibilidad comunicacional hace referencia a situaciones en las que no existen barreras en la comunicación interpersonal escrita o virtual (accesibilidad digital). La arquitectónica se refiere a la inexistencia de barreras ambientales y físicas en todo tipo de espacios y medios de transporte. La instrumental, a la no existencia de barreras en los instrumentos, utensilios, y herramientas para el trabajo, el estudio, la recreación y cualquier otra actividad de la vida

¹⁰⁹ MINKOWITZ, T. “Accessibility as a right of users and survivors of psychiatry/ people with psychosocial disabilities: Submission of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities for its Day of General Discussion on CRPD Article 9”: <http://www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD7102010/submissions/WNUSP.doc>

¹¹⁰ CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 207-209. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=AAF72BFFDE57D05E97C38B3D898245EB?sequence=1

cotidiana. La programática, a las políticas públicas, normativas, programas y regulaciones. Finalmente, la actitudinal o cultural/simbólica, se refiere a los condicionantes culturales, en los que ocupa un lugar destacado el estigma y toda la red de prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias que este conlleva. Además, hay que tener presente también otras dimensiones como la administrativa (relacionada con la organización de los servicios, fundamentalmente de salud, los horarios de atención y la disponibilidad de turnos, entre otros aspectos), la geográfica (referida al tiempo y la distancia que separa y dificulta la llegada de la población a dichos recursos) y la económica (relativa a la posibilidad de acceso en función de los recursos económicos disponibles). Así, cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, utilización, disfrute, interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier espacio, equipamiento y/o servicio deben ser considerados como barreras de accesibilidad¹¹¹.

Así, siguiendo nuevamente a Tina Minkovitz, es preciso efectuar un análisis ambiental, es decir, sobre el diseño e implementación de medidas que permitan crear entornos más inclusivos para las personas con discapacidad psicosocial, especialmente cuando han estado sometidas a experiencias traumáticas. En este sentido, esta autora plantea algunos ejemplos de vulneraciones a este respecto, entre otros¹¹²:

- Espacios de consulta profesional cerrados en lugar de abiertos.
- Falta de tiempos y apoyos adaptados a la persona para procesar la información y responder.
- Falta de comunicación sensible y adaptada.
- Falta de ajustes razonables y figuras de apoyo según las preferencias de la persona.

B) Base legal sobre esta materia

El artículo 9 de la **Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** regula la cuestión de la accesibilidad como un fundamento esencial para que *“las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida”*. Para ello, los Estados Partes deberán adoptar las medidas pertinentes para identificar y eliminar los obstáculos y barreras que la dificultan o impiden.

Como expresa la Observación general nº 2 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas relativa al artículo 9 sobre accesibilidad, esta constituye uno de los principios en los que se basa la referida Convención (art. 3.f), constituyendo una condición previa esencial para el ejercicio efectivo en condiciones de

¹¹¹ SCHNEIDERMAN, D.J. “Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional”, margen N° 66 – setiembre 2012, pp.4 y 5. Disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen66/03_schneidermann.pdf Esta autora utiliza como referencia información extraída de la Agencia de Noticias de Derechos de la Infancia y Fundacao Banco do Brasil (ANDI 2016) y de autores como Ferrara, F., Teoría Social y Salud. Catálogo ediciones. Buenos Aires, 1985.

¹¹² MINKOWITZ, T., c. “Accessibility as a...”, *op.cit.*

igualdad de diferentes derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por parte de las personas con discapacidad¹¹³.

Así, por ejemplo, constituye la base sobre la que las personas con discapacidad psicosocial han de ejercitar su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás (artículo 19 CDPD). El Estado habrá de adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por parte de 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 para evitar su aislamiento o separación de esta.
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, y tengan en cuenta sus necesidades.

Además, el artículo 28 CDPD recoge el derecho a un nivel de vida adecuado y protección social para las personas con discapacidad y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, incluyendo el acceso a programas de vivienda pública. Esto implica, además, la mejora continua de sus condiciones de vida, y la adopción de las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

Por otra parte, el artículo 12.1 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (en adelante, PDESC) establece¹¹⁴:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

A esto hay que añadir lo dispuesto en el artículo 11.1 de este mismo Pacto:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho,

¹¹³ ONU. Observación general sobre el artículo 9: accesibilidad, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 11º período de sesiones, 30 de marzo a 11 de abril de 2014, Tema 10 del programa provisional.

¹¹⁴ ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento”.

El artículo 25 c) del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** consagra el derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas a tener acceso, en condiciones generales de igualdad, a las funciones públicas de su país.

La **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** reconoce a todas las personas el derecho de acceso a todos los lugares y servicios destinados al uso público (art. 5.f). En su Observación general Nº 5 (1994), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recordó el deber de los Estados Partes de aplicar las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en esta materia regulada en su art. 5. Sin embargo, aunque los espacios sean físicamente accesibles, todavía hay ámbitos en los que se restringe el acceso a las personas con discapacidad psicosocial por el hecho de tener esa condición y se observan conductas o disposiciones discriminatorias basadas en el prejuicio. Esto implica que, en muchas ocasiones, las personas con discapacidad psicosocial se ven impedidas de ejercer algunos de sus derechos básicos, como el derecho a buscar empleo o el derecho a la atención de la salud. Además, es harto frecuente la falta de garantías de su derecho de acceso a la información y comunicación en condiciones de igualdad con las demás personas¹¹⁵.

En España, la accesibilidad universal se ha regulado en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (en adelante, LIONDAU), cuyo contenido se ha incorporado con posterioridad al **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social**. Sin embargo, las personas con discapacidad psicosocial siguen enfrentándose a entornos no accesibles debido a multiplicidad de barreras invisibles de carácter actitudinal y cultural o simbólico que no han sido contempladas en las diferentes normas sobre esta materia. Esto repercute en la consideración de otras dimensiones de la accesibilidad, como son la comunicacional, arquitectónica, instrumental, programática, administrativa, geográfica o económica, cuando afecta a personas con discapacidad psicosocial.

Este déficit normativo produce la expansión de políticas, prácticas y conductas discriminatorias que producen un profundo impacto sobre la vida y salud de las personas afectadas. Es por esto que es preciso efectuar las correspondientes modificaciones y previsiones legales para incorporar estas dimensiones irrenunciables de la accesibilidad universal.

¹¹⁵ ONU. Observación General 2 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas sobre accesibilidad, Párrafo 3,11º período de sesiones 31 de marzo a 11 de abril de 2014.

C) Sectores del colectivo de personas con problemas de salud mental más vulnerables

El Estado está obligado a desarrollar normas y políticas previa consulta a las personas con discapacidad, así como a favorecer los procesos de toma de decisiones que afecten a sus vidas y su plena participación e inclusión en la sociedad (artículo 4 CDPD).

En este sentido, es importante tener presente a las personas afectadas por procesos de modificación de la capacidad de obrar, que les conducen a estar sometidas a tutela o curatela. También a aquellas que se encuentran en contextos de privación de libertad (ingresos involuntarios, prisiones, centros psiquiátricos penitenciarios y otros centros en los que las personas con problemas de salud mental se encuentran bajo custodia).

Es preciso atender especialmente a la situación que enfrentan los niños y las niñas con discapacidad psicosocial, un sector de la población en el que muchos problemas de salud mental se camuflan bajo figuras como el acoso escolar, hiperactividad, “mala actitud” o conductas antisociales que abocan en demasiadas ocasiones a centros de menores. También faltan mecanismos para recoger la opinión de los niños y las niñas con discapacidad psicosocial. Y no se recaba debido al estigma que conduce a su protección por parte de quienes tienen su tutela. Por lo tanto, se precisan cauces que garanticen la privacidad de los niños y las niñas, garantizando su confidencialidad.

Otro colectivo importante a tener en cuenta es el de las mujeres. Es esencial adoptar una perspectiva de género en todo lo que se aborde. Como expresa la psiquiatra Cristina Polo, aplicar una perspectiva de género *“implica reconocer que las violaciones de derechos humanos tienen diferentes causas, consecuencias e impacto en relación con ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo”*¹¹⁶.

La realidad es que se tienen identidades múltiples, no una sola, y por lo tanto, se pueden enfrentar múltiples discriminaciones también. Esta situación tiene su sustento en posiciones de poder y privilegio que no se pueden obviar a la hora de diseñar normas, políticas o cualquier otra medida que afecte al colectivo¹¹⁷.

La ausencia de protocolos para promover su participación con todas las garantías conduce a una permanente vulneración de los derechos reconocidos en la CDPD.

¹¹⁶ POLO USAOLA, C. “¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada “Ideología de género”, Asociación Madrileña de Salud Mental, 28 de marzo de 2013. Disponible en: <https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

¹¹⁷ POLO USAOLA, C. “Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas”, Boletín nº 42 de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), 12 de febrero de 2018. Disponible en <https://amsm.es/2018/02/12/deconstruyendo-mandatos-de-genero-en-narrativas-terapeuticas-boletin-no-42-de-la-amsm/>

La finalidad última es crear entornos que faciliten el óptimo desarrollo de las personas con discapacidad psicosocial desde la inclusión, promoción de la autonomía, participación en la toma de decisiones, respeto y apoyo adecuado¹¹⁸.

D) Necesidad de modelos de atención centrados en la persona y en su proyecto de vida

Se precisa la adopción de medidas que fomenten modelos de atención centrados en la persona y en su proyecto de vida según las necesidades y expectativas de cada una. Para alcanzar este objetivo, hay que destacar:

1. La importancia de la coordinación sociosanitaria.

Es necesario asegurar la continuidad de cuidados para apoyar el proyecto de vida y la adaptación de la red de servicios a las necesidades individuales.

2. La importancia de cuidar aspectos relativos a la información y la comunicación.

La persona con discapacidad psicosocial debe recibir información de forma adecuada a sus concretas circunstancias, respetando su diversidad y evitando aquellos factores de riesgo que le puedan hacer vulnerable. Por esta razón, el lenguaje empleado deberá ser claro, sencillo, coloquial y concreto, teniendo en cuenta sus características culturales, socioeconómicas o de cualquier otra índole.

En cuanto a la forma, se seguirán los siguientes criterios:

- Dirigirse directamente a la persona y no, en su caso, al (la) acompañante.
- Reconocer a la persona como alguien capaz de aportar, y no como una mera receptora.
- Utilizar un lenguaje sencillo y adaptado a sus características, comprobando la comprensión por parte de la persona.
- Comunicarse con naturalidad.
- Tratar a la persona adulta con discapacidad psicosocial como tal, y no como un (a) infante (si así fuera, se limita su autonomía).
- Abstenerse de actitudes que reflejen superioridad.
- Adaptar los tiempos a las circunstancias particulares que deban considerarse.
- Secuenciar las actuaciones a desarrollar.

¹¹⁸ BONASA JIMÉNEZ, M.P. *et al.* "Entornos adaptados para personas con discapacidad mental", Observatorio Universidad y Discapacidad Fundación ONCE, Universidad Politécnica de Cataluña, enero de 2013, p.57.

- Crear un ambiente cálido, estructurado y estable que evite el conflicto.
- Adoptar una actitud de escucha activa, que incluya la percepción del lenguaje no verbal.
- Responder a las preguntas, asegurándose que han sido entendidas.
- Preguntar de forma clara y precisa, tomando en consideración sus preferencias o intereses.
- Aprovechar las nuevas tecnologías según los casos.

Es importante tomar en consideración que puede haber personas que presenten dificultades relacionadas con sus experiencias sensoriales (mirar, escuchar, apreciar estímulos), sus aprendizajes básicos (aprender a leer, a calcular, adquirir habilidades), aplicación del conocimiento (centrar la atención, pensar, leer, escribir, toma de decisiones, resolver problemas) y actividades instrumentales (vida en la comunidad)¹¹⁹.

3. La importancia de cuidar aspectos relativos al entorno.

El entorno es esencial en los lugares que custodian personas con discapacidad psicosocial, pero no solo en ellos. Como mínimo, se habrá de tener en cuenta la necesidad de desarrollar un ambiente acogedor y dispuesto para reducir los niveles de ansiedad, acondicionando los espacios con tal fin.

4. La importancia de promover la autonomía personal y la vida independiente de las personas con discapacidad psicosocial.

Esto se realiza mediante el empleo como forma de inserción en la sociedad y como forma de ser felices mediante la ejecución de tareas elegidas por uno mismo en función de las capacidades, sin centrarse tanto en las discapacidades. Esto se puede hacer también a través de la figura del asistente personal¹²⁰.

Esta norma ha de incorporar también algún apartado relativo a la **creación de una red de apoyos adecuada**.

En el derecho comparado hay figuras de guarda que sería interesante explorar. No obstante, a modo de apunte, se hace referencia a dos posibilidades que sería conveniente explorar a la hora de configurar esa red de apoyos necesaria¹²¹:

a) Agentes facilitadores

¹¹⁹ *Ibid.* Asimismo, ALCÁNTARA BARBANY, et.al.; Manual de Buenas Prácticas del Ministerio Fiscal en la Protección de las Personas con Discapacidad; a partir de la información obtenida en la Guía de Buenas Prácticas en el acceso y atención a las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español, Colecciones Cermi.es; ed. Fundación Aequitas, Madrid, 2011.

¹²⁰ *Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA* Conclusiones 'XX Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA': "Una Vida en Primera Persona", 25 y 26 de mayo de 2017 en Ávila.

¹²¹ SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España: 2015, publicado en 2016. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf>

Sería importante 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.

Para quienes tienen discapacidad psicosocial, el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas sigue sin estar garantizado, y deben enfrentarse a muchas barreras. Por ejemplo, en teoría cada persona tiene el derecho de recurrir cuando es ingresada involuntariamente. Sin embargo, 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 en una garantía efectiva. Incluso en algunos casos, el contacto se realiza vía Skype o cuando la persona no está en condiciones para prestar una atención consciente por encontrarse en situación de sobremedicación, entre otros aspectos. Este régimen jurídico permite la institucionalización en centros residenciales u hospitales psiquiátricos de las personas con problemas de salud mental, favorece el abuso y solo 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.

b) Asistentes personales

La asistencia personal constituye una garantía para el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental¹²². La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define en su artículo 2 la asistencia personal de la siguiente forma:

“Servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”.

Para contribuir a la contratación de este servicio, esta ley prevé en su artículo 19 una prestación económica específica dentro de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y, por tanto, un derecho subjetivo tal y como recoge su artículo 1. Ya en su momento, la derogada Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), en su artículo 9 recogía la figura de la asistencia personal como un apoyo complementario para hacer efectivo el paradigma de vida independiente. De hecho, esta norma se inspiraba, entre otros, en el principio de vida independiente, entendido como *“la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad”* (artículo 2).

¹²² Alianza Servicios Sociales y Sanitarios El valor de lo público. (2015). La coordinación de los servicios sanitarios y sociales: un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales, Málaga, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/sociosanitario/Coordinacion%20Servicios%20Sociales%20y%20sanitarios%200.%20AEDGSS.pdf>

Después de la entrada en vigor de la conocida como “Ley de Dependencia”, las comunidades autónomas introdujeron en sus leyes de servicios sociales de “segunda” o “tercera generación” la prestación económica de asistencia personal, como una prestación esencial dentro del sistema público de Servicios Sociales. Sin embargo, pese a todo ello, todavía hoy este servicio (que como se ha indicado está incluido en el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, es el que ha contado con menor atención por parte de los poderes públicos. La Convención de la ONU sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad recoge en su artículo 19 el *“derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”*. Concretamente el apartado b) de este precepto establece que: *“Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta”*. En este mismo sentido, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad en su informe de 2016, efectúa un detallado estudio sobre el acceso al apoyo. El estudio tiene como objetivo *“concienciar a los Estados e impartirles orientación sobre el modo de garantizar el acceso a distintas formas de apoyo para las personas con discapacidad con un enfoque basado en los derechos humanos”*. A la luz de lo anterior, en los apartados 13 y siguientes de este documento, además de explicar en qué consiste el apoyo a las personas con discapacidad y referirse a la asistencia personal, subraya la importancia de acceder a un *“apoyo de calidad como condición fundamental para vivir y participar plenamente en la comunidad haciendo elecciones como las demás personas”*¹²³. Así, continúa este informe, *“sin un apoyo adecuado, las personas con discapacidad están más expuestas a un trato negligente o a ser institucionalizadas”*. Por ello, *“la prestación de un apoyo adecuado es necesaria para hacer valer toda la gama de derechos humanos y permite a las personas con discapacidad alcanzar su pleno potencial y contribuir así al bienestar general y la diversidad de la comunidad en la que viven”*. De hecho, *“para muchas personas con discapacidad, el apoyo es una condición indispensable para participar de forma activa y significativa en la sociedad y, al mismo tiempo, conservar su dignidad, autonomía e independencia”*¹²³. Concretamente, en lo que a la asistencia personal se refiere, en su apartado 82, el estudio recuerda a los Estados Partes su obligación de *“asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la asistencia personal necesaria para vivir y ser incluidas en la comunidad tal como se establece en el artículo 19 b) de la Convención”*.

Por todo lo anterior, se ha de garantizar en nuestra legislación un concepto integral de accesibilidad. Es necesario adoptar medidas individuales y estructurales que contribuyan a combatir la discriminación, el estigma, los prejuicios, la violencia, el abuso, la exclusión social y la segregación, teniendo en cuenta que estos factores, junto con la institucionalización, la sobremedicalización y las prácticas de tratamiento que no respetan

¹²³ ONU. Asamblea General, “Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad”, A/HRC/34/58 (20 de Diciembre de 2016). Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf?OpenElement>

la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad psicosocial, constituyen obstáculos que impiden o dificultan dicha accesibilidad.

5.2. Vulneraciones

A) Acceso a la vivienda

Hay personas con discapacidad psicosocial que necesitan asistencia personal en su vivienda. Nos encontramos con muchos problemas de personas que precisan ayuda para adecuar su vivienda a condiciones de habitabilidad o limpieza y no la logran. En algunos casos extremos, acumulan basura o papeles en grandes cantidades, lo que implica denuncias por parte de los vecinos. Sin embargo, aunque pidan ayuda para vaciar su casa, no logran obtenerla, incluso cuando se encuentran incapacitadas judicialmente y bajo la tutela total o compartida de una entidad pública.

B) Acceso al empleo

Destacamos la importancia de incluir mecanismos específicos para sancionar la discriminación en el ámbito laboral, que se manifiesta directa e indirectamente. En el caso de las personas con discapacidad psicosocial (problemas de salud mental) se manifiesta no solo a través del rechazo directo, sino por medio de conductas que sitúan a la persona en una situación de imposibilidad de acceder o continuar con el empleo.

C) Acceso a hospitales y centros donde se custodia a personas con problemas de salud mental

No se cuida el entorno. Además de los medios de coerción y de conductas basadas en el castigo, se utilizan signos externos identificativos como, por ejemplo, un pijama diferente al del resto de pacientes, de manera que se les identifica como personas con problemas de salud mental.

5.3. Recomendaciones

Las barreras invisibles alzadas por el estigma impiden a las personas con problemas de salud mental ejercer sus derechos y ser incluidas en los procesos de toma de decisiones en igualdad de condiciones con las demás.

Sin ánimo de exhaustividad, se proponen algunas medidas para lograr derribar estas barreras invisibles:

1. Poner en marcha campañas de concienciación y sensibilización.
2. Adoptar medidas legislativas, administrativas y de cualquier índole que favorezcan los procesos de toma de decisiones en sus vidas y su plena participación e inclusión en la

sociedad, así como diseñar políticas y programas de protección y promoción de sus derechos.

3. Fomentar modelos de atención centrados en la persona y en su proyecto de vida según las necesidades y expectativas de cada una.
4. Crear una red de apoyos adecuada.
5. Impulsar la coordinación entre profesionales, familiares y usuarios de la salud mental, incluyendo el acompañamiento familiar.
6. Garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental a recursos específicos y preferentes, a estar informados, a la intimidad y a participar en procesos de toma de decisiones tan importantes como, entre otros, las voluntades anticipadas.
7. Proporcionar formación sobre esta cuestión al cuerpo de funcionariado público y operadores jurídicos en general.

6. DERECHO A LA VIDA

Artículo 10 CDPD

Este precepto recoge la reafirmación de los Estados Partes del derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y su compromiso con la adopción de todas las medidas necesarias para garantizar su goce efectivo por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Punto único. Denuncia: Fallecimiento de una paciente ingresada en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Dénia (Alicante)

Cada fallecimiento que se produce en un contexto de ingreso involuntario obliga a replantearse el modelo de atención que se ofrece a las personas con problemas de salud mental. Como hemos venido denunciando en anteriores informes, se siguen produciendo fallecimientos en el contexto de los ingresos involuntarios. Esto se suele reducir a cuestiones de “fallos en la seguridad”, cuando esta no es más que la punta del iceberg de todo un sistema de atención que requiere un replanteamiento desde su base.

En 2018 se produjo la muerte de una mujer ingresada en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Dénia (Alicante), gestionado por la empresa Marina Salud. En esta ocasión la persona se quitó la vida ahorcándose en el baño de su habitación.

Según se ha publicado, no se aplicaron las medidas preventivas necesarias para evitar este tipo de hechos: camas ancladas al suelo o mantas en lugar de sábanas que se pueden romper a tiras.

Al parecer, este no ha sido un caso aislado, ya que en semanas anteriores un hombre logró soltarse de las sujeciones, escapándose y siendo posteriormente reducido por la policía. Otro rompió la mampara de cristal para intentar suicidarse, tirándose al vacío.

Por lo que se indica, la dotación de personal sanitario es insuficiente. En toda la comarca, por ejemplo, Marina Salud tiene en plantilla tan solo 5 psiquiatras, lo cual empeora en determinados periodos del año como en verano.

Además, pese a que en la Unidad de Psiquiatría hay tan solo 12 camas, se ingresa a más pacientes¹²⁴.

Sea como sea, es importante no perderse en los detalles y mirar más allá, a las estructuras. Solo así podremos vislumbrar que esas estructuras son las que producen las quiebras que impiden alcanzar el objetivo de rehabilitación de la persona y que falta apostar por mecanismos de

124 LEVANTE. “Investigan la muerte de una paciente ingresada en psiquiatría en Denia”, 31 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.levante-emv.com/marina/2018/08/01/investigacion-muerte-paciente-ingresada-psiquiatria/1751439.html> 20 MINUTOS, “Se investiga la muerte de una paciente ingresada en el área de psiquiatría del Hospital de Dénia”, 1 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3408808/0/se-investiga-muerte-paciente-ingresada-area-psiquiatria-hospital-denia/#xtor=AD-15&xts=467263>

atención más humanos y acordes con las normas y estándares internacionales de derechos humanos.

Todavía no se han dado los pasos necesarios para implantar de manera generalizada en España el modelo social de derechos humanos que implica la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por ejemplo, en lugar de sobremedicar, se debería incidir más en la terapia. Para ello, entre otros recursos, se ha de dotar a los centros sanitarios de psicólogos clínicos. De esta forma se ofrecería una atención más individualizada y eficaz para lograr la rehabilitación de la persona, pudiendo evitar la medicación en los casos más leves o complementarla de manera más eficiente en los casos más graves. El psiquiatra Kazuhiro Tajima Pozo afirma que "*en España el abuso de psicofármacos es 4.2 veces mayor que, por ejemplo, en Bélgica*". En cambio, estamos a la cola de Europa en psicólogos clínicos.

También se precisa promover la concienciación sobre cómo se garantiza en la práctica el derecho al consentimiento informado de todos los pacientes en igualdad de condiciones. Es necesario facilitar los apoyos que sean precisos en cada momento para que las personas con problemas de salud mental puedan adoptar sus decisiones de manera autónoma y conforme a sus preferencias y a su dignidad personal¹²⁵.

La Junta de Andalucía, la Consejería de Salud de esta comunidad y la Escuela Andaluza de Salud Pública, han editado el documento *Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental*, en el que se ofrece información práctica para facilitar la expresión de las preferencias y decisiones para los momentos en que una persona puede tener afectada su capacidad de obrar y pueda producirse una vulneración de derechos. Sin embargo, no se tiene constancia de que este modelo haya sido reproducido en el resto de comunidades autónomas, aunque todas, de una u otra manera, cuentan con un marco normativo que permitiría sustentarlo¹²⁶.

Además, hay que saber detectar las múltiples barreras invisibles que enfrentan las personas con problemas de salud mental, alzadas principalmente por el estigma y consolidadas por la falta de conciencia generalizada de su existencia. Por lo tanto, no se efectúan los ajustes necesarios en aquellos casos en que la discapacidad es psicosocial (artículo 9 CDPD). Efectuar ajustes adecuados implica, en estos casos, atender aspectos tan importantes como el modo en que se proporciona la información, las características del entorno, la manera en que se produce la comunicación y todos aquellos que contribuyan a la identificación y eliminación de obstáculos¹²⁷. Por ello es muy importante tener presente aquellas dimensiones de la accesibilidad que generalmente se ignoran y las vulneraciones que esta ignorancia genera en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

¹²⁵ SANTOS URBANEJA, F., "La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en salud mental, aspectos civiles y penales", 2012. Disponible en: <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/>

¹²⁶ SUESS, A., 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", Ed. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental-25906/>

¹²⁷ *Ibid.*

Finalmente, hay que destacar que en su *Memoria Anual 2017* el Defensor del Pueblo ha denunciado la falta de apoyo a las personas con discapacidad psicosocial y sus familias por parte de las administraciones competentes, destacando problemas pendientes de solución como son la promoción de la atención precoz y la provisión de un mayor número de especialistas, a la vista de que la ratio de profesionales de la psiquiatría y la psicología por habitante continúa siendo en España "muy inferior" a la de la mayoría de países desarrollados. Esta institución revela la existencia de una *"insuficiencia estructural de recursos humanos y materiales"* que se traduce en *"una pobre respuesta a la fuerte demanda existente"*¹²⁸.

¹²⁸ EL DIARIO VASCO. "El Defensor del Pueblo denuncia la falta de apoyo a las enfermedades mentales", 19 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.diariovasco.com/agencias/201803/19/defensor-pueblo-denuncia-falta-1158135.html>

7. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY

Artículo 12 CDPD

Este precepto regula el derecho que tienen las personas con discapacidad al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Para ello, los Estados Partes habrán de adoptar las medidas pertinentes para proporcionarles acceso al apoyo que puedan necesitar y las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.

Punto único: Voluntades anticipadas

Es una práctica frecuente en España que se deniegue el derecho fundamental de las personas con trastornos mentales (discapacidad psicosocial) a tomar decisiones sobre aspectos esenciales que atañen a su tratamiento y salud. La idea asentada de que no tienen capacidad alguna para participar en ese proceso de toma de decisiones se encuentra en la base de la extensión generalizada de esta práctica. Esto conlleva que ni se establezcan cauces que favorezcan dicha participación, ni se diseñen protocolos para garantizar sus derechos. Así, se producen resoluciones basadas en el prejuicio que impiden, entre otros aspectos, que las personas que lo deseen cuenten con un mecanismo que les permita registrar en su historia clínica un documento de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas adecuado para su situación. Esto en modo alguno promueve a autonomía.

Otro problema, relacionado con lo anterior, lo constituye el enfoque restrictivo que subyace en el diseño de este tipo de declaraciones, ya que se orientan de modo general al proceso del final de la vida y no tanto a su digna continuidad. Esto dificulta su aplicación en el contexto de la atención psiquiátrica. Ahora bien, este tipo de barreras no constituyen una excusa para no abordar el problema que genera la carencia de un mecanismo tan importante para la promoción de la autonomía de la persona como es la participación en la toma de decisiones en aspectos tan esenciales como su vida y salud, lo cual constituye no solo una obligación desde un enfoque de derechos humanos, sino también desde una perspectiva ética.

Todo lo anterior conduce a plantear la necesidad de promover la concienciación sobre cómo se garantiza en la práctica el derecho al consentimiento informado de todos los pacientes en igualdad de condiciones, facilitando los apoyos que sean precisos en cada momento para que las personas con problemas de salud mental puedan adoptar sus decisiones de manera autónoma y conforme a sus preferencias y a su dignidad personal. Esta dignidad inherente, amparada en los artículos 10 y 14 de la Constitución española (en adelante, CE) sean cuales sean las circunstancias de la persona, ha de constituir el fundamento de cualquier tipo de medida. En el mismo sentido se regulan el artículo 13 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del *'Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas'* y los artículos 3, 6 y 7 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley

General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Es importante revisar cómo se garantiza el ejercicio de este derecho sin discriminación alguna, puesto que no falta regulación que lo sustente. El artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *‘Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*, identifica, ente otros aspectos, la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad como principio orientador de toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. Asimismo, destaca la importancia de que toda actuación en el ámbito de la sanidad cuente, de manera general y tras una información adecuada, con el previo consentimiento de los pacientes o personas usuarias. Son ellas quienes tienen el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. Por ello, según este precepto, el o la profesional que interviene en la actividad asistencial tiene la obligación, no solo de hacer una correcta prestación de sus técnicas, sino de cumplir con los deberes de información y de documentación clínica, y de respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por la persona. Concretamente, su artículo 11 regula el documento de instrucciones previas por las que una persona mayor de edad, capaz y libre, puede manifestar anticipadamente *“su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”*.

Así, como expresa el Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba y Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental, Fernando Santos Urbaneja: *“Las instrucciones previas son un instrumento del que puede hacer uso todo paciente, tenga o no tenga una discapacidad, tenga o no tenga un trastorno mental”*¹²⁹.

En coherencia con lo anterior, la Junta de Andalucía, la Consejería de Salud de esta comunidad y la Escuela Andaluza de Salud Pública han editado el documento *“Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental”*. En él, se ofrece información práctica para facilitar la expresión de las preferencias y decisiones para los momentos en que una persona puede tener afectada su capacidad para tomar decisiones y pueda producirse una vulneración de derechos. Esta guía, junto con el formulario que incluye, ofrece información práctica dirigida tanto a los equipos profesionales de Servicios de Salud Mental, como a las personas con problemas de salud mental que deseen realizar un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental¹³⁰.

Sin embargo, no se tiene constancia de que este modelo haya sido reproducido en el resto de comunidades autónomas, aunque todas de una u otra manera cuentan con un marco normativo que permitiría sustentarlo. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid cuenta con la Ley 3/2005, de 23

¹²⁹ SANTOS URBANEJA, F. “La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en salud mental, aspectos civiles y penales”, 2012. Disponible en: <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/>

¹³⁰ SUESS, A., 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”, Ed. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental-25906/>

de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Esta norma regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, considerando esta declaración el cauce de decisión de la persona sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de capacidad para consentir por sí misma (artículo 2).

Todo ello ha de interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España (artículo 10.2 CE), los cuales, una vez publicados oficialmente, forman parte del ordenamiento interno (art. 96 CE). Por lo tanto, en materia de instrucciones previas o voluntades anticipadas, se ha de tomar en consideración la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en los siguientes aspectos:

1º Derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna (artículos 3, 4, 5 y 6 CDPD)

El Estado, adoptando de manera transversal un enfoque de género, ha de 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. Para ello deben adoptarse todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la Convención, absteniéndose de actos o prácticas que sean incompatibles con la misma y velando por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella.

2º Derecho a la vida (artículo 10 CDPD)

El Estado ha de garantizar el derecho inherente a la vida, adoptando todas las medidas necesarias para garantizar su goce efectivo por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

3º Igual reconocimiento como persona ante la ley (artículo 12 CDPD)

El derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley obliga al Estado a adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica, proporcionando las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.

4º Derecho a la salud (artículo 25 CDPD)

Los poderes públicos han de garantizar a las personas con discapacidad el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Esto incluye la exigencia de que los profesionales de la salud les presten una atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado. Esto se llevaría a

cabo, 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 (apartado d).

8º Dignidad y respeto por los derechos inherentes

La Convención hace suyos los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Por lo tanto, en materia de voluntades anticipadas o instrucciones previas, es preciso abordar de manera inmediata la desigual garantía de los derechos de las personas con problemas de salud mental en el territorio nacional.

8. ACCESO A LA JUSTICIA

Artículo 13 CDPD

Este precepto regula la necesidad de ajustes de procedimiento a fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, así como la capacitación adecuada de quienes trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Punto único. Denuncia: Carencias en materia de acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial

Para quienes tienen problemas de salud mental, el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas sigue sin estar garantizado. Se enfrentan a múltiples barreras, mayoritariamente relacionadas con el estigma. De hecho, en procesos civiles como el ingreso involuntario, el contacto del juzgado con la persona se traduce muchas veces en un mero formalismo en lugar de en una garantía efectiva. Incluso, en algunos casos, se realiza vía Skype, mecanismo que puede presentar muchos problemas para una persona con discapacidad psicosocial¹³¹.

Además, la institucionalización en centros residenciales u hospitales psiquiátricos, favorece el abuso y solo contiene salvaguardias posfactuales.

Así, en muchas ocasiones, la reivindicación de sus derechos se identifica con "rebeldía" o "manifestación de síntomas", lo que propicia el aumento de medidas coercitivas o farmacológicas. Esto, unido a la rigidez del sistema procesal, hace que muchas personas opten por no hacer uso de sus derechos para "no complicar más las cosas".

Para resolver este tipo de situaciones sería precisa, entre otras medidas, la elaboración de un protocolo para el efectivo acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial.

Estas dificultades de acceso a la justicia se extienden también al ámbito penitenciario, añadiéndose el doble estigma a la hora de la reinserción social que supone para una persona tener una discapacidad psicosocial y haber estado sometida al régimen penitenciario.

Por ello, es preciso efectuar un diagnóstico adecuado de la situación y, posteriormente, elaborar un protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia que contemple la implantación de un cuerpo de agentes facilitadores. Su labor debe ser favorecer la autonomía de la persona y apoyar su capacidad jurídica, constituyendo así un referente adecuado durante los actos judiciales, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica. Esto ha de ir acompañado de una capacitación adecuada de quienes trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, en los términos previstos en el art.13.2 de la

¹³¹ SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017, ed. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Madrid, Marzo de 2017, pp.31-33.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto incluye el impulso de iniciativas de información, formación, y campañas de sensibilización y concienciación dirigidas a operadores y operadoras jurídicos. El objetivo es garantizar un trato adecuado y digno, así como la adaptación de documentos y de la información a las circunstancias concretas de la persona.

Además, entre otras medidas, es fundamental la 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 derivación¹³².

¹³² *Ibid.*

9. LIBERTAD Y SEGURIDAD DE LA PERSONA

Artículo 14 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar de su libertad y seguridad en igualdad de condiciones con las demás, y, por lo tanto, a no verse privadas del mismo ilegal o arbitrariamente.

Punto único. Denuncia: Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo

En 2013, el Comité de Bioética del Consejo de Europa tomó la decisión de redactar un Protocolo adicional al Convenio de Oviedo (*'Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntario'*) con el fin de que los ingresos y tratamientos involuntarios estén incluidos y protocolizados, lo que supone un ataque directo a los derechos humanos y a la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial.

Por ello, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y SALUD MENTAL ESPAÑA han mostrado su preocupación por este Protocolo (todavía borrador) y así lo han reflejado en una misiva remitida al ministro de Asuntos Exteriores, Josep Borrell, y a la titular de la cartera de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, María Luisa Carcedo.

El Protocolo de Oviedo, tal y como se ha concebido, confunde coerción y cuidados, autoriza la privación de libertad de la persona con problemas de salud mental basada en la presunción de riesgo, no apoya ni promueve la creación de recursos alternativos en los que se respeten la voluntad y las preferencias de las personas y no da respuesta a las advertencias de los organismos más relevantes en el ámbito de los derechos humanos.

Se han celebrado consultas públicas desde 2015 y varias partes interesadas han pedido la retirada del proyecto de Protocolo Adicional, incluido el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Grupo de Trabajo sobre detenciones arbitrarias, la propia Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y muchas organizaciones representativas de personas con discapacidad, entre otros.

Ambas organizaciones explican que, pese a que el texto del Protocolo Adicional cita a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, vulnera varios artículos de dicho tratado. En concreto, vulnera explícitamente los artículos 14 (libertad y seguridad de la persona); 15 (prohibición de tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes); 17 (protección de la integridad de la persona), y 25 (derecho a la salud).

10. PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS, CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Artículo 15 CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de proteger a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, contra las torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Punto único. Denuncia: El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) detecta vulneraciones de derechos humanos en el Hospital de Conxo

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP), dependiente del Defensor del Pueblo, ha detectado en una inspección de oficio toda una serie de vulneraciones de derechos humanos en el Hospital de Conxo (Santiago de Compostela), gestionado por la Xunta, que se concretan, fundamentalmente, en lo siguiente¹³³:

1. *“El perfil de la mayoría de los pacientes ingresados en el mismo lo alejan de la concepción actual de las unidades hospitalarias psiquiátricas, aproximándolo a la condición de centro residencial de salud mental de larga estancia para pacientes con un trastorno mental grave y otras patologías asociadas, y con graves dificultades de integración social”.*
2. *“Las estancias de larga y muy larga duración de los pacientes obligan a examinar su actividad y funcionamiento desde una perspectiva diferente a la de las estructuras de atención netamente sanitarias”.*
3. *“Insuficiencia general de recursos adecuados para la atención extrahospitalaria y sociosanitaria de los pacientes”.*
4. *“Dificultades de adaptación que pueden afectar a aquellos pacientes con un periodo muy largo de institucionalización”.*
5. *“No existe un control oficial de los pacientes en los que se registren los historiales legales y administrativos”.*
6. *“No hay un procedimiento de seguimiento por pacientes”.*

¹³³ DEFENSOR DEL PUEBLO. “Ficha de la visita realizada por el MNP”, 14/06/18. Disponible en: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/ficha-visita-conxo-defensor-del-pueblo.pdf> EL PAIS, “Un psiquiátrico bajo sospecha”, EL PAIS, 23 JUL 2018: https://elpais.com/politica/2018/07/19/actualidad/1532017540_588602.html, elCorreoGallego.es, “Denuncian que el Psiquiátrico de Conxo no se adapta al modelo asistencial de salud mental”, 6 de julio de 2018: <https://www.elcorreogallego.es/santiago/ecg/denuncian-psiquiatrico-conxo-no-adapta-modelo-asistencial-salud-mental/idEdicion-2018-07-06/idNoticia-1125122/>

7. *“El documento de ingreso voluntario no se firma por ningún facultativo”.*
8. *“En el expediente administrativo de cada paciente no se incluye copia del informe médico que se remite al juzgado con la solicitud de continuar el internamiento”.*
9. *“Los autos del juzgado de continuación del internamiento involuntario no contaban, por lo general, con una motivación suficiente”.*
10. *“Este centro no cuenta con un libro de visitas”.*
11. *“El protocolo de prevención de suicidios (PPS) se encuentra en fase de revisión, razón por la cual en este momento no se formula resolución alguna al respecto”.*
12. *“El acceso de los pacientes del hospital psiquiátrico al sistema de quejas y sugerencias es prácticamente nulo, dado que el registro es único para todo el complejo hospitalario del que este hospital forma parte”.*
13. *“Escasa participación de los pacientes en el funcionamiento diario del centro”.*
14. *“El centro no cuenta con un modelo de parte de lesiones”.*
15. *“No se indicó si los registros de las habitaciones y los personales quedan anotados en algún libro registro”.*
16. *“Se constató la existencia de personas ingresadas por periodos muy dilatados (entre 30 y 50 años)”.*
17. *“Elevada tasa de incapacitaciones y tutelas, aunque se constata que hay pocas visitas con los tutores en especial cuando dicha labor corresponde a la fundación pública territorial”.*
18. *“La estancia media de las personas ingresadas es muy elevada”.*
19. *“Las trabajadoras sociales que atienden a los pacientes en el centro suplen en la práctica las funciones propias de los tutores. Por la especialidad del centro, la carga de trabajo para estas profesionales es alta”.*
20. *“El horario instaurado para las comidas supone que el tiempo transcurrido entre la cena y el desayuno del día siguiente sea superior a doce horas”.*
21. *“La intimidación entre pacientes se aborda con poca naturalidad”.*
22. *“Trabaja únicamente una psicóloga clínica en el Hospital psiquiátrico, que atiende fundamentalmente las dos unidades de rehabilitación”.*
23. *“Se han detectado casos de sobremedicación de psicofármacos en las unidades destinadas a personas con más difícil manejo”.*
24. *“Las personas en unidades de larga estancia tienen menor o mínimo acceso a actividades encaminadas al incremento de su autonomía e independencia”.*

25. *“La presencia de un único facultativo internista resulta insuficiente”.*
26. *“Las habitaciones tienen aspecto impersonal; no hay enseres de los pacientes ni pertenencias”.*
27. *“Las instalaciones, exceptuando una unidad reformada, se encuentran obsoletas”.*
28. *“El pabellón donde residen los pacientes no dispone de videovigilancia”.*
29. *“En el registro de control de enfermería donde se anota la supervisión en cada turno no se cumple el protocolo de buenas prácticas”.*
30. *“Varios pacientes aludieron al uso de las medidas de contención como medida de castigo”.*
31. *“Las habitaciones individuales donde puedan realizarse contenciones mecánicas no están adecuadas a tal uso”.*

A la vista de los hechos, la asociación El Defensor del Paciente ha interpuesto una denuncia y la fiscalía de A Coruña ha abierto la correspondiente investigación. Miguel Anxo García, psicólogo clínico del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y portavoz del Movimiento Gallego de Defensa de la Salud Mental, manifiesta: *“Conxo es un sumidero de los derechos humanos”.* Este profesional explica que *“la reforma [psiquiátrica] en Conxo fue eternamente pospuesta y en parte no llegó; nunca se hicieron las inversiones necesarias”.*

Xosé Ramón Girón, presidente de Saúde Mental FEAFES Galicia manifiesta que un dispositivo de estas características *“no debería existir, porque permite la violación sistemática de derechos de personas discapacitadas con una vulnerabilidad extrema”* y añade que desde la entidad exigen para estas personas *“una salida digna, una humanización de sus vidas. Que se analice caso a caso con criterios transparentes y profesionales”.*

Este caso es revelador por cuanto contiene muchos elementos que son objeto de queja por parte de las personas con problemas de salud mental que han sido ingresadas y de las que consta que se encuentran en situación de institucionalización sin que se promueva su rehabilitación en diversos centros del territorio nacional. Concretamente, el hecho de que las *“medidas de contención”* se produzcan como mecanismo de castigo es una queja frecuente, así como la falta de humanidad en el trato o la infantilización.

11. PROTECCIÓN CONTRA LA EXPLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO

Artículo 16 CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

Punto único. Denuncia: Salud Mental y prostitución

Ya en su comparecencia en el Congreso de los Diputados el 9 de mayo de 2006, la organización Médicos del Mundo denunció que la actividad de la prostitución vulnera los derechos humanos de las mujeres prostituidas y perjudica gravemente su salud y su calidad de vida, constituyendo una forma más de violencia de género¹³⁴.

Según la psicóloga Soledad Muruaga, presidenta y cofundadora de Mujeres para la Salud, *“en aquellas relaciones sexuales en las que alguna de las personas involucradas considera a la otra como objeto, le depositará lo más negativo de sí misma: sus miedos, sus complejos de inferioridad, sus traumas y sus angustias o su violencia, su odio y su misoginia, con lo que la otra persona se llega a sentir envilecida y empobrecida, corporal y anímicamente, con las consiguientes repercusiones negativas en su salud mental”*. Así, según esta misma autora, las consecuencias psicológicas y emocionales que experimentan las mujeres prostituidas debidas a su actividad sexual están relacionadas con los siguientes factores:

- Con el número de clientes que cada una haya tenido a lo largo de su vida.
- Con el grado de elección del tipo de servicios sexuales que ofrecen (son más vulnerables aquellas que no pueden negociar las condiciones del servicio).
- Con la cantidad e intensidad de la violencia que tienen que soportar, por parte de los clientes o de sus empresarios y proxenetes.

En este sentido, continúa Muruaga, *“la OMS, de acuerdo con diversas investigaciones realizadas en EEUU, en Canadá y en varios países en desarrollo, concluye que aproximadamente el 70%, es decir, 2 de cada 3 mujeres que se dedican a la prostitución, tienen las mismas heridas emocionales que los veteranos de guerras o las víctimas de tortura. Padecen lo que se llama síndrome de estrés postraumático, con síntomas de flashbacks (recuerdos repetitivos y torturantes) sobre aspectos traumáticos de sus experiencias en la prostitución”*. Además, partiendo de la base de que la depresión afecta casi tres veces más a las mujeres que a los hombres a nivel mundial, *“padeciéndola un 7% de la población femenina, este porcentaje se multiplica por 10 en el colectivo de las mujeres prostituidas, llegando a ser un 70%”* las que la

¹³⁴ MÉDICOS DEL MUNDO. “Comparecencia de Médicos del Mundo en el Congreso de los Diputados”, 9 de mayo de 2006, p.2.

sufren. A esto hay que añadir un muy pobre autoconcepto y baja autoestima, así como mayores porcentajes de *“ansiedad, angustia, miedos y diferentes fobias, así como embarazos no deseados, lesiones vaginales y anales, y múltiples lesiones en los huesos”*. También, afirma esta autora, *“son muy frecuentes los suicidios o los intentos de suicidio y tienen 40 veces mayor riesgo de ser asesinadas”*. Concluye que *“las mujeres prostituidas están sometidas en mucha mayor medida a amenazas, maltratos, violaciones, abusos, tortura y múltiples humillaciones y degradaciones”*. Cita además a la psicóloga clínica Melissa Farley, experta en el tratamiento de mujeres prostituidas, quien destaca que *“el hecho de que estos abusos se cometan pagando y legalizando la prostitución, no curan los profundos daños físicos y psíquicos de sus cuerpos y sus mentes”*¹³⁵.

Además de todo lo anterior, existe una realidad todavía más invisibilizada como es la consideración de los problemas de salud mental como factor de vulnerabilidad a la hora de acabar ejerciendo la prostitución.

¹³⁵ MURUAGA, S., “Prostitución y Salud”, publicado por AMS, Mujeres para la Salud. Disponible en: <https://www.muheresparalasalud.org/prostitucion-y-salud/>

12. PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL

Artículo 17 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a que se respete su integridad física y mental.

Punto único. Denuncia: Un ingreso involuntario con contención causa la muerte de un joven con problemas de salud mental

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Federació Salut Mental Catalunya reclaman responsabilidades ante los hechos ocurridos en Abrera (municipio de la provincia de Barcelona), en el que un joven es trasladado de forma involuntaria con efectivos de los Mossos d' Esquadra y del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) para su ingreso psiquiátrico y, en ese contexto, se le aplica una contención física que tiene como resultado su fallecimiento por un paro cardiorespiratorio.

El movimiento asociativo de SALUD MENTAL ESPAÑA mantiene su compromiso por el cumplimiento del Manifiesto de Cartagena, firmado en 2016, por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción, y recuerda el informe emitido por el Relator Especial de la ONU, en el que denuncia que *“las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico perpetúan los desequilibrios de poder en las relaciones entre pacientes y cuidadores, causan desconfianza, exacerban el estigma y la discriminación, y han provocado que muchas personas hayan rehusado recurrir a dichos servicios, temerosos de buscar ayuda en los servicios generales de salud mental”*, e insta a los Estados miembro (entre ellos España) a *“proporcionar apoyo para que sean las personas con discapacidad las que en todo momento tomen sus propias decisiones, en particular en situaciones de emergencia y crisis”*.

Se reitera la necesidad y urgencia de promover y activar estrategias y alternativas terapéuticas que nos permitan avanzar hacia un modelo de apoyo y acompañamiento a las personas, más humano, preventivo, cercano y flexible.

Hay que apostar por la contención cero, y hacer efectivos y garantizar los apoyos adecuados en el acompañamiento y tratamiento a las personas en momentos como este, para evitar incrementar la agitación y ponerlas en riesgo.

13. RESPETO DEL HOGAR Y LA FAMILIA

Artículo 23 CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de 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 la hora de tomar decisiones sobre este tipo de cuestiones que afectan tan profundamente a sus vidas.

Punto único. Denuncia: El tabú de las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia y la salud mental

Como denuncian desde la entidad Obertament, las cuestiones relacionadas con el hogar y la familia *"son un tabú y las personas con trastornos sufren la discriminación en todas las facetas de su vida"*. De hecho, según una encuesta de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, el 21% de los catalanes considera que *"no se puede confiar para el cuidado de otros en aquellas personas que han sido pacientes en hospitales de salud mental"*¹³⁶.

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

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

Desde SALUD MENTAL ESPAÑA se han detectado casos en los que se ha denegado la adopción a parejas con discapacidad psicosocial, pese a contar con todos los informes favorables, o la indicación vía telefónica de que ni tan siquiera intenten el inicio del proceso por tener uno de los miembros de la pareja ese tipo de discapacidad.

14. EDUCACIÓN

¹³⁶ EL PERIÓDICO. "El trastorno de mamá y papá", 14/05/2016. Disponible en:
<https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20160514/discriminacion-personas-trastorno-mental-5127356>

Artículo 24 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a una educación inclusiva en todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a lograr su efectividad sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades.

Punto único. Denuncia: Necesidad de garantía del derecho a la educación de las personas con discapacidad psicosocial

La falta de apoyos en este ámbito a las personas con discapacidad psicosocial implica por su parte una inversión de esfuerzo que excede lo que humanamente sería exigible a cualquier persona en sus circunstancias.

La capacidad y competencias de una persona no se han de confundir con la efectiva existencia de barreras originadas por la no contemplación de los ajustes adecuados al tipo de discapacidad, puesto que es responsabilidad del sistema educativo disminuirlas o eliminarlas, así como los daños que produzca la pasividad ante este tipo de situaciones. Por tanto, incluso en caso de obtener un buen rendimiento, si este se produce a costa de la salud de la persona, el objetivo de igualdad de oportunidades y no discriminación en modo alguno se habrá alcanzado y se estarán infringiendo los derechos de la persona en esta materia.

Esas circunstancias son precisamente las que legitiman un trato adecuado conforme al principio de equidad. La igualdad aplicada sin tener en cuenta este criterio y entendida como una equivalencia para evaluar las mismas competencias, no es conforme a derecho y genera situaciones manifiestamente injustas. Así, la igualdad de oportunidades no significa tratar a las personas igual, sino dar a cada uno lo que necesita en función de sus características y necesidades individuales.

En el documento publicado por el Observatorio Universidad y Discapacidad, *‘Entornos adaptados para personas con discapacidad mental’*, se refiere concretamente a la esquizofrenia como un “conjunto de trastornos psicóticos que implican un marcado deterioro del funcionamiento mental de quien los padece”. Además, añade que: “los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos grandes categorías (Jiménez, 2009): síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastornos formales del pensamiento de tipo positivo -asociaciones laxas, incoherencia, etc.-); y síntomas negativos (pobreza afectiva, alogia -es decir, empobrecimiento del pensamiento y de la cognición-, abulia-apatía, anhedonia-insociabilidad y problemas de atención). Estos síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, entre ellos la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano e inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. Al igual que el resto de dificultades psicológicas no todos los síntomas aparecen en todos los pacientes, existiendo variabilidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, *Fòrum de Salut Mental*, 2009).” Así, concluye que: “Las propias características de la esquizofrenia en forma de pérdida de

funciones cognitivas y emocionales, deterioro en el contacto social y en las áreas de estudio, empleo y actividades diarias (Salavera, 2010) pueden llegar a ser incapacitantes en algunos casos (Andreasen, 1999) y a nivel de universidad es posible que se constituya en causa de abandono, lo que explicaría la falta de estudios científicos sobre su incidencia en población universitaria.”

Esta misma entidad publicó una *‘Guía para el estudiante universitario con trastorno mental’*, consciente de que *“la Universidad, como transmisora del conocimiento, genera dinámicas complejas en el proceso de aprendizaje de su estudiantado”* y *“el efecto de estas dinámicas en la interacción del estudiante con su entorno es especialmente sensible en los casos de aquellos con discapacidad por causa mental.”*

Cada persona con discapacidad es única y tiene unas circunstancias específicas que se han de considerar de manera individualizada a la hora de efectuar la adaptación. Toda generalización en este sentido, será contraria a un enfoque de derechos humanos y solo puede contribuir a incrementar la discriminación.

15. SALUD

Artículo 25 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Para ello los Estados habrán de adoptar las medidas pertinentes para asegurar su acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Punto único. Denuncias:

1. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA denuncia ante la sede de Naciones Unidas en Ginebra la vulneración de derechos humanos en materia de salud mental

Los días 14 y 15 de mayo de 2018, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) celebró una consulta para debatir todas las cuestiones relevantes y los retos en torno al cumplimiento de la perspectiva de derechos humanos en la salud mental, permitir un intercambio de mejores prácticas, y facilitar la implementación de las directrices técnicas en esta materia.

La necesidad de esta reunión se planteó en octubre de 2017, cuando el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Oficina del Alto Comisionado la celebración de una consulta de un día y medio de duración para tratar y debatir el cumplimiento de los derechos humanos en salud mental.

En una de las resoluciones adoptadas por el Consejo, este organismo reflejó su preocupación acerca de que las personas con problemas de salud mental de todo el mundo *“puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, estigma, prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencias”*.

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, de la mano del CERMI Estatal, fue una de las entidades participantes e intervino en la consulta para poner de manifiesto las vulneraciones de derechos de las personas con problemas de salud mental. Así, frente a la consideración de las preferencias de la persona, se continúa vulnerando su derecho al consentimiento informado y sometiéndola a ingresos involuntarios, tratamientos forzosos y medidas de coerción tan violentas como las contenciones mecánicas. En su lugar, es necesario implementar medidas inclusivas como las voluntades anticipadas o instrucciones previas.

Asimismo, la organización expuso que los principales retos en materia de género y salud mental son promover la prevención en materia de salud mental materna, acabar con la invisibilización de los efectos psicológicos de la violencia de género y abolir medidas como la esterilización

forzosa (a la que ha calificado como la lobotomía del siglo XXI). En este sentido, se hizo un llamamiento a los Estados Miembros de la Unión Europea para que se opongan a la Resolución Adicional al Protocolo de Oviedo por ser totalmente opuesto a la Convención.

También se denunció que se produce una grave violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, de forma sistemática y estructural, en lo referente a las institucionalizaciones, tratamientos involuntarios y contenciones mecánicas. En España, las cárceles son en estos momentos verdaderos depósitos de personas con problemas de salud mental.

Se pusieron de relieve las insuficientes acciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, sobre todo en la infancia y adolescencia.

Finalmente, se destacó que la adecuada atención no se va a lograr sin la participación plena de las personas expertas en primera persona. Para ello deben ser contemplados en las políticas públicas los recursos necesarios para la adecuada atención a las personas con problemas de salud mental.

Con las conclusiones de esta consulta, está previsto elaborar un informe en el que *“se identifiquen estrategias para promover los derechos humanos en la salud mental y erradicar la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos en ese ámbito, también mediante la formación y la capacitación de todos los grupos de interesados”*.

2. FEFES Andalucía Salud Mental y CERMI Andalucía reivindican la necesidad de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios

En el marco del Día Internacional de la Justicia Social, FEFES Andalucía Salud Mental organizó una Jornada para analizar la aplicación del nuevo modelo de servicios sociales recogido en la Ley en relación con la atención al colectivo de personas con problemas de salud mental. También se analizó la especial necesidad de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios para garantizar su recuperación.

Gran parte de las personas con problemas de salud mental han estado muchos años al margen del sistema de los servicios sociales, por estigma o por desconocimiento, pero existen muchos instrumentos que pueden contribuir a su recuperación y a la mejora de su calidad de vida. Es por ello que, según esta entidad, es importante conocer dichos instrumentos, difundirlos y promover el acceso del colectivo a la protección social. Asimismo, hay que garantizar, en igualdad de oportunidades que el resto de la ciudadanía, el acceso a los derechos sociales a este colectivo, ya que es el pilar en el que se asientan las opciones de inclusión y de recuperación plena.

16. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO

Artículo 26 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás. Esto 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.

16.1. Denuncia: Las mujeres trabajadoras tienen más problemas de salud mental que los hombres

El estudio *Desigualdades en la población trabajadora de España*, basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud, revela que el 20% de las mujeres trabajadoras sufre algún tipo de problema de salud mental (depresión, ansiedad, problemas sociales, hipocondría derivadas del estrés, etc.), siendo el porcentaje en caso de los hombres no superior al 14%¹³⁷.

Las causas de esta diferencia son diversas e influyen factores como la edad o la condición socioeconómica. Ahora bien, se advierte un dato alarmante y es la mayor afectación a un perfil concreto: mujer de edad media, con hijos emancipados, cuyas relaciones no van bien y dependen económicamente de sus maridos o parejas. Se entiende que estas mujeres perciben sueldos muy bajos o, directamente, renunciaron al mercado laboral para cuidar de la familia.

La desigualdad en el mercado laboral, la brecha salarial o la falta de políticas de conciliación laboral y familiar también contribuyen al aumento del problema. Gina Aran, profesora del máster de Dirección y Gestión de Recursos Humanos de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), asegura que las mujeres *“tienen dos trabajos, el laboral y el del hogar”*, lo que repercute negativamente en su salud mental. Así, aplicar políticas de igualdad ayudaría a reducir este tipo de problemas, mejorando la conciliación, incluyendo a mujeres en posiciones de dirección y acelerando el cambio cultural.

16.2. Buena práctica: Ofrecer apoyos y adaptar el puesto de trabajo como herramientas para alcanzar la igualdad de oportunidades

La guía *Buenas prácticas de la promoción de la salud mental en entornos laborales*, editada por El Puente Salud Mental Valladolid, proporciona herramientas a las empresas para la prevención y promoción de la salud mental en el trabajo. En ella se definen los apoyos como *“el conjunto de*

¹³⁷ LA VANGUARDIA. “La salud Mental también discrimina a las mujeres trabajadoras”, 8 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/20180308/441334606904/dia-mujer-8m-huelga-feminista-salud-mental-discrimina-mujeres-trabajadoras.html>

acciones, recursos o estrategias individualizadas que se aplican en el puesto de trabajo con el fin de facilitar la adaptación social y laboral de la persona, mejorando sus capacidades funcionales y promoviendo su desarrollo profesional". Para que la persona pueda desarrollar su tarea favorablemente, es preciso adaptar el puesto de trabajo "de forma individualizada y analizando las relaciones entre la persona trabajadora, la tarea y el puesto". Esto implica, según este mismo documento, "el análisis de las funciones y capacidades que demanda el puesto de trabajo, y la valoración de las capacidades y competencias funcionales de la persona trabajadora".

Esta guía destaca que "los apoyos se pueden implementar a través de ajustes razonables que según el Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad, que no impongan una carga desproporcionada o indebida (...), para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos"¹³⁸.

¹³⁸ CEMBRERO MASA, D.; DÍEZ LOISELE, M.A. "Buenas prácticas de la promoción de la salud mental en entornos laborales", ed. El Puente Salud Mental Valladolid, Valladolid, diciembre de 2017. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Buenas-practicas-salud-mental-entornos-laborales.pdf>

17. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA

Artículo 29 CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de garantizar a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás.

Punto único. Logro: Aprobación en el Congreso de la reforma de la Ley Orgánica de Régimen Electoral General (LOREG).

La aprobación en el Pleno del Congreso de los Diputados y del Senado de la reforma de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General (LOREG) para otorgar el derecho al voto a las 100.000 personas con discapacidad intelectual, problemas de salud mental o deterioro cognitivo que estaban privadas de este derecho, constituye un gran avance en la democracia que llega cuarenta años después a todas las personas con discapacidad. De este modo, todas las personas con discapacidad sin excepción alguna podrán ejercer su derecho al voto y ser elegidas por la ciudadanía como representantes.

Este es un avance de la plataforma representativa de la discapacidad en España, por lo tanto es un logro de la propia sociedad civil que, de hecho, no ha sido fácil de alcanzar. Es producto de un proceso largo y complejo que ha culminado con el apoyo unánime de las diferentes formaciones políticas del arco parlamentario a la modificación de la LOREG.

En este sentido, los representantes políticos, tanto durante el transcurso del debate en el pleno como a las puertas del Congreso, han puesto en valor la importancia de la interlocución con el tejido asociativo de la discapacidad organizado en torno al CERMI.

La reforma fue publicada en el BOE el 6 de diciembre de 2018.

ANEXOS

DEFENSOR DEL PUEBLO. “Ficha de la visita realizada por el MNP”



14/06/18 11:40:57

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

DEPENDENCIAS VISITADAS	Hospital Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela (A Coruña)
FECHA DE LA VISITA	29 y 30 de noviembre de 2017 (sin previo aviso)
EQUIPO DE LA VISITA	Dos técnicos del Defensor del Pueblo, dos técnicas externas y una asesora del Valedor do Pobo
OBJETO DE LA VISITA	Visita multidisciplinar. El Hospital, que actualmente tiene ocupadas 221 plazas, fue inaugurado en 1885 y era el último dispositivo español de los llamados antiguamente «manicomios». Durante la visita se analizó la evolución al actual Hospital psiquiátrico, se entrevistó a algunos miembros de los equipos directivo, médico y de personal. También se examinaron expedientes personales e historias clínicas, entre otros documentos. Asimismo, los técnicos mantuvieron entrevistas reservadas con algunos pacientes.

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

El perfil de la mayoría de los pacientes ingresados en el mismo lo alejan de la concepción actual de las unidades hospitalarias psiquiátricas, aproximándolo a la condición de centro residencial de salud mental de larga estancia para pacientes con un trastorno mental grave y otras patologías asociadas, y con graves dificultades de integración social.

Las estancias de larga y muy larga duración de los pacientes obligan a examinar su actividad y funcionamiento desde una perspectiva diferente a la de las estructuras de atención netamente sanitarias.

Insuficiencia general de recursos adecuados para la atención extrahospitalaria y sociosanitaria de los pacientes.

Dificultades de adaptación que pueden afectar a aquellos pacientes con un período muy largo de institucionalización.

Se observó que el personal del hospital trataba a los pacientes con respeto, cariño y cercanía.

El uso de la historia clínica informatizada en el ámbito del Servicio Galego de Saúde (SERGAS), Sistema IANUS, permite una buena sistematización de la información y un abordaje integral de la situación del paciente.

No existe un control oficial de los pacientes en los que se registren los historiales legales y administrativos.

SUGERENCIA Formalizar un sistema de documentación y archivo de las historias legales y administrativas de los pacientes para su posterior revisión y control.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

No hay un procedimiento de seguimiento por pacientes.

SUGERENCIA Implantar en ese sistema de documentación y archivo un procedimiento de seguimiento por pacientes que faciliten el cálculo de estancia de cada paciente y, en general, de la estancia media en el hospital.

Pag. 1 de 6

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

El documento de ingreso voluntario no se firma por ningún facultativo.

SUGERENCIA Dar instrucciones para que el documento de ingreso voluntario sea firmado por el paciente y el facultativo responsable que constate la suficiente capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

En el expediente administrativo de cada paciente no se incluye copia del informe médico que se remite al juzgado con la solicitud de continuar el internamiento.

SUGERENCIA Dar instrucciones para que se incluya en el expediente administrativo personal de cada paciente copia del informe médico preceptivo junto con la comunicación de continuación del internamiento involuntario.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Los autos del juzgado de continuación del internamiento involuntario no contaban, por lo general, con una motivación suficientemente.

Este centro no cuenta con un libro de visitas.

SUGERENCIA Crear un libro donde queden registradas todas las visitas oficiales así como la información relativa a las inspecciones realizadas.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

El protocolo de prevención de suicidios (PPS) se encuentra en fase de revisión, razón por la cual en este momento no se formula resolución alguna al respecto.

El acceso de los pacientes del hospital psiquiátrico al sistema de quejas y sugerencias es prácticamente nulo, dado que el registro es único para todo el complejo hospitalario del que este hospital forma parte.

SUGERENCIA Llevar un registro separado de quejas y peticiones de los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Conxo.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Escasa participación de los pacientes en el funcionamiento diario del centro.

SUGERENCIA Fomentar la participación de los pacientes en el funcionamiento diario del centro.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

El centro no cuenta con un modelo de parte de lesiones.

SUGERENCIA Garantizar que el centro hospitalario cuenta con un modelo de parte de lesiones y que su personal sanitario conoce su existencia, así como el procedimiento a seguir en caso de tener que cumplimentarlo.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

No se indicó si los registros de las habitaciones y los personales quedan anotados en algún libro registro.

Se constató la existencia de personas ingresadas por periodos muy dilatados (entre 30 y 50 años). Falta de procedimientos de modificación de la capacidad en beneficio de la protección de la esfera patrimonial del paciente.

SUGERENCIA Promover e impulsar con Fiscalía y los órganos judiciales un nuevo proceso en el que se evalúe la situación de todos los pacientes que no estén incapacitados y la conveniencia de regularizar su situación, incluida la pertinencia del internamiento involuntario como medida cautelar.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Elevada tasa de incapacitaciones y tutelas, aunque se constata que hay pocas visitas con los tutores en especial cuando dicha labor corresponde a la fundación pública territorial.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

La estancia media de las personas ingresadas es muy elevada.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

Las trabajadoras sociales que atienden a los pacientes en el centro suplen en la práctica las funciones propias de los tutores. Por la especialidad del centro, la carga de trabajo para estas profesionales es alta, debiendo revisarse las necesidades de incremento de dotación a estos efectos, hasta que se produzca una eventual reconversión de este recurso asistencial.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

El horario instaurado para las comidas supone que el tiempo transcurrido entre la cena y el desayuno del día siguiente sea superior a doce horas.

La intimidad entre pacientes se aborda con poca naturalidad.

Trabaja únicamente una psicóloga clínica en el Hospital psiquiátrico, que atiende fundamentalmente las dos unidades de rehabilitación.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

Se han detectado casos de sobremedicación de psicofármacos en las unidades destinadas a personas con más difícil

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

manejo.

SUGERENCIA Proceder a la revisión de los protocolos de atención farmacológica a los pacientes con patologías más graves y cuya estancia en el Hospital es prolongada.
Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Las personas en unidades de larga estancia tienen menor o mínimo acceso a actividades encaminadas al incremento de su autonomía e independencia.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

La presencia de un único facultativo internista resulta insuficiente.

Observación a la conclusión: Se realiza seguimiento por el Área de Sanidad y Política Social Defensor del Pueblo.

Las habitaciones tienen aspecto impersonal; no hay enseres de los pacientes ni pertenencias.

Las instalaciones, exceptuando una unidad reformada, se encuentran obsoletas.

El pabellón donde residen los pacientes no dispone de videovigilancia.

SUGERENCIA Instalar un sistema de videovigilancia en las habitaciones reservadas para la realización de contenciones mecánicas en el que se graben las imágenes durante un periodo de tiempo razonable para la eventualidad de que suceda algún incidente. Asimismo, deberán instalarse cámaras en los pasillos de las unidades, para el seguimiento de los pacientes, ya que algunas habitaciones se encuentran lejos del control de enfermería.
Respuesta a la resolución: Sin respuesta

En el registro de control de enfermería donde se anota la supervisión en cada turno no se cumple el protocolo de buenas prácticas.

SUGERENCIA Aplicar de manera correcta el protocolo de buenas prácticas en el seguimiento de las medidas de contención aplicadas a los pacientes.
Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Varios pacientes aludieron al uso de las medidas de contención como medida de castigo.

SUGERENCIA Recordar a los profesionales que tengan entre sus funciones la aplicación de medidas de contención la prohibición del uso de estas medidas como sanción o castigo a una conducta del paciente, así como la necesidad de que su duración sea la estrictamente indispensable y poder acomodarse al grado y evolución de la agitación del paciente.
Respuesta a la resolución: Sin respuesta

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Las habitaciones individuales donde puedan realizarse contenciones mecánicas no están adecuadas a tal uso.

SUGERENCIA

Adaptar las habitaciones individuales donde puedan realizarse contenciones mecánicas. Estas habitaciones deben disponer, al menos, de cama anclada en el medio de la habitación y permitir un control visual efectivo desde el exterior, no deben cerrarse con llave, y se debe instalar un interfono para la comunicación con enfermería.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

FICHA DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

LEYENDA EXPLICATIVA

Conclusiones generales:

Cuestiones apreciadas con ocasión de la visita que se consideran que tienen un alcance que excede del lugar visitado, bien porque responden a criterios impartidos desde los órganos centrales, bien por constituir una praxis extendida en el tipo de privación de libertad examinado.

Conclusiones específicas:

Cuestiones apreciadas de las que no ha podido establecerse en el momento de la visita que respondieran a instrucciones o criterios generales. También se da esta consideración a cuestiones sobre las que existen instrucciones o criterios generales cuando se aprecia que existe un margen de interpretación para los responsables de la dependencia visita.

Observación a la conclusión:

Cuando figura, da cuenta de alguna circunstancia relevante para comprender la razón por la que no ha formulado alguna resolución sobre la conclusión precedente.

Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

Seguimiento de conclusión/resolución:

Ofrece, en caso de que exista, información posterior a la recepción de la respuesta de la Administración que resulte de interés para calibrar la efectividad del compromiso en su caso adquirido por la Administración. En especial, refiere si se ha realizado una nueva visita en la que se haya podido determinar si la deficiencia apreciada ha sido o no corregida o se ha producido alguna novedad normativa de relevancia.

Resoluciones:

La tarea del MNP, como parte de la tarea general del Defensor del Pueblo, es poner de manifiesto las disfunciones que aprecie o aquellos aspectos de la actividad de los agentes de la privación de libertad que deban ser mejorados. Para ello la Ley Orgánica reguladora de la Institución enuncia cuatro tipos de resoluciones (Art. 30 L. O. 3/1981):

Recomendación:

Se propone a la Administración la modificación de normas, instrucciones, procedimientos o protocolos en aspecto que se estima que tienen una incidencia general sobre el tipo de privación de libertad examinada.

Sugerencia:

Se propone la modificación de instrucciones, procedimientos, protocolos o actuaciones propios del lugar visitado, así como la adopción o reconsideración de actos jurídicos.

Recordatorio de deberes legales:

Requerimiento para que la Administración cumpla o aplique cabalmente una determinada norma jurídica.

Advertencia:

Admonición del Defensor del Pueblo cuando aprecia un incumplimiento o el cumplimiento incorrecto de una norma jurídica de modo reiterado. Se reserva para los casos en que se aprecia que la prosecución en estas actitudes pueden generar responsabilidad grave para la propia Administración y derivar en una especial lesividad o indefensión para los ciudadanos.

Respuesta a la resolución:

Se consigna en las recomendaciones y sugerencias e indica, en primer lugar, la evaluación del MNP sobre la posición de la Administración (aceptada, aceptada parcialmente, aceptada pero no realizada, rechazada, etc.) y se acompaña de una sucinta explicación sobre el razonamiento aportado por la propia Administración para justificar su postura.

FUENTES DOCUMENTALES

AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría). “Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes”, Cuadernos Técnicos 14, Madrid, 2009, p.71.

ALCÁNTARA BARBANY, et. al. Manual de Buenas Prácticas del Ministerio Fiscal en la Protección de las Personas con Discapacidad; a partir de la información obtenida en la Guía de Buenas Prácticas en el acceso y atención a las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español, Colecciones Cermi.es; ed. Fundación Aequitas, Madrid, 2011.

Alianza Servicios Sociales y Sanitarios El valor de lo público. (2015). La coordinación de los servicios sanitarios y sociales: un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales, Málaga, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/sociosanitario/Coordinacin%20Servicios%20Sociales%20y%20sanitarios%200.%20AEDGSS.pdf>

ALONSO LÓPEZ, F. “La accesibilidad en evolución: La adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa”, Universitat Autònoma de Barcelona, febrero de 2016, pp.62-64.

ARCE HASBUN, P. et al. “Factores Ambientales y Discapacidad Incidencia de los factores ambientales en el desempeño de las personas según su nivel de capacidad”, Departamento de Estudios Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, Diciembre 2017, pp.4-5.

ATENCIANO, B. “Impacto de la violencia de género en los primeros años: Niñas y niños de 0 a 5 años”, Psicóloga infantojuvenil, Programa MIRA, 2015. Recuperado de: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/exposicion_0_a_5_dgm_2015.pdf

BONASA JIMÉNEZ, M.P. et al. “Entornos adaptados para personas con discapacidad mental”, Observatorio Universidad y Discapacidad Fundación ONCE, Universidad Politécnica de Cataluña, enero de 2013, p.57.

BUSTAMANTE MUÑOZ, C., CABALLERO PÉREZ, I., CASTELLANO DOMÍNGUEZ, I., VALES

HIDALGO, A. “Niñas con discapacidad”, en la obra colectiva *Transversalidad de Género en las Políticas Públicas de discapacidad-Manual*, Capítulo II, ed. CINCA, Madrid, diciembre de 2013, pp. 47-48.

CATORZE. “Cuesta mucho aceptar que estás loca”. Disponible en: <https://www.catorze.cat/noticia/9940/cuesta/mucho/aceptar/estas/loca>

CADENA SER. “Aumentan en un 200% los casos de suicidio en preadolescentes en edad escolar”, 13 de enero de 2018. Disponible en: https://cadenaser.com/emisora/2018/01/13/radio_club_tenerife/1515847881_355163.html

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

CANTÓN –CORTÉS, D., y CORTÉS, M.R. “Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes”, *Anales de Psicología*, vol. 31, núm. 2, Universidad de Murcia, Murcia, mayo, 2015, pp. 552-554.

CEMBRERO MASA, D.; DÍEZ LOISELE, M.A. “Buenas prácticas de la promoción de la salud mental en entornos laborales”, ed. El Puente Salud Mental Valladolid, Valladolid, diciembre de 2017. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Buenas-practicas-salud-mental-entornos-laborales.pdf>

CERMI.ES semanal. “El odio, un delito que perpetúa el estigma y nos aleja de la inclusión”, artículo de Jesús Martín Blanco, 8 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://semanal.cermi.es/noticia/opinion-jesus-martin-odio-delito-perpetua-estigma-aleja-inclusion.aspx>

CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 207-209. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=AAF72BFFDE57D05E97C38B3D898245EB?sequence=1

CYRULNIK, B. “Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida”, ed. Gedisa, Col. Psicología, Barcelona, 2002, pp.46 y 215.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, COM (2005) 484 final, Bruselas, 14.10.2005, p.9. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA Conclusiones ‘XX Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA’: “Una Vida en Primera Persona”, 25 y 26 de mayo de 2017 en Ávila.

CONSEJO AUDIOVISUAL DE ANDALUCÍA. “Informe sobre el tratamiento informativo dado por las televisiones a la desaparición y asesinato de un menor en Almería (Caso Gabriel)”, 13 de abril de 2018. Disponible en: http://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/sites/default/files/informe/pdf/1804/informe_menor_almeria.pdf

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.

DEFENSOR DEL PUEBLO. “Ficha de la visita realizada por el MNP”, 14 de junio de 2018. Disponible en: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/ficha-visita-conxo-defensor-del-pueblo.pdf>

DIARIO DE NAVARRA. “3.600 adolescentes y niños, en tratamiento por enfermedades mentales”, 24 de enero de 2017. Disponible en: http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2016/01/25/3600_adolescentes_ninos_tratamiento_por_enfermedades_mentales_391513_300.html

DIARI DE TARRAGONA. “Un estudio presentado en Reus desmonta la creencia de que la mayoría de maltratadores sufran trastorno mental”, 6 de Junio de 2017. Disponible en: <https://www.diaridetarragona.com/reus/Un-estudio-presentado-en-Reus-desmonta-la-creencia-de-que-la-mayoria-de-maltratadores-sufran-trastorno-mental-20170606-0042.html>

DISCAPNET. Accesibilidad, Tarjeta Acreditativa del Grado de Discapacidad. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/accesibilidad/transporte-accesible/la-vida-es-movimiento/transporte-privado/yo-conduzco/tarjeta-acreditativa>

ECRI. Recomendación General nº 15 relativa a la lucha contra el discurso del odio y memorándum explicativo, Consejo de Europa, CRI (2016) 15, adoptada el 8 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://rm.coe.int/ecri-general-policy-recommendation-n-15-on-combating-hate-speech-adopt/16808b7904>

EFE. “Tratamiento psicológico frente al farmacológico en atención primaria”, 1 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.efesalud.com/tratamiento-psicologico-frente-farmacologico-atencion-primaria/>

elcorreogallego.es. “Denuncian que el Psiquiátrico de Conxo no se adapta al modelo asistencial de salud mental”, 6 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.elcorreogallego.es/santiago/ecg/denuncian-psiquiatrico-conxo-no-adapta-modelo-asistencial-salud-mental/idEdicion-2018-07-06/idNoticia-1125122/>

EUROPA PRESS. “Sobrevivir al suicidio de un ser querido”, 19 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-sobrevivir-suicidio-ser-querido-20180918170757.html>

EL CONFIDENCIAL. “Tengo ansiedad desde los siete años”: la epidemia silenciosa de la juventud española”, 10/06/2018. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2018-06-10/generacion-jovenes-ansiedad-crece-problema-mental_1576341/

eldiario.es. “España sigue sin tener psiquiatras infantiles pese a que le obliga Europa”, 23 de febrero de 2019. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/Espana-UE-psiquiatras-especializados-adolescentes_0_870013569.html

EL DIARIO VASCO. “El Defensor del Pueblo denuncia la falta de apoyo a las enfermedades mentales”, 19 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.diariovasco.com/agencias/201803/19/defensor-pueblo-denuncia-falta-1158135.html>

EL IMPARCIAL. “¿Cómo afecta la violencia de género a los niños que la presencian?”, 1 de julio de 2017. Recuperado de: <https://www.elimparcial.es/noticia/179144/sociedad/como-afecta-la-violencia-de-genero-a-los-ninos-que-la-presencian.html>

EL MUNDO. “Uno de cada tres adolescentes en el mundo se ha sentido acosado y la mitad ha experimentado violencia”, 6 de septiembre de 2018. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/internacional/2018/09/06/5b90d5d322601d80418b462f.html>

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

EL PAÍS. “Depresión ‘sonriente’, mujeres que ocultan su dolor por miedo a ser malas madres”, 4 de mayo de 2017. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html

EL PAÍS. “Un psiquiátrico bajo sospecha”, 23 de julio de 2018. Disponible en: https://elpais.com/politica/2018/07/19/actualidad/1532017540_588602.html

EL PERIÓDICO. “El trastorno de mamá y papá”, 14/05/2016. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20160514/discriminacion-personas-trastorno-mental-5127356>

FILLOL, J. “Violencia de género y suicidios: las víctimas olvidadas”, 7 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.jessicafillol.es/2018/02/violencia-de-genero-y-suicidios-las-victimas-olvidadas/>

FEDEAFES. Guía “Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental”, Llodio (Álava), 2017.

FEDERACIÓN VIDA INDEPENDIENTE. “La institucionalización aumenta el riesgo de explotación, violencia y abuso”, páginas 25 y 26 del informe CommDH/IssuePaper (2012) 3 sobre el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por el Consejo de Europa, traducción de César Giménez. Disponible en: <https://federacionvi.org/la-institucionalizacion-aumenta-el-riesgo-de-explotacion-violencia-y-abuso/>

FERRER GONZÁLEZ, P.A., “Psique: Bullying: ¿violencia primaria o secundaria?”, Boletín Científico Sapiens Research, Vol. 2(2)-2012, pp.22-23.

FREIXANET MATEO, M. (coord.); [et al]. *Gènere i diversitat funcional: una violència invisible*, ed. Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona, 2015. Disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Genero-diversidad-funcional.pdf>

FUNDACIÓN ANAR. “Evolución de la violencia a la infancia y adolescencia en España según las víctimas (2009-2016)”, p.26. Recuperado de: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2018/06/Estudio_Evoluci%C3%B3n-de-la-Violencia-a-la-Infancia-en-Espa%C3%B1a-seg%C3%BAAn-las-V%C3%ADctimas.pdf

GALLO GARCÍA, A. et alt. “Violència masclista i malaltia mental, repercussió en el tractament penal i la seva execució”, Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya, 2017.

Disponible en:

http://ceife.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2017/violenciaMasclista_CA.pdf

GONZÁLEZ IBÁÑEZ, R. “Trastorno límite de personalidad y violencia de género”, Diagonal, 25 de noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/24807-transtorno-limite-personalidad-y-violencia-genero.html>

HIDALGO, M., “La salud mental, una prioridad en el trastero”, Bez, 6 de febrero de 2017. Disponible en:

<http://www.bez.es/639834995/La-salud-mental-una-prioridad-en-el-trastero-de-Espana.html>

HUÉSCAR, R. “Si tanto lo he soñado, ¿por qué no disfruto con mi bebé?”, Asociación Española de Psicología Perinatal, 21 de abril de 2017. Disponible en:

<http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/2017/04/21/depresion-posparto/>

JIMÉNEZ LARA, A. “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”, en la obra colectiva *Tratado sobre Discapacidad*, ed. Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2007, pp.177 y 189.

LA VANGUARDIA. “La salud Mental también discrimina a las mujeres trabajadoras”, 8 de marzo de 2018.

Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/20180308/441334606904/dia-mujer-8m-huelga-feminista-salud-mental-discrimina-mujeres-trabajadoras.html>

LEVANTE. “Investigan la muerte de una paciente ingresada en psiquiatría en Denia”, 31 de julio de 2018.

Disponible en: <https://www.levante-emv.com/marina/2018/08/01/investigacion-muerte-paciente-ingresada-psiquiatria/1751439.html>

MÉDICOS DEL MUNDO. “Comparecencia de Médicos del Mundo en el Congreso de los Diputados”, 9 de mayo de 2006, p.2.

20 MINUTOS. “Se investiga la muerte de una paciente ingresada en el área de psiquiatría del Hospital de Dénia”, 1 de agosto de 2018. Disponible en:

<https://www.20minutos.es/noticia/3408808/0/se-investiga-muerte-paciente-ingresada-area-psiquiatria-hospital-denia/#xtor=AD-15&xts=467263>

MILLÁN MADERA, S. “Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales”, pp.13, 14 y 21. Disponible en:

<https://consaludmental.org/centro-documentacion/mujeres-discapacidad-violencia-sexual-8750/>

MILLER, A. “Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño”, ed. Tusquets, Barcelona, 2006, p.239.

MINISTERIO DE CULTURA, “Género y cultura”, AGETECA, Base de datos/Gestión cultural. Disponible en:

<http://www.agetec.org/ageteca/genero.htm>

MINKOWITZ, T. “Accessibility as a right of users and survivors of psychiatry/ people with psychosocial disabilities: Submission of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) to the

Committee on the Rights of Persons with Disabilities for its Day of General Discussion on CRPD Article 9”. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD7102010/submissions/WNUSP.doc>

MURUAGA, S. “Prostitución y Salud”, publicado por AMS, Mujeres para la Salud. Disponible en: <https://www.mujeeresparalasalud.org/prostitucion-y-salud/>

NODIN, N., PEEL, E., TYLER, A., and RIVERS, I. “The RaRE Research Report: LGB&T Mental Health – Risk and Resilience Explored”, ed. PACE, London, 2015, pp.33, 66, 67 y 68. Disponible en: http://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2015/04/RARE_Research_Report_PACE_2015.pdf

OBSERVATORIO DE ACCESIBILIDAD, “Tecnología Inclusiva”, disponible en Discapnet, el Portal de las Personas con Discapacidad. Disponible en <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/tecnologia-inclusiva/observatorio-de-accesibilidad-tic>

OMS. “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres”, Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la violencia contra la mujer. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

ONCE. “La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social”. Disponible en: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/accesibilidad>

ONU. CONVENCIÓN sobre los DERECHOS de las PERSONAS con DISCAPACIDAD, publicación online informativa “¿Por qué una Convención?”. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/ganda.html>

ONU. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/ESP/CO/5-6, 5 de marzo de 2018.

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

ONU. Resolución 32/18 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, “Mental Health and Human Rights”, A/RES/67/97 (18 de julio ,2016). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>.

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. Observación General 2 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas sobre accesibilidad, Párrafo 3,11º período de sesiones de 31 de marzo a 11 de abril de 2014.

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. “Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género”, Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/19/41, 17 de noviembre de 2011, p.5.

ONU. “Orientación sexual e identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, América del Sur, Oficina Regional, 2013. Disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orentaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>

ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

PODER JUDICIAL DE COSTA RICA. Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial, Colección Documentos de Política nº 6, Área Justicia, Costa Rica, 2013. Artículos 3, 5 y 9 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad (1, 2 y 8).

POLO USAOLA, C. “Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas”, Boletín nº 42 de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), 12 de febrero de 2018. Disponible en: <https://amsm.es/2018/02/12/deconstruyendo-mandatos-de-genero-en-narrativas-terapeuticas-boletin-no-42-de-la-amsm/>

POLO USAOLA, C. ‘¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada “Ideología de género”’, Asociación Madrileña de Salud Mental, 28 de marzo de 2013. Disponible en: <https://amsm.es/2013/03/28/colaboraciones-sigue-siendo-necesario-incluir-la-perspectiva-de-genero-en-salud-mental-y-en-derechos-humanos-a-proposito-de-las-consideraciones-despectivas-sobre-la-llamada-ideologia-de-gene/>

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

SALUD MENTAL ESPAÑA. “#Descubre concienciará a jóvenes de toda España sobre el riesgo de adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales”, 24 de enero de 2018. Recuperado de: <https://consaludmental.org/sala-prensa/descubre-concienciar-a-jovenes-adiccion-redes-sociales-35517/>

SALUD MENTAL ESPAÑA. “SALUD MENTAL ESPAÑA se posiciona contra la esterilización forzosa de mujeres y niñas con discapacidad”, 7 de febrero de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-esterilizacion-forzosa-mujeres-35907/>

SALUD MENTAL ESPAÑA. “El segundo Taller “Mujeres y Salud Mental” reúne en Madrid a 22 participantes”, 3 de julio de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/segundo-taller-mujeres-salud-mental-38981/>

SALUD MENTAL ESPAÑA. “SALUD MENTAL ESPAÑA y Mediaset lanzan una campaña contra el estigma en salud mental”, 8 de octubre de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-y-mediaset-41438/>

SALUD MENTAL ESPAÑA. “3 de cada 4 mujeres con problemas de salud mental han sufrido violencia en el ámbito familiar o de pareja”, 25 nov 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/mujeres-salud-mental-sufrido-violencia-familiar-pareja-42448/>

SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017, ed. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Madrid, Marzo de 2017, pp.31-33.

SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales en España 2015, pp.16-19. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-DDHH-salud-mental-2015.pdf>

SANTOS URBANEJA, F. “La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en salud mental, aspectos civiles y penales”, 2012. Disponible en: <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/>

SAVE THE CHILDREN. “Abuso sexual. Niños desprotegidos por las Administraciones Públicas”, 23 de enero de 2018. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/actualidad/abuso-sexual>

SAVE THE CHILDREN. “Infancia y Justicia: Una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España”, noviembre/2012. Recuperado de:
<http://www.cje.org/descargas/cje3143.pdf>

SCHNEIDERMAN, D.J. “Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional”, margen N° 66 – setiembre 2012, pp.4 y 5. Disponible en:
https://www.margen.org/suscri/margen66/03_schneidermann.pdf

SEPPNA. Comunicado de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA), 20/06/2017. Disponible en: <http://www.seppna.com/noticias/2017-06-20-especialidad-de-psiquiatria-del-nino-y-del-adolescente/>

SUESS, A., 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”, Ed. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015. Disponible en:
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental-25906/>

TORTOSA BLASCO, J., LA PARRA-CASADO, J. “Violencia estructural, una ilustración del concepto”, Violencia y sociedad, N° 131, 2003, pp. 57-72.

TUBERT COTLIER, S. “La construcción cultural de la feminidad”, en la obra colectiva Salud Mental y Género, Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres, ed. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid, 19 y 20 de octubre de 1999, pp.66-71. Disponible en:
<http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocumentos/docs/Saludmentalylgenero.pdf>

UNIÓN EUROPEA, DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en:
<https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>

UNICEF, “An Everyday Lesson: #ENDviolence in Schools, New York, September 2018, p.17, 21.

UNITED NATIONS, General Assembly. “Mental Health and Human Rights”, A/HRC/34/32, 31 de enero, 2017. Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>

VICE, “La salud mental LGBT: ¿Estamos haciendo lo suficiente?”, La Guía VICE de la Salud Mental, 29 de abril de 2015. Disponible en: <https://www.vice.com/es/article/nngnzm/la-salud-mental-lgbt-estamos-haciendo-lo-suficiente-877>

WNUSP, World Network of Users and Survivors of Psychiatry. “Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities- Derechos de las Personas con Discapacidad, de Naciones Unidas”, February 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*, Geneva, 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1