



confederación
SALUD MENTAL
españa

Informe sobre el estado de los
DERECHOS HUMANOS

en salud mental

2019

Coordinación y redacción: Irene Muñoz Escandell, Asesora Jurídica de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Participantes (Comité de Defensa de Derechos Humanos de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA):

- Ana Mingorance Martín (FEAFES Andalucía Salud Mental)
- Patricia Hernández Bernal (Federación Salud Mental Aragón)
- Eladio Rico García (AFESA Salud Mental Asturias)
- Jose Luis Herrera Bello (Federación Salud Mental Canarias)
- Ignacio Fernández Allende (Asociación Cántabra Pro Salud Mental – ASCASAM)
- Montserrat Vázquez Lolo (Federación Salud Mental Castilla - La Mancha)
- Ángel Lozano de las Morenas (Federación Salud Mental Castilla y León)
- Rosa María Álvarez Redondo (Federación Salud Mental Castilla y León)
- Mónica Carrilero Ciprés (Federació Salut Mental Catalunya)
- Inmaculada Carrasco Gutiérrez (Asociación Salud Mental Ceuta)
- Iván Sanmartín Eirin (Saúde Mental FEAFES Galicia)
- Marta Gómez Rubio (Asociación Salud Mental La Rioja)
- Adriana Sanclemente Gámez (Federación Salud Mental Madrid)
- Itziar Caballero López (Federación Salud Mental Madrid)
- José María Estebaranz Ortiz (Federación Salud Mental Madrid)
- Juan José San Gil Otero (Federación Salud Mental Madrid)
- Martín José Jiménez Martínez (Federación Salud Mental Región de Murcia)
- Aitziber Yarnoz Lusarreta (Asociación Navarra para la Salud Mental – ANASAPS)
- María José Cano Mesías (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental – FEDEAFES)
- Llum Moral (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana)

Edición:



Colabora:



Publicación: Madrid. Mayo de 2020



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

ÍNDICE

ÍNDICE	3
PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	7
¿QUÉ HEMOS DETECTADO?	11
1. OBLIGACIONES GENERALES	11
1.1. Aspectos a tener en cuenta	11
1.1.1. Delitos de odio	11
1.2. Recomendaciones	13
2. DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	14
2.1. Aspectos a tener en cuenta	14
2.1.1. El sesgo de género del sistema sanitario	14
2.1.2. Mujeres y empleo	15
2.1.3. Demandas atendidas en el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género	16
2.2. Denuncias	22
2.2.1. No hay datos sobre salud mental materna ni recursos de prevención y tratamiento	22
2.2.2. Las mujeres sin hogar con problemas de salud mental en el limbo de la violencia de género	23
2.2.3. Esterilizaciones forzosas: una práctica aún no erradicada	23
2.2.4. Se sigue sin poner recursos para atender la depresión posparto	24
2.3. Buenas prácticas	25
2.3.1. El Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic, pionero en la atención de la salud mental materna	25
2.3.2. Proyecto Julia	26
2.3.3. Mujeres sin adjetivos	27
2.4. Recomendaciones	28
2.5. Testimonios	29
3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	30
3.1. Aspectos a tener en cuenta	30
3.1.1. La falta de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes socava la prevención y compromete el desarrollo sostenible	30
3.2. Denuncias	31
3.2.1. España sigue sin contar con la especialidad médica de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia	31
3.2.2. La exposición continuada al acoso puede provocar problemas de salud mental	32
3.3. Buenas prácticas	33
3.3.1. La Fundación Alicia Koplowitz cuenta con un plan de becas para especialización en Psiquiatría Infantil en universidades europeas y estadounidenses	33
3.3.2. PantallasAmigas	33
3.4. Recomendaciones	35
4. TOMA DE CONCIENCIA	36
4.1. Aspectos a tener en cuenta	36

4.1.1. Prevención del suicidio	36
4.1.2. Adicciones sin sustancia: de la ludopatía a las nuevas tecnologías	38
4.1.3. Salud mental y población inmigrante	39
4.1.4. Protección de personas con discapacidad que participan en investigaciones	40
4.1.5. Salud mental y medios de comunicación	41
4.2. Denuncias	42
4.2.1. No se está prestando la debida atención a la salud mental de la población migrante	42
4.3. Buenas prácticas	43
4.3.1. Formación sobre Migración y Salud para profesionales de la Salud, Fuerzas del orden y Trabajo Social que trabajan en cuidados de salud mental y física a nivel local con personas migrantes y refugiadas	43
4.3.2. Acuerdo de colaboración entre ACCEM y Federación Salud Mental Castilla y León	43
4.4. Recomendaciones	45
4.5. Testimonios	46
5. ACCESIBILIDAD	47
5.1. Aspectos a tener en cuenta	47
5.1.1. Barreras invisibles	47
5.2. Buenas prácticas	48
5.2.1. Proyecto 'CiberMent 2.0'	48
5.3. Recomendaciones	49
5.4. Testimonios	50
6. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY	51
6.1. Aspectos a tener en cuenta	51
6.1.1. El sentido del artículo 12 CDPD	51
6.2. Denuncias	52
6.2.1. Se sigue sin poner medios para que las personas con discapacidad psicosocial puedan registrar sus Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas en la historia clínica	52
6.3. Recomendaciones	53
7. ACCESO A LA JUSTICIA	54
7.1. Aspectos a tener en cuenta	54
7.1.1. La falta de conciencia y el estigma consolidan barreras insalvables	54
7.2. Buenas prácticas	55
7.2.1. Informe de resultados y conclusiones sobre el derecho a la capacidad jurídica en salud mental	55
7.3. Recomendaciones	57
8. LIBERTAD Y SEGURIDAD DE LA PERSONA	58
8.1. Aspectos a tener en cuenta	58
8.1.1. El uso y abuso de medidas de restricción de la libertad	58
8.2. Recomendaciones	59
9. DERECHO A VIVIR DE FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD	60
9.1. Aspectos a tener en cuenta	60
9.1.1. La asistencia personal en salud mental	60
9.2. Recomendaciones	62
10. DERECHO A LA EDUCACIÓN	63
10.1. Aspectos a tener en cuenta	63
10.1.1. Educación emocional	63
10.2. Buenas prácticas	63

10.2.1. Campaña “¿Todos tenemos salud mental?”	63
10.3. Recomendaciones	64
11. DERECHO A LA SALUD	65
11.1. Aspectos a tener en cuenta	65
11.1.1. Las desigualdades sociales como factores de riesgo	65
11.1.2. La salud mental entre los retos clave a abordar de manera inmediata	65
11.2. Denuncias	66
11.2.1. España está cinco veces por debajo de la media Europea en provisión de profesionales de la Psicología Clínica en el sistema público de salud	66
11.2.2. Trastornos alimentarios	67
11.2.3. La salud mental continúa siendo la "hermana pobre" del sistema sanitario español	68
11.3. Recomendaciones	70
11.4. Testimonios	71
12. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO	72
12.1. Aspectos a tener en cuenta	72
12.1.1. Cambiar la cultura en el lugar de trabajo	72
12.2. Buenas prácticas	74
12.2.1. Proyecto ‘PasaXT hacia el empleo’	74
12.3. Recomendaciones	75
12.4. Testimonios	76
13. NIVEL DE VIDA ADECUADO Y PROTECCIÓN SOCIAL	77
13.1. Aspectos a tener en cuenta	77
13.1.1. Pobreza energética y salud mental.....	77
14. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA	80
14.1. Aspectos a tener en cuenta	80
14.1.1. Promoción de la participación en la vida política y pública.....	80
14.1.2. Perspectivas de futuro	84
14.2. Testimonios	85
FUENTES DOCUMENTALES	86

PRESENTACIÓN

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...” Son las primeras palabras de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y constituyen la premisa de la que nace y sobre la que se basa toda la actividad del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA.

Sin embargo, esa **libertad, igualdad y dignidad** se ha ido diluyendo, hasta desaparecer, en las capas más vulnerables de la sociedad. Es el caso de las personas con problemas de salud mental, históricamente apartadas, estigmatizadas y silenciadas, y, que en pleno **siglo XXI**, seguimos experimentando vulneraciones de todo tipo de nuestros derechos fundamentales.

Por ello, consideramos esencial hacer, cada año, este ejercicio de análisis de la situación de los derechos de las personas con problemas de salud mental, acompañado de reivindicaciones y recomendaciones, que nos permitan una **vida digna, independiente y formando parte de la comunidad**.

La salud mental es la gran olvidada del sistema sanitario de España. Somos el único país de la Unión Europea, junto con Bulgaria, que no cuenta con una especialidad de Psicología Infanto-juvenil. La ratio de profesionales en Psicología Clínica es tres veces inferior a la media europea. La salud mental materna es todavía un gran tabú, oculto bajo la alfombra como si fueran sobras. **Se sigue infantilizando a las personas con problemas de salud mental** impidiendo su desarrollo como personas independientes y autónomas. Con frecuencia nos olvidamos de que la población migrante también forma parte de nuestra sociedad, y su salud también es la nuestra. No prestamos atención al incremento de las adicciones, y en 2019, **una vez más, el suicidio fue la primera causa de muerte no natural**, superando en más del doble a los accidentes de tráfico.

Estas son algunas de las numerosas situaciones que recoge este informe, y que, desde el movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA llevamos denunciando desde hace años, sin encontrar soluciones reales y estructurales que verdaderamente procuren la prevención y la recuperación en salud mental.

Antes o después, casi todas las personas tendremos un problema de salud mental. Según la OMS, **la salud mental será el primer problema de salud pública en el mundo en 2030**. No contaron, al hacer esta predicción, con **la pandemia del Covid-19 que puede precipitarlo todo** y que, como la misma OMS ha reconocido, tendrá repercusiones en la salud mental, cuyo alcance aún no podemos medir.

Sin embargo, lo que sí sabemos es que la cantidad de trastornos de todo tipo (depresivos, de ansiedad, alimenticios, del sueño, fobias, entre otros) ya es alarmante. Mención aparte merece la pérdida más grave y absoluta, como es la de aquellas personas que no han aguantado el sufrimiento y se han quitado la vida.

Todo lo que en 2019 se ha denunciado, hoy revela su verdadera dimensión. Este informe pone de manifiesto muchas de nuestras debilidades como sociedad que, en la práctica, son **vulneraciones de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, una norma de obligado cumplimiento para los Estados que la han ratificado, entre ellos España.

Este informe nos llama a la acción. Es nuestra herramienta, como movimiento asociativo, para apelar a las administraciones a tener en cuenta su contenido a la hora de plantear estrategias de salud. **Necesitamos un cambio verdadero en el cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** y entender la importancia real que tiene la salud mental para la humanidad.



Jose Luis Herrera Bello

Integrante del Comité de Defensa de Derechos Humanos SALUD MENTAL ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

Desigualdad, pobreza y exclusión son déficits de la sociedad que nos estamos acostumbrando a ver frecuentemente asociados a la condición de determinadas personas por razón de su edad, sexo, raza o tener una discapacidad, entre otros aspectos. Estas realidades conviven en sociedades construidas en torno a una idea del bienestar que, a partir del siglo XXI, va más allá de los aspectos materiales para identificarse también con una suerte de sensación de la población de “encontrarse bien”. Esta consideración dual del bienestar ha de encontrarse, sin duda, en la base del diseño de todas las políticas que se hayan de desarrollar para disminuir o eliminar tales déficits y en esa tarea, son los Estados, como principales titulares del poder político, los que tienen la principal responsabilidad de dar solución a estas carencias.

Ahora bien, siendo esto cierto, también lo es que el abordaje de estos problemas no solo les compete a ellos. Por eso, además de proveer los correspondientes recursos, han de promover también la construcción de redes de interdependencia para impulsar la autonomía de las personas. Al fin y al cabo, de lo que se trata es de corresponsabilidad social y, por tanto, de configurar una ciudadanía que, superando la tendencia creciente al individualismo que se ha ido imponiendo en las sociedades de nuestro entorno y en la nuestra propia, sea consciente de su pertenencia a una comunidad que se caracteriza por ser diversa. La falta de sentido de comunidad destruye el tejido social, debilita las sociedades y es campo de cultivo para las vulneraciones de derechos humanos. Es por ello por lo que ciudadanía y derechos humanos son conceptos que deberían ir de la mano.

Todo lo que les ocurre a las personas de nuestro entorno nos concierne y nos hace responsables. Así sucede, concretamente, con la discapacidad que, al fin y al cabo, no es más que el fruto de una concepción errónea de la sociedad. Por eso, esta debe reestructurar las políticas, prácticas, actitudes y normativas para que las personas a las que se atribuye esa condición sean vistas como lo que son: un valor y no un problema¹. Conciencia y responsabilidad son, por tanto, ingredientes imprescindibles para lograr una plena implementación de los derechos humanos en un contexto social determinado.

Entre los colectivos más fuertemente golpeados por los déficits mencionados al inicio se encuentra el de las personas con discapacidad psicosocial. Estas personas, tradicionalmente en el vagón de cola de los avances sociales, están comenzando a consolidar un movimiento con voz propia por la defensa de sus derechos más básicos. A la cabeza de esos derechos se encuentra el de contar, sin discriminación por sus problemas de salud mental, con unas mínimas condiciones para llevar una vida autónoma, según sus preferencias, y ser incluidas en la comunidad como un valor más para la cohesión social. Existe base legal para ello, pero hace falta por encima de todo base humana. Es decir, personas dispuestas a escuchar a su conciencia y abrir el camino hacia una humanización del trato y, por tanto, de los recursos.

Tal y como apunta el jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Quirónsalud de Barcelona, el doctor Carlos Lupresti, no hay que olvidar que el ser humano tiende a la simplificación, aunque se

¹ Giddens, A. (2010). *Sociología*. Madrid: Alianza.

esfuerce para entender la complejidad, incluso *“aunque se nos eduque para la cooperación, podemos caer en la tentación de utilizar cualquier fragilidad del otro como munición en su contra cuando favorezca nuestros intereses dentro del grupo”*. Ante esta situación, añade que las personas con problemas de salud mental mantienen un sentimiento o llegan a la convicción de que su estado representa un fracaso personal o en algunos de los roles de la vida (como madre, padre, esposa, esposo o profesional, entre otros): *“sobrevolando estos sentimientos suele aparecer, también, el sentimiento de culpa. Muchas veces, un cuadro depresivo nos puede dejar fuera del combate social, personal y laboralmente”*².

Este experto destaca, asimismo, que *“ante aquellas disfunciones que afectan a lo más profundo de nuestro ser, no es habitual que el entorno muestre respeto y tolerancia hacia quien lo padece”* y se suele actuar o aconsejar con total falta de empatía, como si la persona estuviera en tal estado por voluntad propia. De este modo se emiten sentencias supuestamente beneficiosas como *“de qué te quejas si lo tienes todo”*. Como alternativa, el doctor propone mostrar respeto por su dolor, participar en la búsqueda de ayuda profesional y si nada de eso es posible, acompañar: *“hagan compañía, andamos escasos”*.

El cambio de paradigma que vino de la mano de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) supuso ya un enorme reto que todavía se está afrontando. Posteriormente, la Agenda 2030 y con ella los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han planteado otro de no menores dimensiones: un compromiso mundial para que la igualdad sea una realidad que alcance a todas las personas y grupos. Se trata de un nuevo instrumento en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que busca reactivar, catalizar y guiar a los Estados hacia los derechos humanos. Sin embargo, todavía cuesta mucho que, por lo general, se vea a las personas con discapacidad psicosocial en toda su dignidad, como sujetos de derecho y ciudadanos y ciudadanas que hay que situar en el centro de las decisiones que les conciernan³.

Por ello, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA reclamamos una Agenda 2030 que se nutra de los principios, valores y mandatos de la Convención, ya que los vínculos entre ambas son evidentes. De hecho, más allá de las menciones específicas en este nuevo Pacto mundial, las personas con discapacidad están presentes en todas las esferas y es desde la inclusión como se ha de abordar cada uno de los ODS. Queremos, así, que en ese camino se tenga en cuenta a la salud mental como un componente de primer orden en el desarrollo humano⁴.

Nadie debe quedar atrás. Más que nunca, vivimos tiempos que reclaman acción, una llamada al activismo. No podemos vivir de espaldas al devenir de los acontecimientos y actuar como si estos no tuvieran consecuencias, como si no hubiera vidas humanas que se van quedando fuera del camino. ¿Quién nos puede asegurar que no vayamos a ser una de esas vidas que se cuelan por los sumideros de la sociedad? No se está construyendo una sociedad mentalmente saludable. De

² Tovar, J. (11 abril, 2019). [Las dos visiones sobre la enfermedad mental: ¿Por qué sigue tan estigmatizada?](#). *Efe salud*.

³ Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (14 septiembre, 2019). [La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Agenda 2030](#) [Artículo en web]. *op.cit.* p.2-4,

7 y 8.

⁴ *Ibid.*

hecho, la vida se canaliza artificialmente hacia espacios que dan la espalda a la salud mental. Sin embargo, más que nunca la salud mental se encuentra en el punto de mira.

El pensador italiano Franco Berardi, analizando los efectos del mundo digital en el ser humano, expresó en una entrevista publicada en febrero de 2019 por El País que *“vivimos una época de patologías masivas, como las crisis de pánico, la depresión, la ansiedad, que no son patologías simplemente psíquicas, sino de la relación comunicacional”*. En este contexto, *“las nuevas generaciones viven de manera más normal que las anteriores, pero a costa de un sufrimiento psíquico y social, porque las formas de explotación, el regreso de la esclavitud de la precariedad, libre, pero esclavitud, es el precio que están pagando. (...) En sí la tecnología no es mala. Solo produce sufrimiento cuando se vincula con la competencia desenfrenada, con la soledad y la violencia social, con el neoliberalismo. Si no corres, mueres. Si no eres más veloz, no ganas. Los trabajadores han de competir entre ellos. La relación entre jóvenes es de competencia y soledad”*⁵.

Sabemos que no suele haber una sola causa para que aparezca un problema de salud mental. Por regla general, debe darse una combinación de factores genéticos, del entorno social y de experiencias vividas. De hecho, la mayoría de los problemas de salud mental suelen iniciarse en la infancia o adolescencia o tras sufrir algún suceso traumático como perder un trabajo, la muerte de un familiar, una separación o un desahucio. Todos estos factores son desencadenantes⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 4 personas tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida y, en 2030, los trastornos mentales serán la principal causa de discapacidad en el mundo, por lo que estos constituyen uno de los mayores retos a los que se enfrenta Europa en materia de salud pública. Además, esta misma organización destaca que la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años.

En España, teniendo en cuenta la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre el 2'5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, es decir, más de 1 millón de personas. En el último año, una de cada 10 personas a partir de los 15 años manifestó haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental, pero esto es solo la punta del iceberg. Todavía muchas personas viven sin conciencia de que tienen un problema de salud mental. Por una u otra razón, su situación no ha sido detectada por el Sistema Nacional de Salud. Aun así, a partir de ese segmento de la realidad que se conoce y las limitaciones que ello comporta, podemos afirmar, teniendo en cuenta lo que indica la Estrategia, que en nuestro país el 9% de la población tiene algún tipo de trastorno mental y el 15% lo tendrá a lo largo de su vida⁷.

Los datos hablan por sí mismos, por lo que desde la Confederación entendemos que el desarrollo de políticas públicas eficientes en relación a la salud mental debe ser una prioridad.

⁵ Massot, J. (20 febrero, 2019). [El problema es cómo la pantalla se ha apoderado del cerebro](#). *El País*.

⁶ Tovar, J. (11 abril, 2019). [Las dos visiones sobre la enfermedad mental: ¿Por qué sigue tan estigmatizada?](#). *Efe salud*.

⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (22 abril, 2019). [SALUD MENTAL ESPAÑA demanda al futuro Gobierno que la salud mental sea una prioridad en su agenda política](#) [Artículo en web]

Los datos hablan por sí mismos, por lo que desde la Confederación entendemos que el desarrollo de políticas públicas eficientes en relación a la salud mental debe ser una prioridad.

Desde SALUD MENTAL ESPAÑA se proponen **12 acciones concretas y específicas** para que el Gobierno pueda tener en cuenta cuáles son las prioridades y necesidades del colectivo:

- 1.** Promocionar la salud mental, la prevención, la detección precoz y la intervención temprana, aumentando la inversión económica destinada a ello.
- 2.** Mejorar y reforzar urgentemente políticas activas de empleo para personas con problemas de salud mental.
- 3.** Promocionar la salud mental y la detección temprana de problemas de salud mental en escuelas e institutos. Invertir en salud mental infantil y juvenil.
- 4.** Fortalecer el principio de igualdad entre mujeres y hombres e incorporarlo en la práctica profesional y en políticas públicas y normativas.
- 5.** Fortalecer la democracia a través de medidas que faciliten la participación de las personas en todos los ámbitos.
- 6.** Desarrollar políticas públicas enfocadas a la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas con trastorno mental.
- 7.** Sistemas de apoyo, información y formación a las familias.
- 8.** Elaborar protocolos para que las personas con problemas de salud mental puedan acceder a la justicia.
- 9.** Impedir que las personas con problemas de salud mental vivan en prisión.
- 10.** Desarrollar y dotar de inversión un plan de prevención del suicidio.
- 11.** Dotar de recursos de atención a la salud mental adaptados a necesidades de las personas migrantes.
- 12.** Invertir en investigaciones, y difundir los avances, centrándose en la prevención y promoción de la salud mental y en respuestas a la coerción.

Para el presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico, *“invertir en salud mental es preocuparse por el bienestar de las personas”*. Si no se hace, tiene mucho que ver con lo que la propia OMS califica como la ignorancia y la estigmatización que continúa rodeando a los trastornos mentales, pese a disponer de tratamientos eficaces para su plena recuperación.

A la luz de lo anterior, el lema de este informe podría ser ‘Más conciencia, más acompañamiento y, en definitiva, más humanidad’. De todo esto, en nuestras sociedades llamadas desarrolladas, todavía andamos escasos.

¿QUÉ HEMOS DETECTADO?

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, desarrollo, y promoción de la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías.
- Información accesible.
- Formación de los y las profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad; etc.

1.1. Aspectos a tener en cuenta

1.1.1. Delitos de odio

Nueve de cada diez personas que han sufrido agresiones en Europa por motivos de odio o discriminación no denuncian los hechos. Son datos de la Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (2017). El problema fundamental es que muchas de estas personas no se reconocen como víctimas o, simplemente, perciben que no va a servir de nada denunciar, como si su condición llevara inherente una menor atención institucional. La realidad es que hay un fondo de verdad en esa creencia, sobre todo si esa condición es un problema de salud mental. De hecho, la ausencia de recursos para garantizar sus denuncias es una realidad y el prejuicio sobre la falta de veracidad de sus testimonios, una constante. Todo ello limita la acción frente a las vulneraciones. Tampoco ayuda el amplio margen de interpretación a la que está sujeto el delito de odio tal y como está redactado en nuestro Código Penal⁸.

Un estudio elaborado por Spora Sinergias, impulsado por el Instituto de Derechos Humanos de Cataluña (IDHC), ha detectado todas estas realidades y efectuado propuestas al respecto,

⁸ Spora Consultoría Social. (7 junio, 2018). [La respuesta de Barcelona a los delitos de odio y las discriminaciones](#) [Artículo en web]

incluyendo los problemas de salud mental entre los objetivos de este tipo de conductas violentas y discriminatorias.

La Circular 7/2019, de 14 de mayo, de la Fiscalía General del Estado, sobre pautas para interpretar los delitos de odio tipificados en el artículo 510 del Código Penal, reconoce que no existe una definición unívoca de lo que deba entenderse como discurso de odio o, en la terminología anglosajona, *hate speech*. No obstante, ofrece a la Fiscalía unas pautas de actuación para facilitar soluciones hermenéuticas a los distintos problemas que estas figuras delictivas puedan plantear en la práctica y que, al mismo tiempo, sean lo más concretas y útiles posibles a la hora de enfrentarse al estudio y análisis de un determinado asunto de esta naturaleza⁹.

Es muy común que las personas con problemas de salud mental sean discriminadas al asociarse el diagnóstico con conductas violentas, una conducta muy reforzada por la acción de los medios de comunicación. La discriminación, así, se extiende tanto en la esfera familiar, como en la educativa, asistencial, sanitaria e institucional. Sin embargo, la realidad constatada por diversos estudios es que estas personas son más frecuentemente víctimas que victimarias¹⁰. Entre los delitos más frecuentes de los que son víctimas estas personas se encuentran las amenazas, el acoso, el maltrato en la infancia o adolescencia, la discriminación, el *bullying*, la violencia en la pareja, la violencia sexual, el hecho de presenciar violencia familiar, el robo o el acoso laboral.

⁹ Circular 7/2019, de 14 de mayo, de la Fiscalía General del Estado, sobre pautas para interpretar los delitos de odio tipificados en el artículo 510 del Código Penal https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-7771

¹⁰ Díaz Gómez, S. (24 abril, 2019). [Victimización y trastorno mental](#). *El Salto Diario*.

1.2. Recomendaciones¹¹

1. **Promocionar la profesionalización y la coordinación** en un marco de seguridad para las víctimas de delitos de odio que fomente la confianza en los cuerpos policiales.
2. **Ampliar la capacidad de acción** de las entidades y servicios en materia de **delitos de odio**.
3. **Crear y garantizar una cobertura legal sobre delitos de odio** completa, eficaz y específica para la protección del colectivo de personas con discapacidad.
4. **Formar a los profesionales de la salud para que actúen teniendo en cuenta nuevas formas de victimización**, como por ejemplo el ciberbullying, y victimizaciones que tradicionalmente han pasado más desapercibidas, como el acoso escolar o laboral.
5. Evitar las explicaciones deterministas o simplificadas sobre la relación entre **trastorno mental y victimización**. Por el contrario, se han de delimitar los diferentes factores y su interconexión entre sí, al tiempo que se requiere de **investigaciones más exhaustivas sobre la materia**.
6. Prestar especial atención a la **red de apoyo social y familiar de las personas victimizadas**. La concienciación y sensibilización social es un aspecto clave, ya que de ella dependerá la proliferación o no de prejuicios y, como consecuencia, de conductas discriminatorias y, en última instancia, delictivas contra determinados sectores de la población.
7. Promover la **formación, concienciación y sensibilización de los y las profesionales** (sobre todo de los ámbitos sanitario, policial y jurídico) para atender correctamente a la víctima, evitar la victimización secundaria y, en última instancia, la impunidad del delito.

¹¹ Spora Consultoría Social. (7 junio, 2018). [La respuesta de Barcelona a los delitos de odio y las discriminaciones](#) [Artículo en web]

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

2.1.1. El sesgo de género del sistema sanitario

Según el estudio *‘La salud pública desde la perspectiva de género y clase social’*¹², las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material, presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación. Sin embargo, el sistema de salud adolece del mismo enfoque androcéntrico de la sociedad en la que está inserto y genera un sesgo en profesionales de la salud, cuando son mujeres las que llegan a sus consultas médicas y, si además se trata de salud mental, el problema se multiplica en un contexto de coerción en donde el género adopta una dimensión mayor. Esto es así, porque el paradigma del modelo social de la discapacidad y el enfoque de derechos humanos de la CDPD y la [Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer](#) (CEDAW por sus siglas en inglés) no han permeado en la legislación y en las políticas que afectan a las personas con problemas de salud mental, por lo que prevalecen estereotipos nocivos y toda forma de discriminación contra las mujeres¹³.

La doctora Aurora Rovira, en su artículo *‘La ciencia y la práctica médica, un reflejo de la sociedad patriarcal’*, afirma que, a pesar del predominio de las mujeres en el ejercicio de la Medicina, [la práctica médica todavía es androcéntrica y patriarcal](#) porque las personas que forman parte de esta profesión están socializadas y formadas en ese contexto. Al fin y al cabo, *“la medicina es el reflejo de la cultura y las creencias que la sustentan y por lo tanto tiene sus mismas características”*, y añade: *“Ahora que empezamos a reconocer las estructuras patriarcales de poder en otros ámbitos de la vida, es importante reflexionar sobre cómo estas han configurado la ciencia y la práctica médica y qué impacto tienen sobre la salud de las mujeres”* (Carme Valls-Llobet, 2009)¹⁴.

Las mujeres, en general, sufren diferentes formas de violencia en este contexto, que tienen que ver con la sobremedicación del embarazo, el parto o la menopausia, entre otras circunstancias de la vida, desatención de problemas de salud cuyos síntomas se atribuyen a *“cuestiones nerviosas”*

¹² Borrell, C., García-Calvete, M. M., Martí-Boscà, J. V. (2004). [La salud pública desde la perspectiva de género y clase social](#). *Gaceta Sanitaria*, 18(6), pp. 2-6.

¹³ Fundación Cermi Mujeres. (1 mayo, 2019). [Violaciones de derechos humanos de las mujeres con discapacidad psicosocial](#) [Artículo en web]

¹⁴ Rovira, A. (4 abril, 2018). [La ciencia y la práctica médica, un reflejo de la sociedad patriarcal](#). *Catalunya Plural*.

y múltiples desajustes entre las necesidades de las pacientes y los recursos que se les proporcionan. Por otra parte, se produce un sobrediagnóstico de trastornos mentales a las mujeres, identificando con patologías malestares que en la mayoría de las ocasiones tienen que ver con las cargas asociadas a los estereotipos de género y diferentes tipos de violencia, como la violencia machista. De este modo, la violencia estructural de la sociedad adopta la forma de diagnóstico, generando una etiqueta que oculta, no resolviendo el verdadero trasfondo del problema y relegando a la mujer a un papel de sujeto pasivo o víctima¹⁵.

Como señala esta doctora, hace falta una mirada crítica y feminista en este ámbito que cuestione la ciencia y la práctica médica desde una perspectiva de género y denuncie los condicionantes que perjudican la salud de las mujeres y, en algunos casos también, la de los hombres¹⁶.

2.1.2. Mujeres y empleo

Un estudio llevado a cabo en Reino Unido revela que la globalización y la economía 24/7 (atención al cliente las 24 horas los 7 días de la semana) promueve el incremento de las jornadas laborales y la inversión de tiempo los fines de semana, lo cual redundaría en perjuicio de la salud mental del personal en general, pero especialmente en un sector en particular: el de las mujeres¹⁷.

Las autoras del estudio¹⁸ denominan “*antisocial*” a esta tendencia de trabajo y han detectado diferencias de género en relación a los patrones laborales. Un ejemplo es que los hombres trabajan más horas en empleos remunerados que las mujeres y estas asumen una mayor proporción de tareas domésticas y el cuidado de otras personas, siendo mucho mayor el porcentaje que recurre al empleo a tiempo parcial en comparación con los hombres. Esta mayor carga de trabajo “*antisocial*” sobre las mujeres, las hace más propensas a sufrir depresión¹⁹.

Además, la Fundación Cermi Mujeres (FCM) ha denunciado el mantenimiento de la brecha salarial por razón de género, también en el colectivo de las personas con discapacidad. Así, según revela esta entidad, las mujeres cobran un salario un 14% más bajo que el que reciben los hombres con discapacidad, sufren mayor precariedad en el tipo de contrato (temporalidad y jornada parcial) y, a nivel general, las tasas de actividad, empleo y desempleo son ligeramente peores en las mujeres que en los hombres con discapacidad y sensiblemente peores las condiciones laborales. A la vista de los datos, destaca que desde un enfoque interseccional, la discriminación salarial de género tiene mayor impacto incluso que la discapacidad en sí misma²⁰.

¹⁵ [Ibid.](#)

¹⁶ [Ibid.](#)

¹⁷ Sinc. (26 febrero, 2019). [Las largas jornadas laborales aumentan el riesgo de depresión en mujeres](#). *La Sexta*.

¹⁸ Weston, G., Zilanawala, A., Webb, E., Carvalho, L.A. y McMunn, A. (2019). [Long work hours, weekend working and depressive symptoms in men and women: findings from a UK population-based study](#). *Journal Epidemiology Community Health*, 73, pp. 465-474.

¹⁹ [Ibid.](#)

²⁰ Servimedia. (21 febrero, 2019). [Cermi Mujeres denuncia la brecha salarial entre hombres y mujeres, que entre las personas con discapacidad es del 14%](#). *Servimedia*.

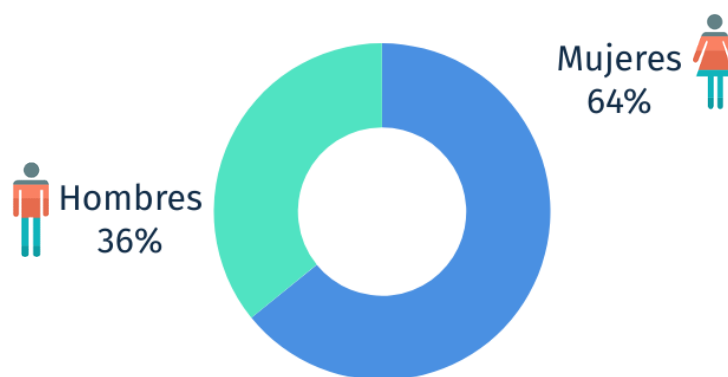
2.1.3. Demandas atendidas en el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desde un enfoque de género

Para recabar los datos sobre las demandas atendidas en el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación durante el año 2019 se han utilizado cuatro indicadores básicos:

- Porcentaje de demandas atendidas.
- Perfil de las/los demandantes de asesoramiento.
- Modo de acceso al servicio.
- Tipo de demandas planteadas.

Porcentaje de demandas atendidas

Se han atendido un total de **120 demandas**, de las cuales un 36% han sido efectuadas por hombres y un 64%, por mujeres.



Perfil de las/los demandantes de asesoramiento

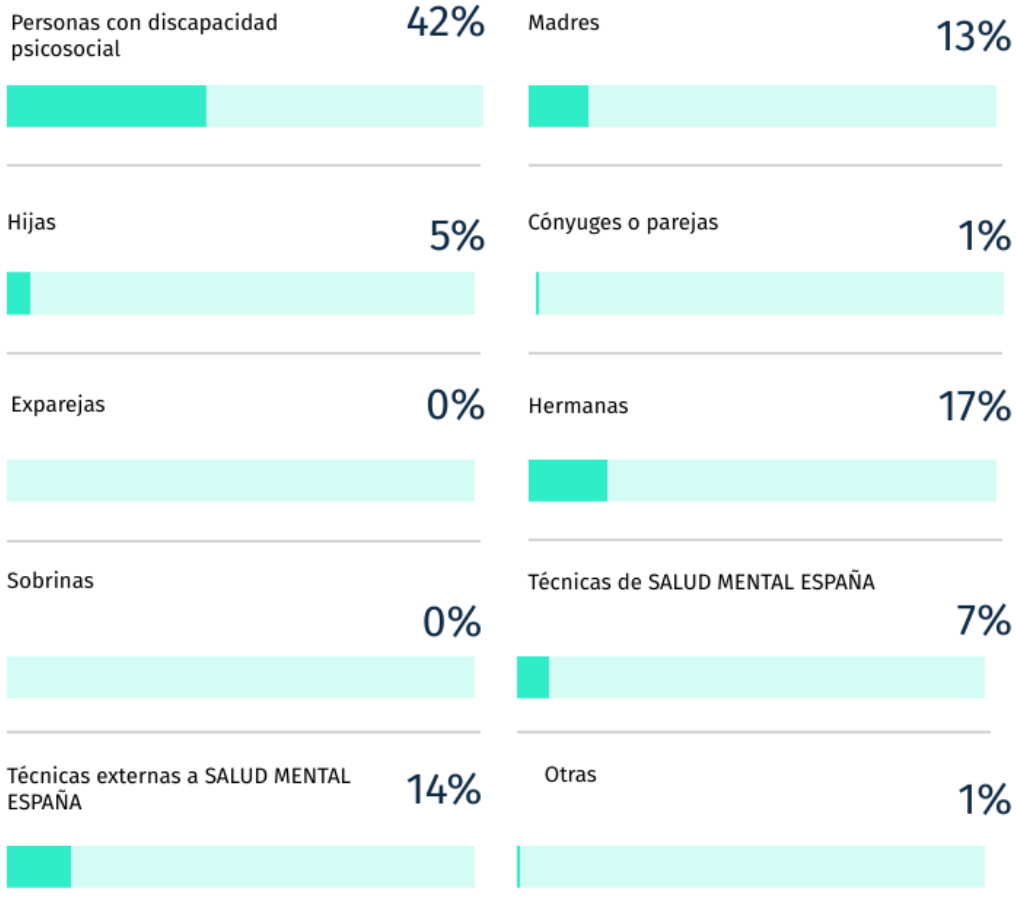
A la hora de estudiar el perfil de las personas que utilizan el Servicio de Asesoría Jurídica se han tenido en cuenta los siguientes ítems:

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

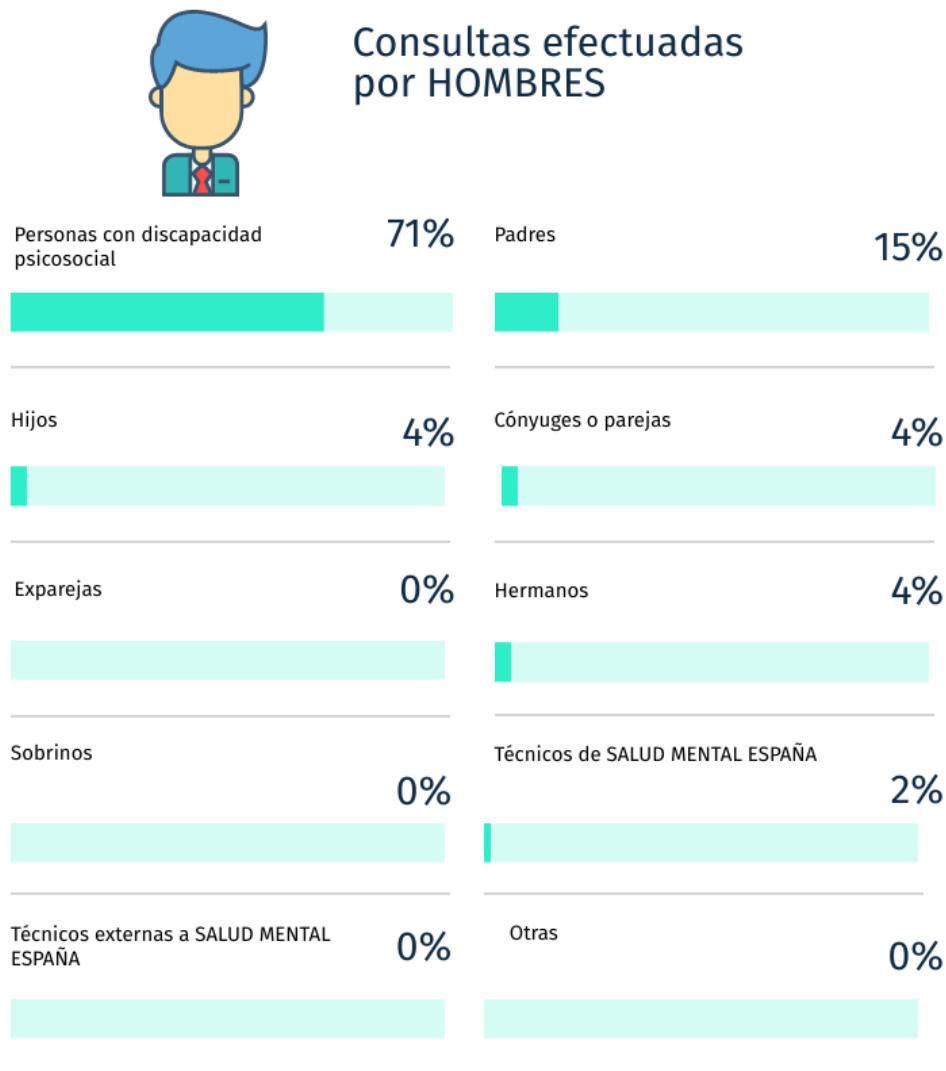
Entre las consultas efectuadas por mujeres, los porcentajes según su perfil son los siguientes:



Consultas efectuadas por MUJERES



Entre las consultas efectuadas por hombres, los porcentajes según su perfil son los siguientes:

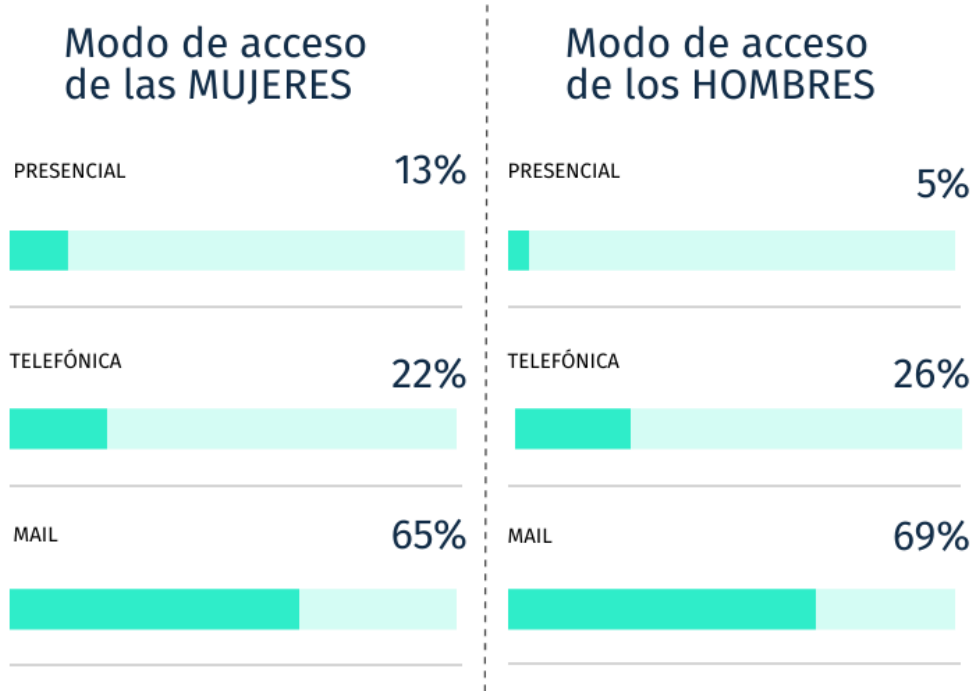


Modo de acceso al servicio

La primera toma de contacto se hace a través del Servicio de Información de SALUD MENTAL ESPAÑA, que 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 la 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 2019, el modo de acceso al Servicio de Asesoría Jurídica, desagregado en función del género, ha sido el siguiente:

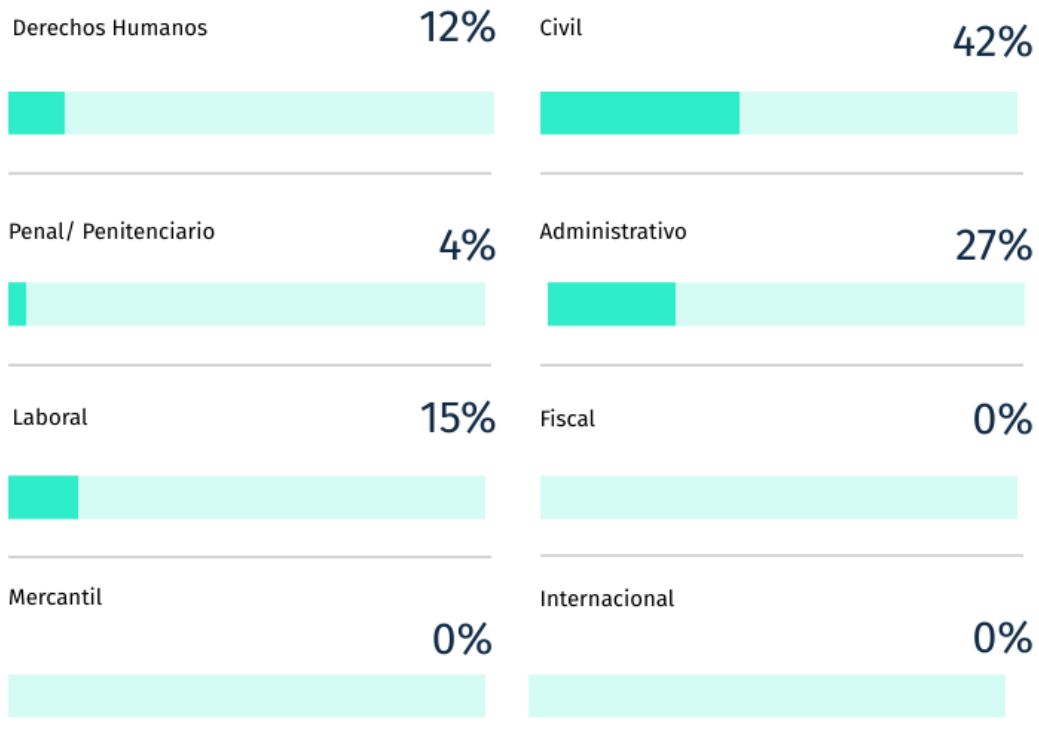
Con respecto al porcentaje total de mujeres



Tipo de demandas planteadas

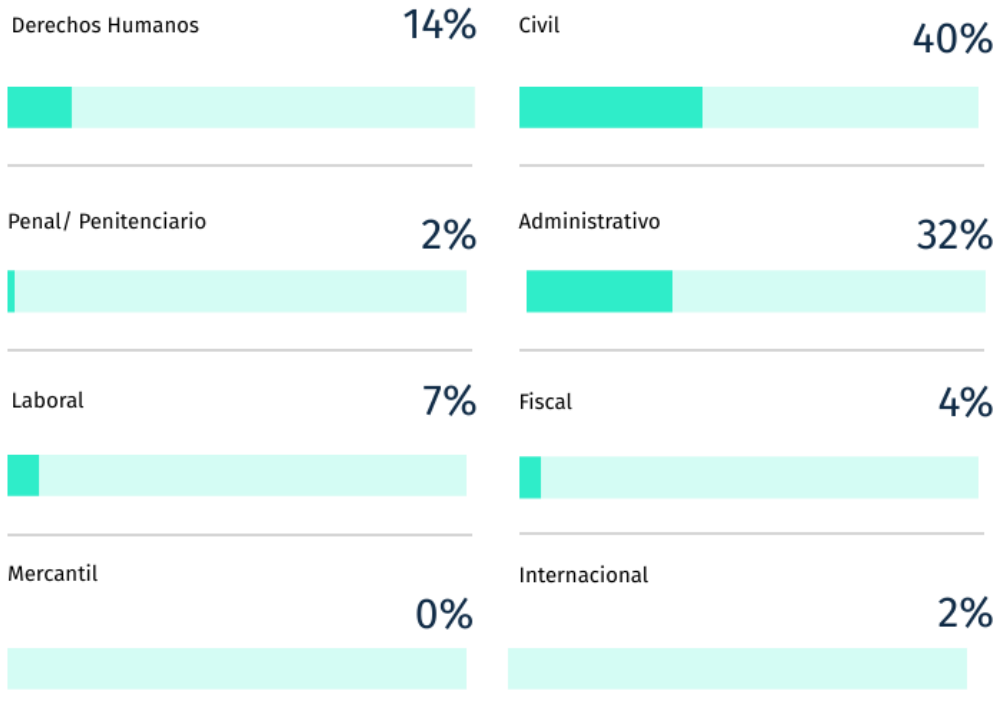


Tipo de demandas planteadas por MUJERES





Tipo de demandas planteadas por HOMBRES



2.2. Denuncias

2.2.1. No hay datos sobre salud mental materna ni recursos de prevención y tratamiento

En España no hay datos sobre salud mental materna ni, por tanto, recursos que promuevan la prevención y su adecuado tratamiento. Los problemas de salud mental en el embarazo, el parto y el puerperio se viven en soledad, en un silencio que se convierte en drama ocultado a los ojos del mundo que puede llegar, incluso, al suicidio.

El embarazo, el parto y el puerperio, junto con la crianza en los primeros años, implican una inversión física y emocional que puede comprometer la salud mental de la mujer. Sin embargo, las construcciones culturales y sociales estigmatizan a la madre que presenta lo que parece un desajuste con respecto a lo que se espera de ella y, en consecuencia, actúan como elementos disuasorios a la hora de pedir ayuda. Según Ibone Olza, psiquiatra infantojuvenil y perinatal, *“hay un gran desconocimiento por parte de los profesionales de la Pediatría, la Medicina de Familia y la Ginecología, que no valoran la salud mental materna, y esto es un tema clave. La salud mental tendría que estar integrada en todas las etapas: en el embarazo, en el parto, en el posparto; que se preguntara a las madres cómo están, o si han tenido ganas de salir corriendo, o si se han sentido muy malas madres. Las madres deberían tener ayuda, y que se incluya a los padres siempre que sea posible”*²¹.

Un entorno lleno de prejuicios como el descrito conduce al miedo, fundamentalmente a ser privada del hijo o hija por incapacidad, y al sentimiento de culpa por percibir que no se es capaz de hacer *“lo que debería”*. Según esta misma doctora, *“se piensa antes en quitar custodias que en ayudar a las madres, sobre todo en casos de situaciones irregulares o marginales. Esas mujeres no van a plantearse lo que están viviendo por pánico a que les quiten a los hijos, cuando la realidad es que la inmensa mayoría son perfectamente tratables y la recuperación puede ser en muchos casos completa”*²².

A todo esto, se une la condena que sufren las mujeres que tienen problemas de salud mental y que precisan un ingreso hospitalario: la de la separación de sus hijos e hijas. La doctora Olza explica que el tratamiento en estos casos ha de ser conjunto, pero *“mientras que en países como Reino Unido hay unidades de Psiquiatría donde ingresan las madres con sus bebés... en España solo existe este tipo de unidad en el Hospital Clínico de Barcelona. Hoy por hoy, si una madre está con una psicosis o con una depresión posparto grave, sabe que si la ingresan va a estar sin ver a su bebé dos o tres semanas, y esto provoca que muchas madres ni siquiera vayan al médico para evitar esa separación de sus hijos”*. Esto puede tener consecuencias irreparables y, en muchos casos, afectar al desarrollo del bebé y a la relación de pareja²³.

La prevención es fundamental y para ello el primer paso es la concienciación social y la visibilización, detectando los factores de riesgo de que una mujer pueda tener dificultades

²¹ Oliver, D. (23 enero, 2019). [El silencio de la enfermedad mental materna](#). *El País*.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

emocionales, depresión o ansiedad, tanto en el embarazo como en el posparto. Entre estos factores de riesgo están la falta de apoyo social, la soledad o la falta de sueño, entre otros.

2.2.2. Las mujeres sin hogar con problemas de salud mental en el limbo de la violencia de género

Vivimos en un mundo de perfiles y si no se da el perfil correspondiente, simplemente no se existe. Cuando de lo que se trata es de acceder a la red de recursos para víctimas de violencia de género, el resultado de esa *“inexistencia”* puede ser devastador. Se pasa a ser un ser humano *“incompatible”*; incompatible por tener problemas de consumo de alcohol o drogas o incompatible por tener problemas de salud mental. Por ello, pasan a ese cajón de sastre de más incompatibles como es la red de personas sin hogar²⁴.

Desde la Asociación Moradas se alerta que en ese contexto estas mujeres no reciben la protección que necesitan. Más bien al contrario, son víctimas de abusos, agresiones sexuales o relaciones de dependencia completamente perjudiciales para su recuperación. Muchas veces, siguen conviviendo con sus agresores. Laura Carrasco, presidenta de la asociación, revela una frase habitual entre ellas: *“Prefiero que me viole uno, a que lo hagan 37”*. Según Carrasco, *“por un lado sienten protección, porque el resto de los hombres sin hogar que están a su alrededor ya saben que ella tiene dueño y van a tener cuidado para no enfrentarse a él. Y ella lo prefiere, prefiere que le pegue uno solo, que la viole uno solo, a que lo hagan 37”*. De hecho, según el Observatorio Hatento de la Fundación RAIS, en el 60% de los delitos de aporofobia, las víctimas son mujeres y, de esos, el 19% son agresiones sexuales²⁵.

2.2.3. Esterilizaciones forzosas: una práctica aún no erradicada

En España el artículo 156 del vigente Código Penal dispone que *“la esterilización acordada por órgano judicial en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno el consentimiento”* no será punible, *“siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado”*.

Sabemos que muchas mujeres han sido sometidas a esta intervención no solo sin su consentimiento, sino careciendo incluso de información sobre la práctica a la que estaban siendo sometidas. Además, es un *“secreto a voces”* que se aplican métodos anticonceptivos de manera forzosa en centros residenciales, instituciones y hospitales de salud mental, como condición para permanecer en el recurso y si no hay denuncias es por miedo a represalias o a perder los servicios del centro.

No disponemos de datos desagregados por sexo. Los únicos datos disponibles en esta materia los ofrece el sistema estadístico del Consejo General del Poder Judicial, limitándose a los casos ‘legales’. Sin embargo, las organizaciones de referencia con las que trabaja la Fundación CERMI

²⁴ Selva, S. (9 febrero, 2019). [El limbo de las víctimas de violencia de género, sin hogar y con consumos o problemas de salud mental](#). Cadena Ser.

²⁵ *Ibid.*

Mujeres (FCM) afirman que las afectadas son fundamentalmente mujeres, con problemas de salud mental, con discapacidad intelectual o con otro tipo de discapacidad severa²⁶.

Además, un informe del Comité de Bioética de España de 2017 revela que regular un tratamiento de utilización tan excepcional no parece tener sentido y, en cambio, comporta el riesgo de que se extienda a casos distintos de los previstos y que, en la práctica, se flexibilicen los requisitos exigidos para su aplicación²⁷.

El Comité de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su Observación General al artículo 6, señala que, dentro del colectivo de personas con discapacidad, se niega más la capacidad jurídica a las mujeres que a los hombres. En este sentido, es importante destacar también que la CDPD obliga a los Estados a que aseguren a las personas con discapacidad, incluidas las niñas y los niños, el mantenimiento de su fertilidad en igualdad de condiciones con los demás, así como a que se garantice, por parte de las y los profesionales de la salud, prestarles una atención de la misma calidad que a los demás sobre la base de un consentimiento libre e informado. Además, el Convenio de Estambul en su artículo 39 establece el deber de los Estados de tipificar como delito esta práctica²⁸.

En España no se ha analizado el impacto de la esterilización en la integridad personal de las mujeres, ni mucho menos se han considerado los mecanismos de reparación que podrían aplicarse por el daño producido. Además, nos encontramos con el problema citado de la falta de denuncias por los motivos antes mencionados, por estar legalmente incapacitadas, por desconocer que han sido sometidas a dicha intervención o porque denunciar supone enfrentarse a su entorno familiar, que les provee de atención, cuidado y afecto²⁹.

Por todo ello, la regulación de esta práctica en nuestro ordenamiento jurídico constituye una vulneración de derechos humanos.

2.2.4. Se sigue sin poner recursos para atender la depresión posparto

Como hemos reiterado en informes anteriores, 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. Según la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), la depresión posparto, la patología materna más frecuente, afecta a 1 de cada 10 madres en países industrializados, el doble en países en desarrollo. Algunos estudios elevan el porcentaje hasta el 35% y no es de extrañar la dificultad en fijar unas cifras exactas, ya que uno de los rasgos característicos de esta afección es la ocultación por parte de la propia madre y los condicionantes socioculturales que condicionan ese tipo de conductas y la invisibilización. A ello hay que añadir el estigma asociado a los problemas de salud mental y el hecho de que la salud mental materna, como algo que afecta a las mujeres, no es una prioridad. Por eso, aunque sea grave, se le dota de menos atención y recursos. Así lo destaca Ibone Olza, directora del [Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal](#), y añade que “las

²⁶ Cuenca Gómez, L. (10 abril, 2019). [Esterilizaciones forzosas: una violación de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad](#) [Artículo en web]

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

*madres no lo suelen decir espontáneamente, y muchos profesionales sanitarios no están formados para detectarla*³⁰.

Pese a esta realidad, en España tan solo se cuenta con el [Hospital de Día Madre-Bebé del Clínic de Barcelona](#), recientemente creado para atender a madres y bebés tras el parto, algo normal en países como Francia o Reino Unido. Lluïsa García, coordinadora del Hospital de Día Madre-Bebé del Clínic de Barcelona, señala que, en su año de funcionamiento, han atendido en torno a 45 madres, el 40% por depresión. Otros trastornos, como el obsesivo compulsivo o el bipolar, pueden empeorar o reaparecer tras dar a luz y, en mucha menor medida, la psicosis posparto, muy grave por comprometer sus propias vidas o la del bebé. De hecho, la OMS ha destacado que el suicidio constituye una de las importantes causas de fallecimiento entre embarazadas y puérparas. Como señala esta experta, *“es muy importante compartir lo que les ocurre, no pasarlo en silencio. A veces les es difícil por el estigma, cuesta entender que no pueden ejercer de madres por una enfermedad mental. Oír que le pasa al 10% de mujeres les hace bien”*.

Diana Sánchez, psicóloga y fundadora de la [Asociación Española de Psicología Perinatal](#), destaca que si no se trata, la depresión puede hacerse crónica y en este proceso, la psicoterapia es parte fundamental del tratamiento. Sin embargo, pese a las evidencias, solo Cataluña dispone desde 2018 de un protocolo de seguimiento de la salud mental materna desde el embarazo, algo inexistente a nivel nacional.

Pese a que las sociedades occidentales han avanzado mucho en el abandono de los roles de género tradicionales, las madres continúan asumiendo casi en exclusiva el cuidado de los hijos. De lo contrario, surgen sentimientos de miedo a ser juzgadas y estigmatizadas, lo cual afecta al reconocimiento y detección de problemas de salud mental y trae consecuencias negativas no solo para la mujer afectada, sino también para el conjunto de la familia³¹.

2.3. Buenas prácticas

2.3.1. El Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic, pionero en la atención de la salud mental materna

El Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic es el primero de este tipo en España. Según explica Lluïsa García-Esteve, psiquiatra responsable del centro, este hospital aspira a seguir la estela de países como el Reino Unido, aunque en el caso del Clínic, aún no se llega al ingreso.³²

Además de la puesta en marcha de este centro, se ha invertido en la creación de dos unidades de salud mental perinatal en el Hospital Vall d’Hebron, de Barcelona, y el Consorci Sanitari de Terrassa, que trabajan de forma ambulatoria³³.

³⁰ Jan, C. (6 abril, 2019). [El doble estigma de la depresión posparto](#). *El País*.

³¹ Leonard, R., Grant, A., Linden, M. (12 abril, 2019). [Así es el sufrimiento que produce la depresión posparto](#). *El País*.

³² Catanzaro, M. (9 febrero, 2019). [Una unidad del Clínic pionera en España atiende a 40 parturientas con trastornos mentales](#). *El Periódico*.

³³ *Ibid.*

2.3.2. Proyecto Julia

Bajo el proyecto '*Mujer y Salud Mental. Redes que sanan en espacios rurales: PROYECTO JULIA*', la Federación Salud Mental Castilla y León, entidad socia numeraria de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, ha venido realizando una serie de actividades con varios **objetivos**:

1. Crear oportunidades para el desarrollo personal y social de las mujeres rurales con problemas de salud mental.
2. Capacitar a las mujeres para el análisis crítico de las desigualdades relacionadas con el género, la discapacidad y la salud mental.
3. Fortalecer los recursos de protección y prevención de la exclusión social y la violencia de género, favoreciendo la creación de redes de apoyo.

Partiendo de un estudio de situación realizado en el año 2017, en el que se entrevistó a más de 250 personas del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León (mujeres con experiencia propia, familiares, profesionales del movimiento asociativo y órganos de gobierno), se constató la necesidad de afrontar, de una manera específica, las necesidades de las mujeres, con una especial atención a las mujeres con problemas de salud mental del ámbito rural, tan extenso en Castilla y León, y tan necesitado de recursos.

En el año 2018 la federación, con el apoyo de la Dirección General de la Mujer de la Junta de Castilla y León (a través de su Programa de Promoción de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, y de Lucha contra la violencia de género en Castilla y León) puso en marcha la primera edición del '*Proyecto JULIA*', desarrollando talleres formativos para mujeres con problemas de salud mental en el ámbito rural, en las localidades de Villarcayo (Burgos), Villablino (León), Guardo (Palencia), Barco de Ávila (Ávila) y Roa de Duero (Burgos). Estos talleres capacitaron y empoderaron a sus participantes, asesorándolas e informándolas en varias materias. Participaron más de 30 mujeres que valoraron de forma muy positiva su participación en los talleres y que mantienen las redes creadas en esa formación a lo largo del tiempo.

En el año 2019 se realizó una Formación de Formadoras, sobre la metodología de trabajo '*Proyecto JULIA*', dirigida a personal técnico del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León, que capacitó a 23 mujeres facilitadoras en el modelo de formación de redes y empoderamiento de mujeres rurales. La formación se basó en una metodología de *b-learning*, que aúna la formación presencial con la formación online a través del Campus Virtual Salud Mental Castilla y León.

En el año 2019 se puso en marcha la segunda edición de los talleres '*JULIA*', acercando el proyecto a unas 50 mujeres de las localidades de Astorga (León), Ayllón (Segovia), Huerta de Rey, Condado de Treviño y Briviesca (Burgos), Guardo (Palencia), Ciudad Rodrigo (Salamanca), Rueda, Tudela de Duero y Medina de Rioseco (Valladolid). Esta segunda edición contó nuevamente con el apoyo de la Dirección General de la Mujer, unido al apoyo de Fundación ONCE.

El objetivo es seguir llegando a un número mayor de mujeres del ámbito rural, creando redes de coordinación entre los diferentes grupos. Para ello se ha establecido un encuentro presencial de

mujeres en Matapozuelos (Valladolid), los días 5 y 6 de febrero de 2020, con la participación de "JULIAS" de toda Castilla y León.

El 'Proyecto JULIA' ha supuesto un gran avance en cuanto a la atención en un contexto tan necesitado de recursos como es el rural, posibilitando que muchas mujeres se hayan acercado hasta el movimiento asociativo en salud mental, y hayan establecido redes de apoyo mutuo con otras mujeres de su ámbito. El objetivo inmediato es seguir realizando talleres en otras localidades rurales de Castilla y León, así como ampliar la formación sobre mujeres rurales y salud mental, con un curso Universitario Especialista, diseñado e impartido desde la Federación Salud Mental Castilla y León.

2.3.3. Mujeres sin adjetivos

Con el nombre 'Mujeres sin Adjetivos', la Federación Salud Mental Castilla y León organizó un encuentro de mujeres con experiencia propia y de profesionales del ámbito asociativo, con los **objetivos de:**

1. Generar un espacio de formación, reflexión y empoderamiento de y para mujeres con problemas de salud mental de Castilla y León.
2. Abrir un espacio dentro de la red asociativa de Salud Mental Castilla y León que genere nuevas acciones específicas de y para mujeres con problemas de salud mental.
3. Propiciar que el conocimiento generado y las demandas planteadas se extiendan dentro de la red asociativa de Salud Mental Castilla y León.
4. Promover la creación de un grupo de trabajo sobre 'Mujer y Salud Mental' que, de forma periódica, se reúna para tratar sobre temas de interés y realizar aportaciones al plan de trabajo de la Federación en materia de género.

Este primer encuentro, que contó con el apoyo de la Dirección General de la Mujer de la Junta de Castilla y León, congregó a un grupo de 24 mujeres.

La realización de este encuentro regional permitió crear un grupo heterogéneo, en el que concurrieron visiones y opiniones diferentes acerca de las realidades que viven las mujeres con discapacidad psicosocial, que a su vez permitió tener una visión más amplia y realizar propuestas de intervención en el movimiento asociativo.

Los temas objeto de trabajo giraron en torno a la vulneración de derechos en ámbitos tan importantes como el empleo y la formación, la salud, la imagen social, la violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos, y el liderazgo y empoderamiento, como ejes fundamentales para el planteamiento de nuevos retos tanto individuales como colectivos, que permitan que las mujeres con experiencia propia en salud mental alcancen mayores cotas de participación y presencia dentro del movimiento asociativo.

En definitiva, 'Mujeres sin Adjetivos' pretende generar espacios de formación, **reflexión** y empoderamiento para las mujeres con **experiencia propia** en salud mental, así como un espacio

dentro del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León donde generar y desarrollar nuevas **acciones** específicas pensadas por y para las mujeres.

2.4. Recomendaciones

1. Adoptar un enfoque de género en el sistema de salud que cuestione la ciencia y la práctica médica a la luz de los condicionantes que perjudican la salud de las mujeres y, en algunos casos también, la de los hombres.
2. Recabar datos sobre salud mental materna e impulsar la concienciación social y la visibilización.
3. Crear recursos que promuevan la prevención y un adecuado tratamiento.
4. Promover la detección de los problemas de salud mental materna desde la atención primaria.
5. Proveer recursos para las mujeres sin hogar con problemas de salud mental, orientados a la prevención y atención de los abusos sexuales.
6. Abolir la normativa que permite la práctica de las esterilizaciones forzosas y poner medios para evitar la aplicación del aborto coercitivo.
7. Crear protocolos de seguimiento a nivel nacional de la salud mental materna desde el embarazo, recursos psicoterapéuticos y unidades madre-bebé en los hospitales.
8. Diseñar espacios donde las mujeres puedan exponer abiertamente todo lo que les afecte y preocupe en relación a la maternidad y la salud mental, dentro de un ambiente de confianza y libre de prejuicios.
9. Promover el empleo de las mujeres con discapacidad psicosocial.

2.5. Testimonios

I. F. B.³⁴ Pediatra.

“ La experiencia [en la unidad psiquiátrica] fue tremenda. Estaba separada de mi hijo, con la lactancia inhibida y junto a pacientes con toda clase de trastornos, muchos de ellos hombres.”.

L.P.M. Asociación Salud Mental Valladolid El Puente.

“ Da gusto verte cada día. Ya sabes vestirte sola, eres responsable con tus primeros deberes, has visto cumplir tus primeros sueños... y sobre todo me comes a besos. ¡Ni imaginas el gusto que da verte cada día! Pero no fue fácil, nada fácil. Para ninguna madre lo es, porque las horas de insomnio, las responsabilidades se multiplican. Pero para las personas que tenemos problemas de salud mental, las dificultades crecen y los recursos escasean. Las veces que tuve que oír la dichosa preguntita: ¿Pero tú estás segura de que quieres ser madre? Parece que el estigma siempre nos tiene que perseguir. Nos acompaña como una pesada losa que quiere sumergirnos en la oscuridad. No fue fácil, pero al verte ahora, sé que mereció la pena. Y me alegro de haberte llamado Luz. Porque juntas nos alumbramos y hacemos camino. ¡Ni te imaginas el gusto que da verte cada día!”³⁵

Karina Rocha. Técnica del ‘Proyecto JULIA’.

“ Hemos podido compartir nuestras dudas respecto a temas de empleo, a temas sobre sexualidad, a temas de maternidad... bueno, a lo que todas las mujeres nos suele preocupar. Como cualquier otra, una mujer con trastorno mental o con problemas de salud mental no es distinta, es primero mujer, y yo creo que ese ha sido el éxito también del ‘Proyecto JULIA’, hacer la mirada desde la mujer, no desde el problema de salud mental”³⁶.

Yolanda Palacios. Miembro de la Junta Directiva de SALUD MENTAL ARANDA.

“ Mi falta de apetito sexual, según mi psiquiatra, se debía a la medicación, con lo cual yo tenía un pensamiento que me bloqueaba totalmente, ya que lo primero era mi estabilidad. La cantidad de actividad mental que tenía no me dejaba sentir. He vivido mi sexualidad con bastante culpa y sufrimiento. Esto ha afectado a mi pareja y nos ha hecho daño psicológico. Ahora con la meditación he bajado mi actividad mental y he potenciado mi sentir corporal. Para mí la sexualidad es una forma de comunicación, de sentir placer y también de reproducción, unida de la mano de la afectividad, identidad y personalidad. Sexualidad en un marco de libertad y respeto. Sexualidad fundamental para hacer relaciones basadas en el respeto y en el amor”³⁷.

³⁴ Catanzaro, M. (9 febrero, 2019). [Una unidad del Clínic pionera en España atiende a 40 parturientas con trastornos mentales](#). *El Periódico*.

³⁵ [El Puente Salud Mental Valladolid](#). (3 diciembre, 2019). [El Puente reivindica el derecho a ser madre en el Día de la Discapacidad](#) [Artículo en web]

³⁶ Salud Mental Castilla y León. (7 marzo, 2019). [Vídeo Proyecto #JULIA: redes que sanan en entornos rurales](#) [Archivo de video].

³⁷ CERMI Mujer Castilla y León (24 septiembre, 2019). [Jornada Mujer y Discapacidad](#) [Archivo de video].

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

3.1.1. La falta de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes socava la prevención y compromete el desarrollo sostenible

Según el estudio '*Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action*', financiado por la Comisión Europea, "cada niño es un individuo que tiene derecho a crecer feliz y saludable, a llevar una vida plena, desarrollar competencias individuales y tener acceso a la igualdad de oportunidades". Partiendo de esa premisa, para este informe se consultó a niños, niñas y adolescentes como actores principales a la hora de diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Este reconocimiento individual incluye el apoyo a los grupos de mayor riesgo (por ejemplo, niños, niñas y adolescentes LGBTI, que sufren acoso, que viven en condiciones de pobreza, tienen problemas emergentes o sufren la confluencia de dos o más de esos factores). La falta de una buena información y formación constituye una de las principales barreras para abordar los problemas de salud mental en este contexto³⁸.

No es la primera vez que la Comisión Europea se pronuncia a este respecto. Recientemente lo hizo otra vez, en respuesta a una pregunta de la vicepresidenta de la subcomisión de Derechos Humanos, Beatriz Becerra (integrante del Grupo de la Alianza de los Liberales y Demócratas por Europa-ALDE), en relación al "número considerable de niños sufren problemas de salud mental que, sin los cuidados y el apoyo adecuados, pueden tener efectos duraderos a lo largo de toda su vida". En su escrito, la eurodiputada explicaba que España era uno de los dos únicos países de la Unión Europea, junto a Bulgaria, sin la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con el impacto negativo que eso tiene en la salud mental de los menores. En respuesta, el comisario europeo de Salud y Seguridad Alimentaria, Vytenis Andriukaitis, ha señalado que el reconocimiento de dicha especialidad entra dentro de las competencias de los Estados Miembros y, por tanto, correspondería a España regular en esta materia. Además, ha recordado la conexión de la salud mental de los menores con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, afirmando que "en 2019, el Grupo director de la Comisión sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles ha decidido dar

³⁸ Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Campion, J., Carta, M. G., Danielsdóttir, S., Holte, A., Huurre, T., Matloňová, Z., Méndez Magán, J. M., Owen, G., Paulusová, M., Radonic, E., Santalahti, P., Sisask, M. y Xerri, R. (2015). [Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action](#). European Commission.

prioridad a la salud mental, motivo por el cual determinará las mejores prácticas en materia de salud mental para su ampliación y difusión”³⁹.

3.2. Denuncias

3.2.1. España sigue sin contar con la especialidad médica de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

La Directiva 2005/36 /ce de 7 de septiembre 2005 sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales establece que la Psiquiatría del Niño y del Adolescente tiene entidad propia como especialidad médica. Sin embargo, a pesar de ser un puntal básico en materia de prevención de problemas de salud mental, España incumple esta Directiva y desoye las recomendaciones de la [European Union of Medical Specialists \(UEMS\)](#), en cuanto a la necesidad de que los y las menores reciban la atención de profesionales con formación y titulación específica. Así, en nuestro país, salvo contadas excepciones de profesionales que se forman en el extranjero, los niños, niñas y adolescentes reciben tratamiento por parte de psiquiatras especialistas en atención a personas adultas⁴⁰.

Esta grave carencia se solventa en España de la siguiente manera. Para ejercer como psiquiatra infantil hay un mínimo obligatorio a cursar de cuatro meses dentro de los cuatro años que se realizan como Médico Interno Residente (MIR), en la rama Psiquiatría. Más allá de esos cuatro meses, la preparación depende del interés individual y del centro al que el o la psiquiatra haya sido destinado o destinada. Celso Arango, vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, explica esta situación de manera muy gráfica: *“Lo que hay ahora equivale a que para ser pediatra bastase con hacer la residencia de Medicina Integral y, de sus 4 años, dedicar 4 meses a niños”*⁴¹.

La hasta ahora frustrada creación de esta especialidad en España es un proyecto de largo recorrido. Comenzó en 2009 con el entonces ministro de Sanidad, Bernat Soria, y se demoró hasta 2014, fecha en la que se incluyó como anexo en un Real Decreto que modificaba de manera troncal algunas especialidades, pero que no duró más que un año al ser derogado por falta de información de la memoria económica. En ese breve espacio de tiempo no se pudo formar a nadie como psiquiatra infantil, aunque lo que sí fue posible es que profesionales de otros países homologaran su título⁴².

En estos momentos, vuelve a existir un borrador de Real Decreto (RD) fechado a 17 de enero de 2018 y redactado por Sanidad, que incorpora la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Sin embargo, no ha llegado a contar con el visto bueno del Consejo de Estado y se encuentra paralizado. Parece que el presupuesto constituye uno de los principales escollos. Sin embargo, Mikel Munarriz, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), manifiesta que *“lo urgente es la especialidad”* y considera que los problemas se deben *“a la tendencia política a evitar el incremento del presupuesto”* y que puede haber otras vías. Este experto subraya la importancia de la detección precoz y del conocimiento de las patologías que afectan a niñas, niños

³⁹ Redacción Médica. (2 abril, 2019). [La UE reconoce que los niños deben tener un buen abordaje en salud mental](#). Redacción Médica.

⁴⁰ Remacha, B. (23 febrero, 2019). [España sigue sin tener psiquiatras infantiles pese a que le obliga Europa](#). Eldiario.es.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

y adolescentes, destacando que la red de recursos es muy diferente entre menores y personas adultas⁴³.

Ya en 2008 [la Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil lanzó un comunicado](#) en el que informaban de algunas de las consecuencias de esta ausencia de titulación: malos diagnósticos y tratamientos inadecuados, que desembocan en niños y niñas con depresión, ansiedad y otros problemas que llevan aparejados, además de rechazo social, fracaso escolar o situaciones familiares “*poco deseables*”.

Además, Carmen de la Osa, presidenta de la Asociación de familiares de enfermos mentales por la integración infanto-juvenil (AFEMI) y madre de una joven de 16 años, diagnosticada a los cuatro con un “*trastorno del desarrollo sin especificar, uno de esos cajones de sastre*”, denuncia que “*se está tratando a los niños como adultos*” y que llegan a su entidad muchos casos de niños y niñas sobremedicalizados “*que sin pastillas se convierten en enfermos crónicos*”. Sobre esta realidad, Fernando González, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYNA), afirma que es frecuente que profesionales de la Psiquiatría sin la suficiente formación en infantil se inclinen más al uso de fármacos, como se hace con las personas adultas, “*pero los de infantil tendemos a ser más prudentes, ya que hay menos estudios sobre el efecto en el desarrollo*”. El objetivo, según Mikel Munarriz, es 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*”⁴⁴.

3.2.2. La exposición continuada al acoso puede provocar problemas de salud mental

Un estudio del *King's College* de Londres revela que una exposición continua al acoso durante la adolescencia puede provocar cambios físicos en el cerebro y aumentar la probabilidad de sufrir un problema de salud mental. María José Acebes, neuropsicóloga y profesora de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC) afirma que las situaciones de abuso y maltrato como las que se producen en el acoso escolar “*generan una disminución del volumen del cuerpo caloso, una estructura que conecta los hemisferios cerebrales, fundamental para el funcionamiento adecuado del cerebro*”. De hecho, esta experta señala que “*se ha comprobado que los niños que sufren acoso pueden tener más posibilidades de padecer problemas de salud mental, como depresión y ansiedad, predisposición a autolesionarse, trastornos postraumáticos y miedos patológicos...*”⁴⁵

Según datos del Ministerio de Educación, la Policía Nacional, la Guardia Civil y varios cuerpos de policía local, en España se registraron un total de 5.500 casos de acoso escolar entre 2012 y 2017 y se observa que este tipo de conductas van en aumento⁴⁶.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ González, A. (4 febrero, 2019). [Las víctimas de bullying pueden sufrir enfermedades mentales](#). ABC.

⁴⁶ *Ibid.*

La forma de *bullying* más común en la pubertad es la que se ejerce en grupo. José Ramón Ubieta, profesor de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la UOC, afirma que “*a esta edad todo se hace en pandilla; el botellón, las primeras experiencias sexuales... y el acoso también es más fácil si se hace en grupo*”. Además, está la cuestión de las redes sociales. Según Ubieta, “*la exposición en internet refuerza el grupo y victimiza aún más al acosado*”⁴⁷.

3.3. Buenas prácticas

3.3.1. La Fundación Alicia Koplowitz cuenta con un plan de becas para especialización en Psiquiatría Infantil en universidades europeas y estadounidenses

Según María Concepción Guisasola, coordinadora del plan de becas de la Fundación Alicia Koplowitz, “*la psiquiatría infantil está abandonada en España. Somos el único país de la Unión Europea, junto con Bulgaria, que no tiene instaurada la especialidad de psiquiatría infantil*”. Para compensar de algún modo esta carencia, esta Fundación cuenta con dos programas de becas para que los y las psiquiatras españoles puedan especializarse en el extranjero. Es la única manera de formarse en Psiquiatría Infantil, ser psiquiatra de personas adultas y completar la formación en otros países donde la especialidad esté instaurada, gracias al acuerdo con universidades de Europa y EE.UU. La finalidad es crear una red de psiquiatras infantiles, aunque evidentemente no podrán estar en todos los centros de salud o centros hospitalarios⁴⁸.

Afirma Guisasola que después de mucho esfuerzo se consiguió la aprobación de la especialidad en enero del 2018. Sin embargo, “*el decreto no está ejecutado ni puesto en marcha. No están acreditadas las unidades de docencia ni hay, de momento, residentes de Psiquiatría Infantil*”⁴⁹.

3.3.2. PantallasAmigas

PantallasAmigas es una organización que tiene como misión la promoción del uso seguro y saludable de Internet y otras TIC, así como el fomento de la ciudadanía digital responsable en la infancia y la adolescencia. A tal fin, desarrollan proyectos y recursos educativos para la capacitación de niños, niñas y adolescentes de forma que puedan desenvolverse de manera autónoma en Internet, teniendo como objetivo final que desarrollen las habilidades y competencias digitales que les permitan participar de forma activa, positiva y saludable en la red. Entre las temáticas que abordan se encuentran el *ciberbullying*, *sexting*, *sextorsión*, *grooming*, seguridad y privacidad⁵⁰.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Otero, M. (5 enero, 2019). [La psiquiatría infantil está abandonada en España](#). *La Voz de Galicia*.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ [PantallasAmigas. NET.](#)

Como explica su director Jorge Flores, *“el ciberbullying no deja tanto rastro como el acoso presencial. La red se presenta como un entorno de desequilibrio, un arma potente para que quien agrede ataque a la víctima, a todas horas y en cualquier momento del día, de la semana”*⁵¹.

Para hacer frente a este tipo de situaciones, las víctimas han de poder contar con herramientas para hacerles frente. Por este motivo, la campaña conjunta de PantallasAmigas, Injuve, Twitter y Movistar se ha desarrollado a partir del siguiente **decálogo sobre el uso correcto de Internet**:

- 1. Ejerce tu libertad de expresión de forma responsable.** Reflexiona sobre cómo afecta a otras personas y sus derechos.
- 2. Párate a pensar antes de realizar una crítica.** Asegúrate de que tienes información suficiente y veraz que la justifique.
- 3. Utiliza un tono y lenguaje respetuosos.** Las expresiones hirientes o agresivas restan credibilidad y provocan reacciones violentas.
- 4. Recuerda que insultar, difamar, calumniar o injuriar no es hacer un buen uso de la libertad de expresión.** En ocasiones puede haber consecuencias legales.
- 5. Ten presente que el linchamiento digital es una forma de violencia.** Evita contribuir a agresiones colectivas y pon de tu parte para evitarlas.
- 6. Respeta a quien no es como tú o piensa diferente.** La diversidad es una oportunidad para aprender y disfrutar.
- 7. Corta las cadenas y memes que ridiculizan ideas o a colectivos discriminados.** Religión, etnia, raza, nacionalidad, lengua, ideología, orientación sexual o identidad de género no son motivo de exclusión.
- 8. Rechaza comentarios que sean una amenaza o inciten a la violencia contra un grupo social.** Oponerse es la mejor forma de frenarlos.
- 9. Intenta mostrar tu apoyo a quien consideres que está siendo víctima de un trato injusto.** Un pequeño gesto puede ser de gran ayuda.
- 10. Pon en valor el tono positivo y tolerante.** Haz de Internet un lugar mejor alentando y creando un buen ambiente de convivencia y disfrute.

⁵¹ González, A. (4 febrero, 2019). [Las víctimas de bullying pueden sufrir enfermedades mentales](#). ABC.

3.4. Recomendaciones

1. **Formar e informar** sobre los problemas de salud mental de niñas, niños y adolescentes para poder detectar y atenderles.
2. Establecer la **especialidad médica de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia** para que se traten adecuadamente los problemas desde el principio, los niños y niñas crezcan mejor y prevenir que lleguen a la edad adulta con problemas de salud mental.
3. Adoptar **medidas contundentes contra el acoso escolar**.

4. TOMA DE CONCIENCIA

Artículo 8 CDPD

En este precepto, los Estados Parte 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.

4.1. Aspectos a tener en cuenta

4.1.1. Prevención del suicidio^{52,53}

El suicidio, el elefante en la habitación que nadie ve, del que casi nadie habla, al que apenas se destinan recursos de prevención a pesar de que, según las cifras más recientes publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España cada año 3.569 personas se quitan la vida. Es decir, 10 personas al día fallecen por esta causa en nuestro país, el 75% hombres. Es una realidad silenciada, estigmatizante y rodeada de mitos, pese a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la haya calificado como el mayor problema de salud pública en Europa. De hecho, el suicidio es la primera causa de fallecimiento no natural en España desde hace 11 años, y el número de víctimas triplica al de accidentes de tráfico.

Ahora bien, para conocer la dimensión del problema en toda su extensión hay que ir más allá, puesto que por cada persona que se quita la vida, se estima que hay otras 20 que lo intentan y, además, hay suicidios que no entran en las estadísticas de fallecimientos por esta causa, sino que entran en otras como, por ejemplo, la de los accidentes de tráfico.

Pese a estos alarmantes datos, en torno al suicidio se alza una espesa barrera de silencio. Décadas de mitos y creencias erróneas en torno a la conducta suicida han alimentado un estigma que disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida y, por tanto, no reciben el apoyo que necesitan cuando lo necesitan.

Como defiende Rosa de Arquer, psicóloga del Teléfono de la Esperanza de Asturias y Máster en Prevención de Conductas Suicidas, *“el suicidio se puede prevenir”*. *“Es importante desterrar los mitos, como que quien lo dice no lo va a hacer, o que quien lo intenta y falla está llamando la atención”*, señala la psicóloga, basándose en su formación y experiencia de 20 años atendiendo llamadas anónimas. Otra de las creencias erróneas es el hecho de asociar a estas personas la cualidad de la valentía o, todo lo contrario, la de la cobardía. *“Ni valiente ni cobarde, es una persona que sufre y así hay que entenderla. Quien entienda un intento de suicidio como una*

⁵² Tafur, A., y Fábregas, M. (2018). [El suicidio: cuando hablar salva vidas](#). *Encuentro*, 2, pp. 4-6

⁵³ EFE. (3 abril, 2019). [Rojas Marcos cree que España necesita un plan de prevención del suicidio](#). *El Correo Gallego*.

llamada de atención, no está entendiendo el problema de base, que es el sufrimiento”, afirma de Arquer.

Según la OMS, entre el 65% y el 95% de los casos de suicidio están muy relacionados con los problemas de salud mental. Así, por ejemplo, la mortalidad por suicidio de las personas con esquizofrenia es nueve veces mayor que en la población general, y en la depresión mayor el riesgo se multiplica por 21.

En este sentido, José Luis Herrera, miembro de AFEM La Palma y del Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA explica que sus *“experiencias en intentos de suicidio han venido derivadas de depresiones y no saber gestionar la espiral de la tristeza y el sufrimiento. Solo quería dejar de sufrir porque estaba horrorosamente mal. Eso solo lo sabe quien ha pasado por ello”*. José Luis se refiere a esa época como *“el agujero negro”*, pero apostilla que en su caso *“tuvo suerte”* y comenta que, tras su ingreso más reciente, *“enseguida me puse en contacto con mi psicóloga, que me hacía escribirle todos los días y me veía dos veces por semana. Como dije anteriormente, tengo una gran suerte. A día de hoy me encuentro fantásticamente bien, con mis subidas y bajadas como todo el mundo, reforzado y con ganas de hacer cosas”*.

José Luis llama la atención sobre el hecho de que una de las dificultades a las que se enfrentan estas personas es la incompreensión que muchas veces reciben de la sociedad y el entorno. *“Recibía mensajes de apoyo y algunas personas quedaron conmigo, pero con una mirada de no comprender... ¿Por qué había hecho esto? Lo que hice me ha costado perder a grandes amigos. Si tocas este tema con naturalidad, la gente enseguida da un paso atrás. La sociedad y la humanidad no están preparadas ni concienciadas sobre este tema”*, explica José Luis. Reconoce, sin embargo, que, aunque se ha sentido *“incomprendido, juzgado, solo, avergonzado y señalado...”*, también le han acompañado *“sin juzgar, escuchándome, y respetando mi forma de pensar y de hacer las cosas”*.

Uno de los dilemas que se plantean con más frecuencia en esta materia es la cuestión siguiente: ¿Debemos hablar del suicidio? La conducta suicida no afecta solo a la propia persona, sino que repercute íntimamente, al menos, en otras seis. Javier Muñoz Domingo, presidente de la Asociación de Apoyo y Prevención del Suicidio de Alicante, explica que en su caso fue su madre la persona que falleció por esta causa hace 18 años. *“Recuerdo que, al cabo de uno o dos años, empecé a notar la necesidad de compartir con alguien esto. El duelo es tan doloroso, tan complicado y con tanto conflicto, que al final te das cuenta de que necesitas compartirlo con alguien, incluso aunque no sea familia”*, reconoce. Tiene claro que hay que dar mucha más visibilidad al suicidio. *“Nosotros creemos que, si de un problema no se habla, lo único que vamos a conseguir es que se perpetúe. En el mejor de los casos va a persistir, y en el peor, va a agravarse, que es lo que ha sucedido con el suicidio”*. Muñoz asegura que el suicidio *“ha arrastrado una losa y un tabú enormes”* y recuerda que *“hasta hace 40 años no se podía enterrar en los cementerios católicos a personas que se hubiesen suicidado. Con lo cual, ¿qué había que hacer? Taparlo. Ese tabú todavía lo arrastramos. Se tiende a pensar que es un fallo de la familia y que no se ha sabido atender o ayudar a la persona”*.

¿Por qué entonces no se habla de ello? Si el suicidio continúa siendo hoy en día un tabú es, entre otras razones, por el miedo al conocido como ‘efecto Werther’ o efecto de imitación. Sin embargo,

organismos internacionales como la OMS animan a tratar este tema en los medios de comunicación, siempre de forma responsable y adecuada, como medida de prevención.

Arquer propone que *“si estamos haciendo campañas de ‘Ponte el cinturón’ o ‘Si bebes no conduzcas’, tenemos que hacer campañas también para prevenir esto. Si alguien te dice ‘Estoy cansado, no vale la pena vivir’, tómatelo como una señal, como alguien que ve a una persona que ha bebido y le dice: “no cojas el coche que te llevo yo”. Acompaña a la persona al médico de cabecera, préstale apoyo y ayúdale a encontrar un lugar donde expresarse”*. La psicóloga defiende que *“hay que trasladar a la población que quien piensa en el suicidio está sufriendo por una situación a la que no encuentra otra solución. Si se le ayuda, tiene posibilidad de recuperarse, sentirse mejor, y disponer de otras alternativas”*.

Quienes mejor lo saben y lo pueden expresar, son quienes han pasado por ello, como José Luis, que termina enviando un mensaje a quien esté pasando un mal momento: *“Querida compañera o compañero, si estás en esta situación o te llega en el futuro, no pierdas la esperanza. Busca ayuda y habla, no te cierres. Acude a tu círculo, a tu familia, no dejes que la desesperanza se apropie de ti. No dejes que la espiral de la tristeza se haga mayor que tu corazón y tu bondad. Si no puedes hacer nada de lo anterior, acude al médico/a de cabecera y si estás en el límite, llama al Teléfono de la Esperanza... ellos te ayudarán en lo que necesites”*.

4.1.2. Adicciones sin sustancia: de la ludopatía a las nuevas tecnologías

Los profesores de la Universidad de Navarra, Javier Fernández-Montalvo y José Javier López-Goñi, señalan que cuando se habla de adicciones, por lo general se piensa en dependencia de las drogas. Sin embargo, los trastornos adictivos se caracterizan fundamentalmente por la falta de control y la dependencia, lo que hace que el concepto abarque mucho más que el consumo de sustancias químicas o alcohol. Así, hay hábitos de conducta que pueden convertirse en adictivos y afectar gravemente a la vida y salud de las personas afectadas, cuando estas pierden el control y desarrollan una determinada actividad de manera continuada pese a las consecuencias adversas, adquiriendo una dependencia cada vez mayor de esa conducta y generando lo que se conoce como una adicción sin droga⁵⁴.

No obstante, según estos expertos, *“las adicciones psicológicas se diferencian en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples al tabaco, al alcohol, a los ansiolíticos, a la cocaína, etc., es decir, las politoxicomanías, son relativamente habituales. No es frecuente, por el contrario, encontrarse con pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples, como, por ejemplo, juego patológico, hipersexualidad y laborodependencia. Lo que sí es más habitual es la combinación de una adicción psicológica con otra u otras químicas. Así, por ejemplo, el juego patológico se asocia principalmente con el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol. Y la adicción al trabajo, por poner otro ejemplo, aparece íntimamente ligada con el abuso de drogas dirigidas a neutralizar el agotamiento ocupacional (cocaína y estimulantes, principalmente)”*⁵⁵.

⁵⁴ Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. (2010). [Adicciones sin drogas: características y vías de intervención](#). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

⁵⁵ *Ibid.*

Ante esta realidad la Red de Atención a las Adicciones (UNAD) ha creado una Comisión de Intervención, un espacio de encuentro de profesionales de las entidades de la red, a través de un proyecto en el área de prevención *'Abordaje de nuevas problemáticas de adicciones: contextos actuales'*⁵⁶.

Entre estas adicciones, se encuentran las apuestas y juegos de azar online, que esta misma organización califica como *"problema social que crece día a día"*. De hecho, según esta entidad, *"la heroína causó estragos en los 80; a principios de los noventa, la cocaína asumió el relevo"*, mientras que ahora *"la próxima oleada ligada a la proliferación de operadoras online invade todos los espacios"*. Por ello, han pedido al Gobierno que prohíba la publicidad sobre estas actividades en los medios de comunicación, como ya se ha hecho con el tabaco y el alcohol; ya que *"el marco legal actual resulta ineficaz para contener los efectos inmediatos que está provocando"*. También reclaman proteger a la población más vulnerable que son los niños, niñas y adolescentes ante la constante presencia de publicidad sobre juego online en horario protegido. Esto no solo afecta a la televisión, sino también a la radio y redes sociales⁵⁷.

Jaume Padrós, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) señala que no se puede minimizar el fenómeno. *"Tenemos a los jóvenes muy expuestos, el juego patológico puede condicionar su expectativa de vida y aumenta el riesgo de que desarrollen otras patologías relacionadas con el juego"*, explica. Ante esta situación, el Consejo del Audiovisual de Cataluña (CAC) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) reclaman una normativa efectiva que regule la publicidad de estas prácticas, se restrinja el acceso a menores y se supriman los bonos que incitan a participar, así como la participación de estrellas deportivas o personajes famosos para publicitar estos juegos⁵⁸.

4.1.3. Salud mental y población inmigrante

Falta una aproximación culturalmente sensible al concepto de salud mental y muchos elementos para aproximarse a un tema tan complejo como el de la salud mental en la población inmigrante⁵⁹.

Si se analiza concretamente la situación de las personas que acceden a España por la Frontera Sur (Andalucía y Canarias), lo más común, según explica Rodrigo Gómez, psicólogo y responsable de la asociación Accem en Cádiz, es el choque de expectativas: *"Tienen una idea fuerza que es lo que les mantiene vivos durante el viaje, que Europa es el paraíso. Esta fantasía es el motor del terrible periplo"*, apunta. Además, subraya que parte del trabajo es gestionar el duelo del proceso migratorio, encontrándose con cuadros de ansiedad y *shocks* postraumáticos, principalmente. *"En líneas generales, no son muy propensos a hablar de sus sentimientos, por lo que la atención psicológica en estos casos requiere de una sensibilidad cultural muy bien formada"*⁶⁰.

⁵⁶ UNAD. [Adicciones sin sustancia](#) [Artículo en web].

⁵⁷ Mouzo, J. (30 enero, 2019). [Ofensiva contra la publicidad de apuestas online en horario infantil](#). *El País*.

Servimedia. (4 abril, 2019). [Unad pide prohibir la publicidad de apuestas y juego online en los medios](#). *EcoDiario.es*.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M. y Burckhardt, A. (2014). [Salud mental de la población inmigrante en España](#). *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), pp. 755-761.

⁶⁰ Lucas, A. (22 septiembre, 2018). [Sensibilidad para tratar la salud mental de los migrantes](#). *El País*.

Según Susana Domínguez, psicóloga del Programa de Protección Internacional de Accem en Cádiz, *“una vez que les dan el estatuto de refugiado, no pueden retornar y eso es difícil de gestionar emocionalmente. (...) Cuando llegan tienen que construir una nueva identidad aquí. Pierden gran parte de su vida y en ella influyen mucho las condiciones en las que hayan salido, la situación familiar y laboral que tenían...”*. Además, las mujeres son especialmente vulnerables por el riesgo a ser víctimas de trata y eso requiere un trabajo más a largo plazo, como declara Francisco Vicente, coordinador provincial de Cruz Roja en Almería⁶¹.

Laura Díaz, coordinadora de Cruz Roja del Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) de Madrid, pone el acento en el hecho de que *“las mujeres víctimas de trata, los menores, las personas involucradas en matrimonios forzados, o los que emigran por su orientación sexual viven una situación de fuerte vulnerabilidad”* y coincide en destacar que las cuestiones vinculadas con la salud mental deben analizarse desde una perspectiva intercultural. *“En la salud mental se habla de emociones y las formas de interpretarlas varían según el imaginario colectivo de los códigos de cada cultura. Cada historia es un mundo y requiere análisis individualizado. Estamos ante un reto para el sistema sanitario”*⁶².

4.1.4. Protección de personas con discapacidad que participan en investigaciones

Es importante destacar que es esencial invertir en salud mental y que esta inversión llegue también a la investigación, la cual revertirá de manera positiva en la propia atención a las personas con discapacidad psicosocial y en las políticas públicas de prevención y promoción de la salud mental. Para ello es importante facilitar redes de colaboración con personas con discapacidad psicosocial en investigaciones, asegurando que se garanticen sus derechos, se les informe sobre todo el proceso y sus resultados en todo momento, así como que se invierta en las investigaciones y se promuevan los avances. Todo ello ha de estar orientado a crear alternativas que eviten la coerción.

En este sentido, proponemos:

- 1.** Invertir en investigaciones e implantación de la salud mental, centrándose en la prevención y en la promoción durante toda la vida.
- 2.** Promover la inversión en investigaciones de prevención, recuperación, respuestas a la coerción y servicios de salud mental no coercitivos.
- 3.** Difundir los avances en la prevención y promoción de la salud mental.
- 4.** Facilitar redes de colaboración con personas con discapacidad psicosocial en investigaciones, con garantía de sus derechos humanos.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

4.1.5. Salud mental y medios de comunicación

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha presentado en 2019 la segunda edición de su 'Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación', con recomendaciones para un correcto tratamiento informativo de los temas de salud mental. El acto se realizó en la sede de la Agencia EFE, contando con la presencia de Su Majestad la Reina Letizia, que acompaña a esta Confederación desde 2016⁶³.

En ella, se pone de manifiesto que cada vez son más los medios de comunicación y periodistas que consideran que la mejor vía para elevar la calidad de la información y su talante ético es la autorregulación. Ante esta realidad, surge la pregunta, ¿cómo compaginar de una manera efectiva el derecho a la libertad de expresión (y su otra cara, el derecho de la ciudadanía a recibir una información completa y veraz) con otros derechos importantes como son el derecho a la seguridad, el derecho a la intimidad, el derecho de las minorías a contar con un tratamiento justo en los medios de comunicación y el derecho a la propia imagen?

Esta guía responde a esta cuestión planteando que la mejor vía parece ser la de la autorregulación. En esta línea, se inscriben los códigos deontológicos de carácter corporativo, los estatutos de redacción de algunos medios informativos, la figura del 'defensor del lector' (o del telespectador) y otros mecanismos que, actuando conjuntamente, tienden a ir tejiendo un compromiso de calidad entre las y los profesionales de la comunicación y la ciudadanía⁶⁴.

A estos códigos se han ido añadiendo, en los últimos años, otros documentos que apelan la calidad informativa en ámbitos concretos de la vida social. Ejemplos de ello son:

- I Encuentro sobre 'Periodismo y Discapacidad', que tuvo lugar los días 30 de junio y 1 de julio de 2004. Más de setenta representantes de los medios de comunicación más importantes de España suscribieron la denominada Declaración de Salamanca. En ella se asume un planteamiento de compromiso y se proponen una serie de medidas que favorezcan la plena integración de las personas con discapacidad, destacando "*lo relativo a evitar el lenguaje discriminatorio y estigmatizante que pone el énfasis sobre la discapacidad por delante de la condición de persona*".
- Manifiesto de Constitución del Comité de Apoyo a las Personas con Discapacidad en los Medios Audiovisuales, en marzo del 2007, rubricado por un gran número de patronales, empresas de comunicación y asociaciones profesionales del sector.

Todos estos instrumentos de la autorregulación operan de manera conjunta, aunque lo hacen de forma lenta. Podríamos decir que vienen a ser una fina lluvia que, poco a poco, va impregnando las convicciones de las empresas periodísticas y de sus profesionales. En este sentido, hay que reconocer que las actitudes y las maneras a la hora de informar sobre temas como los citados (personas extranjeras, personas con discapacidad, mujeres...) han variado sustancialmente en los últimos años.

Así, esta guía se presenta como una propuesta que se inscribe en la misma dirección. Se considera prioritario hacer todo lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas

⁶³ EFE. (3 abril, 2019). [La reina Letizia asiste a la presentación de la Guía de Estilo de salud mental](#). *La Vanguardia*.

⁶⁴ Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. (2018). [Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

que padecen un problema de salud mental y a su entorno. Y las empresas periodísticas y las y los profesionales de los medios de comunicación deben asumir su parte de responsabilidad en este sentido. Como ha ocurrido y ocurre con todas las iniciativas de autorregulación, esta pretende establecer una complicidad constructiva entre el colectivo afectado y los medios de comunicación, para que, desde el conocimiento y asunción de las condiciones de ambos sectores, el compromiso mutuo y un trabajo conjunto, puedan difundirse a la sociedad informaciones normalizadoras e integradoras sobre las personas con problemas de salud mental⁶⁵.

4.2. Denuncias

4.2.1. No se está prestando la debida atención a la salud mental de la población migrante

La sanidad pública o las organizaciones que han priorizado [programas de asistencia psicológica](#) son los lugares donde se presta asistencia psicológica gratuita a las personas migrantes que acceden por Frontera Sur. El problema es que no hay coordinación, como explica Francisco Collazos, psiquiatra y coautor de la investigación "[Salud mental en la población migrante en España](#)", y, como resultado, el servicio es un caos. Asegura que la solución no pasa por invertir tanto en recursos, sino por empezar optimizando los que existen, coordinando y formando. Para ello, según este experto, hace falta introducir la mirada intercultural desde la universidad, ya que la consideración de la cultura en los casos de salud mental es clave para hacer los diagnósticos: "*No es lo mismo que un problema de hígado, que tiene parámetros universales*"⁶⁶.

Otro aspecto fundamental es la necesidad de tratar a los y las profesionales que trabajan en contacto directo con esta población. Belén Yago, psicoterapeuta especializada en trauma y desarraigo y en tratar a profesionales de la Psicología en el ámbito de la ayuda humanitaria, manifiesta que "*para poder salvar a otros tenemos que estar sanos nosotros primero (...). Ellos reciben permanentemente situaciones traumáticas y aunque siempre se ha dicho que el profesional tiene que separarse de los problemas del paciente, que tiene que haber una distancia emocional, de alguna manera inciden en ti. La constante relación con el trauma ajeno va creando una herida en tu organismo que nada tiene que ver con tus propias heridas, pero los profesionales tienen que liberar también su respuesta neurofisiológica, su trabajo genera impulsos reprimidos*"⁶⁷.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Lucas, A. (22 septiembre, 2018). [Sensibilidad para tratar la salud mental de los migrantes](#). *El País*.

⁶⁷ *Ibid.*

4.3. Buenas prácticas

4.3.1. Formación sobre Migración y Salud para profesionales de la Salud, Fuerzas del orden y Trabajo Social que trabajan en cuidados de salud mental y física a nivel local con personas migrantes y refugiadas

Los días 26 y 27 de febrero, se celebró en el Salón de Actos del Hospital Universitario de Ceuta una formación con el objetivo de permitir que profesionales de salud de primera línea, agentes del orden y profesionales que trabajan con migrantes desarrollen las competencias clave para proporcionar una atención médica más adecuada a las personas migrantes y refugiadas. Según se indica en el programa, para abordar las tendencias de migración actuales, los países europeos están desarrollando políticas y planes para definir mejor su papel en el apoyo a las personas migrantes que llegan a Europa. Así, en línea con los objetivos del Plan de Acción de la UE para la integración de nacionales de terceros países, la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea y la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (CHAFEA) están comprometidas con acciones destinadas a mejorar el acceso a servicios básicos adecuados, como la asistencia sanitaria para nacionales de terceros países, entre los que se incluyen: TRAIN4M&H - formación para profesionales de salud de primera línea y fuerzas del orden que trabajan a nivel local con personas migrantes y refugiadas⁶⁸.

En el curso de la segunda jornada de la actividad formativa mencionada, Cristóbal Bohórquez, del Centro de Acogida al Refugiado de Sevilla, trató la cuestión de la afección a la salud mental de los procesos migratorios. Este experto señala que: *“El proceso migratorio en sí no es traumático, sino que hay muchos factores que dependen incluso de antes de salir, si son personas refugiadas, si son migrantes irregulares, si lo hacen en avión o tardan cuatro u ocho años en llegar”*. A esto se ha de añadir el nivel de integración en el lugar que los recibe, la situación legal y la personalidad de cada migrante. *“Lo que sí parece determinante, en el caso de las personas refugiadas que proceden de lugares de conflicto, que han presenciado muertes de familiares, que han sufrido guerras, encarcelamientos, tortura... es que tienen cierta tendencia a padecer ciertos trastornos en concreto de estrés post-traumático”*⁶⁹..

4.3.2. Acuerdo de colaboración entre ACCEM y Federación Salud Mental Castilla y León

Desde la Federación Salud Mental Castilla y León se ha firmado un acuerdo de colaboración con [ACCEM](#), entidad que trabaja para mejorar las condiciones de vida de personas en situación de vulnerabilidad, en especial personas migrantes, personas refugiadas o solicitantes de asilo. Con esta alianza se pretende desarrollar diferentes acciones de manera conjunta. Los procesos vitales que viven las personas migrantes o, especialmente, las personas que huyendo de un conflicto pasan a convertirse en refugiadas, les hacen estar expuestas de manera intensa a sufrir cualquier

⁶⁸ [Formación sobre Migración y Salud para profesionales de la salud, fuerzas del orden y trabajadores sociales que trabajan en cuidados de salud mental y física a nivel local con migrantes y refugiados](#). 26 –27 de febrero 2019.

⁶⁹ Ramos, A. (28 febrero, 2019). [Disertan sobre la migración y sus afectaciones en la salud mental](#). *El faro de Ceuta*.

problema de salud mental. Las líneas de colaboración se centran en acciones para la promoción de la salud mental en este colectivo, así como la promoción del respeto a las identidades y los valores culturales de la población migrante entre las personas con problemas de salud mental.

A ello se suman las labores de asesoramiento y orientación entre las dos entidades y la promoción del voluntariado.

En 2019, se realizaron seis charlas formativas en Valladolid, León, Ávila, Salamanca, Burgos y Segovia, dirigidas a promover la salud mental entre personas migrantes.

4.4. Recomendaciones

1. **Abordaje transversal del suicidio** para mitigar sus efectos: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los trastornos mentales. Para llevar a cabo este abordaje, desde SALUD MENTAL ESPAÑA apoyamos la elaboración de políticas de prevención en materia de salud pública que incluyan planes de prevención eficaces, dotados de los recursos económicos, materiales y humanos necesarios. En general, la conducta suicida se puede predecir, y por tanto también prevenir.
2. Creación de **espacios y/o servicios atendidos por personas con la formación precisa**, en las que las personas en esta situación puedan expresarse sin sentirse juzgadas. De este modo, se podrá reducir de alguna manera el dolor extremo que sienten en estos momentos y evitar los intentos de suicidio que se producen diariamente.
3. Aprobación de un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**.
4. **Campañas de concienciación y sensibilización** a todos los niveles, acabar con el tabú y el estigma del suicidio.
5. **Reforzar el sistema público de salud** para que, cuando la persona lo necesite, reciba una atención eficaz y continuada en el tiempo, incorporando terapias de grupo, más atención por parte de profesionales de la Psicología y la Psiquiatría, atenciones más frecuentes y con menos tiempos de espera. Se habría de contemplar la **provisión de psicólogos y psicólogas en Atención Primaria**.
6. Promoción de **personal cualificado para dar clases sobre gestión de emociones** a los niños y niñas.

4.5. Testimonios

José Luis Herrera⁷⁰. Miembro de la Junta Directiva de AFES Salud Mental Tenerife y del Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA

“ Simple y llanamente no quieres irte de la vida, lo que quieres es dejar de sufrir, por eso es verdad que se dejan señales (...). Yo creo que estoy aquí porque tengo que desempeñar una misión, el trabajo de luchar y enfocarme en ayudar a otras personas que, como yo, están pasando un proceso de sufrimiento. Ahora estoy muy recuperado, soy como el ave fénix, estoy muy bien, he resurgido. Porque que todo el mundo entienda que cuando llegas a esos límites, lo que quieres es dejar de sufrir.”

⁷⁰ Otón, L. (27 marzo, 2019). [Un suicida no quiere acabar con su vida: quiere acabar con su sufrimiento](#). Cope.

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 Parte 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

5.1.1. Barreras invisibles

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 embargo, por lo general, la accesibilidad se ha asociado, y todavía hoy se sigue asociando en muchos ámbitos, con la necesidad de eliminar las barreras físicas. Así, las necesidades en este sentido de las personas con discapacidad psicosocial todavía no son detectadas en este contexto, por lo que, además de adoptar medidas para promover su autonomía, ha de intervenir sobre el medio en el que se desenvuelven para diseñarlo de tal manera que queden garantizados sus derechos. Sin duda, la accesibilidad, incluyendo la eliminación de barreras que no se detectan a simple vista, se ha convertido en uno de los mayores retos a afrontar en cuanto a la garantía de los derechos de estas personas.

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. Por lo tanto, no se efectúan los ajustes necesarios en aquellos casos en que la discapacidad no es física, sino psicosocial (provocada por un problema de salud mental). Efectuar ajustes adecuados implica, en estos casos, atender a 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 todo aquello que contribuya 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 autonomía⁷¹.

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

⁷¹ *Ibid.*

los servicios y disponer de todos los recursos que garanticen la comprensión, comunicación, movilidad, comodidad y seguridad⁷².

5.2. Buenas prácticas

5.2.1. Proyecto 'CiberMent 2.0'⁷³

La [Federación Salud Mental Castilla y León](#) y la [Fundación Vodafone España](#) han desarrollado el proyecto denominado 'CiberMent 2.0'. Se trata de una iniciativa de formación online en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el que han participado cerca de 400 personas con discapacidad psicosocial a fin de mejorar su acceso al empleo.

'CiberMent 2.0' constituye un proceso de aprendizaje personalizado, ágil y accesible, con una metodología basada en el *e-learning* y *b-learning* que logra mejorar la capacidad de las personas participantes, aumentando su motivación e implicación.

Este proyecto nace a partir de otro anterior, denominado 'Ciberment', al que se ha considerado importante dar continuidad con esta nueva edición.

Con iniciativas como esta se logra, por un lado, romper la brecha digital entre el colectivo y, por otro, mejorar las capacidades de las personas para enfrentarse al mercado laboral actual.

'CiberMent 2.0' se desarrolla a través de la plataforma de formación online '[Campus Virtual Salud Mental](#)' de la Federación.

⁷² Monge Arias, A., Arroyave Sandino, M., Muñoz Escandell, I., Ledezma, R., León Feoli, A. y Rojas Rodríguez, C. (2013). [Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial](#). Costa Rica: Programa EUROsociAL. 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).

⁷³ Somos Pacientes. (2 abril, 2019). [Éxito del proyecto 'CiberMent 2.0' de Salud Mental CyL y Fundación Vodafone](#). *Somos Pacientes*.

5.3. Recomendaciones

1. Impulsar **campañas de concienciación y sensibilización**.
2. Adoptar **medidas legislativas, administrativas** y de cualquier índole que favorezcan los procesos de toma de decisiones y la plena participación e inclusión en la sociedad de las personas con problemas de salud mental, 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 de una **red de apoyos adecuada**.
5. Promover la **coordinación entre profesionales, familiares y personas usuarias** de los servicios de 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 informadas, a la intimidad y a participar en procesos de toma de decisiones tan importantes como, entre otros, las voluntades anticipadas.
7. Proporcionar **formación en materia de voluntades anticipadas** a todos los funcionarios públicos y operadores jurídicos en general.

5.4. Testimonios

Michael Phelps. Ex-nadador de competición estadounidense y el deportista olímpico⁷⁴.

“ Juntos podemos normalizar la conversación sobre salud mental y reconocer la capacidad de cada persona, tenga o no enfermedades mentales, para que aporte al mundo a su manera única y propia”.

⁷⁴ Marca. (8 enero, 2019). [Michael Phelps recibe un premio por su contribución a la salud mental](#). Marca.

6. 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 Parte 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.

6.1. Aspectos a tener en cuenta

6.1.1. El sentido del artículo 12 CDPD

Según la Observación General nº1 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el párrafo 2 del artículo 12 se reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, incluyendo este concepto la capacidad de ser titular de derechos y la de actuar conforme a los mismos. Según este documento de Naciones Unidas, esta capacidad jurídica concede a la persona la protección plena de sus derechos por el ordenamiento jurídico y la reconoce como actor facultado para realizar transacciones y para crear relaciones jurídicas, modificarlas o ponerles fin. Por lo tanto, los Estados Parte tienen la obligación de tomar todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar este derecho⁷⁵.

Pese a lo dispuesto en la Convención, en España no solo no se han dispuesto medidas para garantizar este derecho a las personas con discapacidad psicosocial, sino que, en algunos sectores, está arraigando la idea de que las personas con problemas de salud mental “no son personas con discapacidad”. Ahora bien, este calificativo no conduce a que sean consideradas, por tanto, como personas sin discapacidad que no han de enfrentarse a barrera alguna para el ejercicio de sus derechos. Más bien al contrario, de lo que se trata con este tipo de planteamientos es de excluir a este colectivo del paraguas de derechos humanos que supone la Convención y situarlo en una suerte de limbo legal en el que sus derechos puedan quedar en suspenso, en base a un diagnóstico y a los efectos que se consideren derivados de éste. Sin embargo, esta afirmación no tiene un sustento legal mínimo ni justificación alguna desde una perspectiva de derechos humanos. Además, dificulta que se diseñen o establezcan apoyos o medidas que permitan garantizar este derecho a las personas con discapacidad psicosocial, promoviendo la privación de su libertad frente a la promoción de su autonomía.

⁷⁵ Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general. (19 mayo, 2014). [Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley](#). CRPD/C/GC/1.

6.2. Denuncias

6.2.1. Se sigue sin poner medios para que las personas con discapacidad psicosocial puedan registrar sus Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas en la historia clínica

Como expresa el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: *“Para muchas personas con discapacidad, la posibilidad de planificar anticipadamente es una forma importante de apoyo por la que pueden expresar su voluntad y sus preferencias, que deben respetarse si llegan a encontrarse en la imposibilidad de comunicar sus deseos a los demás. Todas las personas con discapacidad tienen el derecho de planificar anticipadamente, y se les debe dar la oportunidad de hacerlo en condiciones de igualdad con las demás. Los Estados Parte pueden ofrecer diversas formas de mecanismos de planificación anticipada para tener en cuenta las distintas preferencias, pero todas las opciones deben estar exentas de discriminación. Debe prestarse apoyo a la persona que así lo desee para llevar a cabo un proceso de planificación anticipada. El momento en que una directiva dada por anticipado entra en vigor (y deja de tener efecto) debe ser decidido por la persona e indicado en el texto de la directiva; no debe basarse en una evaluación de que la persona carece de capacidad mental”⁷⁶.*

En coherencia con lo anterior, la Junta de Andalucía, la Consejería de Salud de esta comunidad y la Escuela Andaluza de Salud Pública editaron el documento ‘Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental’, en cuya elaboración participó FEFES ANDALUCÍA SALUD MENTAL como miembro nato del grupo de derechos y salud mental creado en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. En este documento, se 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 Mental. El objetivo es 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. 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.

A nivel interno, no existe impedimento legal para implementar esta figura, en plena consonancia con la dignidad inherente de la persona amparada en los artículos 10 y 14 de la Constitución española. 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’, 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 73 Página 73 General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y los artículos 2 y 11 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’.

⁷⁶ *Idem*

Sin embargo, pese a todas las evidencias, en España se sigue denegando, de modo general, el derecho fundamental de las personas con discapacidad psicosocial a tomar decisiones sobre aspectos esenciales que atañen a su tratamiento y salud, chocando de frente con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículos 3, 4, 5, 6, 10, 12 y 25 CDPD).

6.3. Recomendaciones

- 1. Revisar las normas que regulan los procedimientos para la modificación de la capacidad de obrar, la tutela y la curatela**, con el fin de adoptar normas y políticas, mediante las cuales se reemplacen los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona.
- 2. Proporcionar formación** a todo el funcionariado público y operadoras y operadores jurídicos en general en materia de capacidad y de medidas alternativas a la sustitución de la voluntad y preferencias de la persona.
- 3. Recopilar e implementar buenas prácticas** nacionales e internacionales que promuevan la autonomía de la persona.

7. 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.

7.1. Aspectos a tener en cuenta

7.1.1. La falta de conciencia y el estigma consolidan barreras insalvables

Lamentablemente, hemos de seguir llamando la atención sobre las vulneraciones en materia de acceso a la justicia de las personas con problemas de salud mental. No se constatan avances para revertir la situación y el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas sigue sin estar garantizado en todos los casos. Las personas con discapacidad psicosocial siguen enfrentando 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 mediante videoconferencia, mecanismo que puede presentar muchos problemas para una persona con discapacidad psicosocial. 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"⁷⁷.

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.

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

Para resolver este tipo de situaciones sería preciso, entre otras medidas, efectuar un diagnóstico adecuado de la situación y, posteriormente, elaborar un protocolo para el efectivo acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial que, entre otros aspectos, contemple la implantación de un cuerpo de agentes facilitadores, que favorezcan la autonomía de la persona,

⁷⁷ Muñoz Escandell, I. (coord.). (2019). [Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2018](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

apoyen su capacidad jurídica, y constituyan así un referente adecuado durante los actos judiciales, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica⁷⁸.

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 Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, se precisa el impulso de iniciativas de información, formación, y campañas de sensibilización y concienciación dirigidas a operadoras y operadores 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 derivación.⁷⁹

Todo ello, pese a nuestras reiteradas demandas, no se ha logrado hasta la fecha.

Esta falta de conciencia se traduce en la ausencia de estudios que permitan efectuar una evaluación cuantitativa y cualitativa de la situación (incluida la consideración de la combinación género, edad y discapacidad como factor de riesgo de discriminación múltiple), lo cual impide el diseño de las correspondientes acciones para garantizar tales derechos, incrementa su invisibilización y favorece la creación de amplios espacios de impunidad. Así, por ejemplo, es frecuente que las denuncias de las personas afectadas puedan ser interpretadas como meros “síntomas de su enfermedad mental”.

7.2. Buenas prácticas

7.2.1. Informe de resultados y conclusiones sobre el derecho a la capacidad jurídica en salud mental

El 18 de enero de 2019, el Palau Macaya de Barcelona acogió la jornada de presentación de conclusiones del ciclo de seminarios llevados a cabo por la Federació Salut Mental Catalunya, bajo el título “*El dret a la capacitat jurídica en salut mental: suports i acompanyament en salut mental*” (“El derecho a la capacidad jurídica en salud mental: apoyos y acompañamiento en salud mental”). Todo ello se realizó en el marco del proyecto seleccionado en la convocatoria anual de proyectos de la Obra Social “la Caixa”.

⁷⁸ *Idem*

⁷⁹ *Ibid*

El objetivo fue efectuar un análisis de la situación y recopilar las necesidades de apoyo y acompañamiento para garantizar el cumplimiento del artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en materia de capacidad jurídica⁸⁰.

El trabajo de este proceso de diálogo y reflexión, en el que han participado representantes de la Administración Pública, entidades tutelares y la red de personas con problemas de salud mental y familiares, se ha visto reflejado en un informe final de conclusiones, que se espera que sirva para explicar, promover e impulsar los cambios administrativos, legislativos y sociales necesarios para avanzar en la garantía de este derecho⁸¹.

⁸⁰ Causa Bofill, A., Estrada Canal, M. y Carrilero Ciprés, M. (2019). [El dret a la capacitat jurídica en salut mental: suports i acompanyament Resultats i conclusions de les sessions participatives de treball](#). Barcelona: Federació Salut Mental Catalunya.

⁸¹ *Ibid.*

7.3. Recomendaciones

A estos efectos, compartimos las recomendaciones que hemos ido efectuando en anteriores informes anuales de derechos humanos, dado que no se han producido avances significativos en ese sentido:^{82,83}

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

⁸² Muñoz Escandell, I. (coord.). (2017). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2016](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

⁸³ Muñoz Escandell, I. (coord.). (2017). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2015](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

8. 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.

8.1. Aspectos a tener en cuenta

8.1.1. El uso y abuso de medidas de restricción de la libertad

Hay que reiterar la aspiración de tender a la contención cero y a la progresiva reducción de los ingresos no voluntarios en pro de otras medidas más eficaces y en consonancia con los derechos humanos.

En los contextos de privación de libertad, las contenciones mecánicas son una práctica habitual. Por este motivo, SALUD MENTAL ESPAÑA sigue denunciando la desatención de las personas en contextos de privación de libertad, recomendando la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD); la implementación de medidas que garanticen el efectivo acceso a la justicia, y la consideración de la doble vertiente social y sanitaria en esta materia. Asimismo, suscribe las reivindicaciones, incluidas en el Manifiesto de Cartagena, de unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y Libres de Coerción, firmado junto con la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), las Federaciones en primera persona y Veus. En el manifiesto se describen la situación y las alternativas que se reclaman y que requieren el compromiso de las Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones en recursos que se precisan para favorecer la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión.

Como se expone en este manifiesto, la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria supusieron una apuesta por suprimir las prácticas institucionales que vulneraban los derechos humanos y por la recuperación de la dignidad y derechos de las personas diagnosticadas de trastorno mental. Desde entonces, añade, ha habido un esfuerzo continuado por ofrecer una atención respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos. A pesar de ello, en este documento se denuncia que continuamos con unos presupuestos en salud mental insuficientes, con equipos incompletos y una red fragmentada. Todo esto ha promovido el uso de medidas de control y coerción en lugar de medidas terapéuticas: *“El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad”*⁸⁴.

Ante esta situación, SALUD MENTAL ESPAÑA aboga además por que se incluyan cuatro medidas terapéuticas en la cartera básica de servicios sanitarios: planes individualizados de atención,

⁸⁴ UNED. [Siglo XXI: La Salud Mental es un derecho, hacia una Salud Mental con derechos](#) [Artículo en web].

equipos de intervención familiar, apoyo domiciliario y equipos multidisciplinares (profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería en salud mental, terapeutas...).

8.2. Recomendaciones

1. Proveer los mecanismos que permitan **implementar las exigencias de la CDPD**.
2. Garantizar el **acceso a la justicia en igualdad de condiciones**, creando protocolos y figuras de apoyo al efecto.
3. Tener en cuenta la **doble vertiente de esta materia: la social y la sanitaria**.

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

Artículo 19 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, debiendo los Estados adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho.

9.1. Aspectos a tener en cuenta

9.1.1. La asistencia personal en salud mental⁸⁵

En España, el reconocimiento al derecho de las personas con discapacidad a tener una vida en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía se recoge en el 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, que tiene entre sus principios, los siguientes:

- Respeto a la dignidad inherente.
- Autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones.
- Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- Vida independiente.
- No discriminación.

La asistencia personal está definida en el artículo 2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), como: *“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”*.

Es un recurso acorde con lo dispuesto en el artículo 19 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. De hecho, basándose en la Convención, 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 y recuerda la obligación a los estados de *“asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la asistencia personal necesaria para vivir y ser incluidas en la comunidad”*.

Por otro lado, en la Observación General número 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, define la asistencia personal como: *“apoyo humano que se*

⁸⁵ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). [“Asistencia personal en salud mental”](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

pone a disposición de una persona con una discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente”.

En el ámbito de las personas con discapacidad psicosocial, la asistencia personal es un servicio novedoso. Está orientado a su recuperación y sus actividades van encaminadas a promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Esta nueva forma de apoyo comunitario pone el foco en los derechos, pasando de la atención centrada en la persona a la atención dirigida por la persona, donde ella decide cómo, dónde y cuándo necesita los apoyos necesarios para avanzar en su proyecto de vida.

La asistencia personal garantiza los apoyos necesarios para tener una vida independiente, ofrece soluciones flexibles, personalizadas y adaptadas a las necesidades y expectativas de las propias personas y su efecto transformador radica en el empoderamiento de quienes reciben los apoyos.

Asimismo, se trata de un servicio de proximidad, lo cual supone la creación de un nuevo sector de actividad que, especialmente en zonas rurales, contribuye a fijar población.

Finalmente, se apuesta, entre otros, por un modelo de *apoyo de pares o apoyo entre iguales* para el desarrollo de la asistencia personal que, asimismo, promueve el empleo de las personas con experiencia propia en salud mental, convirtiéndose, desde esa óptica, en asistentes personales de otras personas con discapacidad y/o dependencia.

A la luz de lo anterior, la atención de las personas con discapacidad, en general, y de las personas con discapacidad psicosocial, en particular, se enfrenta hoy el reto de una transición desde esquemas de asistencia institucionalizada hacia servicios que promuevan la inclusión en la comunidad.

El modelo comunitario de atención a la salud mental plantea que los apoyos (recursos comunitarios) deben ofrecerse en el entorno habitual de las personas. La atención integral a las personas requiere de una red de servicios de salud mental completa y adecuada, así como de la existencia de una red de recursos sociales y programas de apoyo social bien dimensionado, que atienda las diversas situaciones de cada persona.

Entre los principios de este modelo de atención sociosanitaria destacan:

- Atención centrada en la recuperación de la persona con problemas de salud mental.
- Inclusión en la comunidad y participación.
- Sistema de apoyos personalizados.
- Accesibilidad.

Estos principios están perfectamente alineados con los principios del modelo de vida independiente y con la asistencia personal.

9.2. Recomendaciones

1. Disponer los **recursos para la efectiva implantación de un modelo comunitario de atención a la salud mental** que promueva la recuperación de la persona, su inclusión en la comunidad y la participación, el establecimiento de un sistema de apoyos personalizados y la accesibilidad.
2. Promover un modelo de **apoyo de pares o apoyo entre iguales** para el desarrollo de la asistencia personal en salud mental.

10. DERECHO A LA EDUCACIÓN

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.

10.1. Aspectos a tener en cuenta

10.1.1. Educación emocional

En el acto institucional celebrado en Madrid con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, que se conmemoró el 10 de octubre de 2019 y estuvo presidido por la reina Letizia, el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico, reclamó la implantación de una asignatura de "habilidades emocionales" en todos los centros educativos de España, como herramienta para prevenir el suicidio y otros problemas relativos a la salud mental.

Se trata de enseñar a los niños que "*la vida no es de color de rosa*" y darles "*herramientas para enfrentarse*" a las dificultades. Se trata de no esperar a que "*los demás nos validen*", sino de "*aprender a valorarnos nosotros*". De ahí la importancia de una asignatura de educación emocional, que además "*enseñara respeto por la diversidad*".

En España se suicidan en torno a diez personas al día y alrededor de 200 intentan hacerlo. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España (la segunda entre quienes tienen 15 y 24 años) y en 2017 costó la vida de más de 3.600 personas. En todo el mundo son 300.000 las personas que mueren por este motivo al año. De ahí la importancia de romper los tabúes, terminar con los sentimientos de culpa y poner la atención en la prevención

10.2. Buenas prácticas

10.2.1. Campaña "¿Todos tenemos salud mental?"

Desde la asociación El Puente Salud Mental Valladolid, integrada en la Federación Salud Mental Castilla y León, se lleva a cabo una campaña para promover la salud mental en positivo en las aulas. La iniciativa pretende dar respuesta a una necesidad de los centros educativos en el trabajo con los y las adolescentes: la promoción en positivo de la salud mental.

El objetivo de la iniciativa es dar importancia a la construcción de la salud mental positiva desde el mundo educativo, tanto en Educación Primaria como en Secundaria, para lo que se dota al profesorado de materiales y metodología para su uso en el aula, como es la guía para el profesorado '*¿Todos tenemos salud mental? Guía para promover una salud mental en positivo desde el aula*', la baraja de juegos de gestión de emociones, '*El juego de las Emociones. Inventando historias*' (para Educación Primaria) y '*Explora: entrena tu salud mental*' (para Educación Secundaria).

Siguiendo un enfoque sistémico, tras analizar diversos casos y experiencias piloto en centros educativos, se ha detectado que el profesorado puede ser un gran facilitador, pero que no siempre lo es; ya que le falta conocimiento, herramientas y/o conocer su capacidad de influencia en el alumnado. En este sentido el apoyo del equipo directivo de los centros es crucial. Desde ahí, con un enfoque constructivista, se ha generado una serie de materiales para que el profesorado pueda trabajar en el aula. Los materiales han sido usados por 40 profesores y profesoras en diversos centros educativos de Valladolid. En su evaluación, al 90% del profesorado le ha parecido útil y manifiestan que las utilizará en el futuro.

Con el desarrollo del proyecto se ponen en evidencia las necesidades reales existentes, donde el profesorado no tiene, en muchos casos, la preparación necesaria, ni ve la importancia que puedan tener a la hora de facilitar y promover una salud mental positiva.

10.3. Recomendaciones

1. Implantar una **asignatura de "habilidades emocionales"** en todos los centros educativos de España.
2. Elaborar campañas para **promover la salud mental en positivo en las aulas**.

11. DERECHO A LA 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.

11.1. Aspectos a tener en cuenta

11.1.1. Las desigualdades sociales como factores de riesgo

La desigualdad en la salud es un fenómeno invisibilizado, que presenta muchas caras y al que no sabemos mirar. La reducción de personal sanitario, el colapso en las listas de espera o la privatización de la sanidad pública son algunos de los factores que afectan directamente al bienestar de la ciudadanía, dificultan o impiden que la sanidad esté a su servicio y contribuyen de manera directa al aumento de la brecha de la desigualdad^{86,87}.

Sin duda, la exclusión social que genera la pobreza constituye la parte más visible, el grueso de las desigualdades en materia de salud se oculta bajo una enorme capa de prejuicios, desconocimiento e indiferencia⁸⁸. Así ocurre con la salud mental, una realidad ignorada o, en el mejor de los casos, relegada a un segundo plano en el desarrollo de los servicios sanitarios. Esto produce situaciones clamorosamente injustas y discriminaciones intolerables que, pese a los cambios sociales y a la mejora del sistema de salud, no cesan de reproducirse.

Las necesidades en materia de salud mental no hacen más que incrementarse, pero la atención a estas no sigue esa misma tendencia. Más bien al contrario, las mejoras que se han producido desde la reforma psiquiátrica operada en los años 80 son, a estas alturas, demasiado pobres. Es de esperar que no siga operando la “ley inversa de atención sanitaria”, por la que el uso y la calidad de dicha asistencia varía en sentido inverso a las necesidades de la población⁸⁹, y que se implemente de manera definitiva un sistema que ponga en el centro a los derechos humanos y entienda la salud mental como un factor de progreso social.

11.1.2. La salud mental entre los retos clave a abordar de manera inmediata

Los profesores de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC, Carme Carrión y Diego Redolar, elaboraron un informe a finales de 2018 en el que planteaban algunos de los importantes retos para la salud para 2019, contando entre ellos la atención de la salud mental, además de la lucha

⁸⁶ Coordinadora de organizaciones para el desarrollo. (2018). [Derecho a la salud y bienestar. Claves de un futuro sostenible e inclusivo](#). [Post en web].

⁸⁷ Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Barcelona: El Viejo Topo.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*

contra el sedentarismo en las sociedades industrializadas, la reducción de la mortalidad infantil en los países de renta baja y el impacto del cambio climático. En este documento, se hace referencia a la irrupción de las nuevas tecnologías en el campo de la salud a fin de garantizar la sostenibilidad de un sistema sanitario cada vez más saturado por la alta esperanza de vida y las enfermedades crónicas. Concretamente, en lo que a salud mental se refiere, este informe denuncia la falta de profesionales de la Psicología en la sanidad pública. En este sentido, el profesor y neurocientífico Diego Redolar constata que *“la cifra de psicólogos que trabajan en el ámbito público es pequeña”* y hace referencia a los datos de los que se hizo eco la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en cuanto a la ratio de profesionales de la Psicología en la sanidad pública española: 4,3 por cada 100.000 habitantes, mientras que la media europea es de 18. Además, subraya que actualmente la actuación más habitual en estos casos es el tratamiento farmacológico y pocas veces se opta por el tratamiento psicológico, por considerarse más lento y costoso. Redolar afirma que, si la persona con un problema de salud mental tuviera la posibilidad de seguir ambos tratamientos, la respuesta sería más rápida y padecería menos recaídas⁹⁰.

Según un estudio sin precedentes de la Universidad de Aarhus (Dinamarca), titulado *‘Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population’*, se concluye que existe un riesgo de trastorno mental posterior, si previamente ya se sufría uno. Hallazgos como este permiten establecer un patrón temporal y sentar las bases para futuros estudios relacionados con la medicina personalizada y la prevención primaria de la comorbilidad⁹¹.

11.2. Denuncias

11.2.1. España está cinco veces por debajo de la media europea en provisión de profesionales de la Psicología Clínica en el sistema público de salud

“Más del 50% de las demandas de atención primaria tienen relación con motivos psicológicos”, de ahí la importancia de que *“el psicólogo pueda estar en ese primer eslabón sanitario”*, revela el psicólogo Lucas Burgueño. Sin embargo, en España solo hay cuatro especialistas en Psicología Clínica por cada 100.000 habitantes, una ratio muy baja si se tiene en cuenta que en Europa hay 18, lo que significa cinco veces más. Los expertos y expertas calculan que hacen falta en torno a 7.200 profesionales del Psicología más para conseguir una [salud mental](#) pública digna⁹².

En algunos distritos de Madrid puede pasar un año desde que una persona solicita atención psicológica hasta que consigue la cita. De media, durante 2018 en la Comunidad de Madrid, las personas adultas tuvieron que esperar cuatro meses para ser atendidas en consulta psicológica,

⁹⁰ Universitat Oberta de Catalunya. (28 diciembre, 2018). [La salud mental, el sedentarismo, la mortalidad infantil y el impacto climático, retos del nuevo año](#) [Artículo en web].

⁹¹ Plana-Ripoll, O., Bøcker Pedersen, C. y Holtz, Y. [Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population](#). *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(3):259-270.

⁹² La Sexta. (22 febrero, 2019). [La Sanidad Pública necesita 7.200 psicólogos para que España tenga un servicio de salud mental digno](#). *La Sexta*.

y la población infantil, todo un trimestre, enquistándose sus problemas de salud mental al no recibir terapia⁹³.

Además, cuando se logra tener la primera cita, las siguientes se espacian en el tiempo y esto se produce cuando todas las voces expertas coinciden en que la continuidad en el tratamiento es fundamental. Como expresa Nel González, presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: *"En tres, cuatro meses, o lo que considere el profesional y esto no es suficiente"*⁹⁴.

[Fernando Chacón, decano del colegio de psicólogos de Madrid](#) explica que *"hay procesos como la ansiedad o la depresión que es muy importante atender lo antes posible para el pronóstico. Y el problema ya no es solo que tarden cuatro meses en atenderte. El problema es que las siguientes citas son cada mes o cada dos meses"*. Además, este experto destaca que *"un médico de atención primaria puede dar un ansiolítico o un antidepresivo, pero si no hay atención psicológica la recuperación es mucho más tardía. Y eso puede producir un agravamiento y también un coste económico"*⁹⁵.

Esta carencia se solventa con la asistencia privada en los casos que económicamente pueden afrontarlo, el resto se queda sin atención.

11.2.2. Trastornos alimentarios

Problemas de salud mental graves como los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) van en aumento precisamente en sociedades desarrolladas como la española, donde la sobreabundancia y el culto al cuerpo se asocian a la delgadez como patrón de éxito y belleza⁹⁶.

Según datos de la Fundación Fita y de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en España, en torno a 400.000 personas sufren algún trastorno de la conducta alimentaria, de las que 300.000 son jóvenes entre 12 y 24 años⁹⁷.

Según la psicóloga especialista en trastornos alimentarios, [Montserrat Guarda Torner](#): *"los trastornos de la conducta alimentaria los sufren en mayor medida las mujeres (90%) en comparación con los hombres (10%). El síndrome más frecuente es el trastorno de la conducta alimentaria no especificado y el trastorno por atracón (este último con muy poca diferencia en la prevalencia entre hombres 2% y mujeres 3.5%). En segundo lugar, se encuentra la bulimia nerviosa, más frecuente en hombres que la anorexia nerviosa. A pesar de eso, en todos los casos la incidencia siempre es mayor en mujeres que en hombres. Parece que cuanto menor es la edad del paciente, mayor es el número de hombres con trastorno de la conducta alimentaria"*⁹⁸.

Las afecciones más frecuentes en la adolescencia son la anorexia nerviosa y la bulimia, mientras que los trastornos por atracón se producen con más frecuencia en edades adultas y en varones.

⁹³ Mateo, J. (19 febrero, 2019). [Esperar un año para ver al psicólogo](#). *El País*.

⁹⁴ La Sexta. (22 febrero, 2019). [La Sanidad Pública necesita 7.200 psicólogos para que España tenga un servicio de salud mental digno](#). *La Sexta*.

⁹⁵ Mateo, J. (19 febrero, 2019). [Esperar un año para ver al psicólogo](#). *El País*.

⁹⁶ Penna Tosso, M. y Garrido Pérez, M. (2008). [Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario](#). Madrid: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (INUTCAM).

⁹⁷ EFE. (10 enero, 2019). [400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación](#). *La Vanguardia*.

⁹⁸ Guarda Torner, M. (23 octubre, 2018). [Trastornos de la conducta alimentaria. ¿Afectan menos a los hombres?](#) [Artículo en web]

Además, uno de cada cuatro afectados se resiste al tratamiento, produciendo situaciones crónicas junto con un 60% de tendencia a la recaída⁹⁹.

Estos trastornos se presentan asociados a otros problemas de salud mental como depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o abusos de drogas, entre otros, y conlleva un alto índice de mortalidad por las complicaciones físicas que provoca y por los casos de suicidio. Por este motivo, las y los expertos coinciden en que el tratamiento y la prevención tienen que orientarse, además de al restablecimiento físico, al desarrollo de la autoestima, la gestión de emociones y la construcción de una escala de valores que se aparte de los estereotipos¹⁰⁰.

En este mismo sentido, el *'Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación'* destaca que estos, especialmente la televisión, a través de sus múltiples formatos (información, ficción, publicidad, entretenimiento, debates, entre otros) tienen una gran trascendencia e influencia en la percepción y valoración social de la imagen corporal. Por ello, este documento revela que es *"especialmente importante que el trato de la imagen corporal de las personas fomente la diversidad de modelos corporales como un hecho y como una riqueza en sí mismos. La proyección de modelos más realistas, de un trato sensible y riguroso hacia las enfermedades de la alimentación por parte de los medios de comunicación es un salto significativo hacia un cambio de valores y una inversión para la mejora de la calidad de vida de los españoles"*¹⁰¹.

Según Andrea Arroyo, psicóloga y profesora de los Estudios de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), también las redes sociales juegan un papel muy importante, sobre todo en población juvenil, pudiendo resultar vehículos bastante dañinos. Según esta experta, la falta de regulación provoca que la información que fluye no sea la correcta y, en algunos casos, favorezca que estos trastornos aparezcan, se mantengan o continúen¹⁰².

11.2.3. La salud mental continúa siendo la "hermana pobre" del sistema sanitario español

Como se ha denunciado en este informe, mientras la media europea se encuentra en 18 profesionales de la Psicología Clínica por cada 100.000 habitantes, la salud mental continúa siendo la "hermana pobre" del sistema sanitario español, donde solo se cuenta con 4 profesionales por cada 100.000 habitantes. Esta situación repercute sobre las listas de espera y aboca a las personas, aquellas que se lo pueden permitir, al sistema privado. Aun así, los costes del sistema sanitario privado suponen un esfuerzo muy difícil de sobrellevar para muchas familias¹⁰³.

Esta realidad es aún peor en el caso de los niños y niñas con problemas de salud mental, ya que España es el único país de la Unión Europea, junto con Bulgaria, que no tiene la especialidad en

⁹⁹ LA VANGUARDIA, c., «400.000 personas..», op.cit.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Fundación Imagen y Autoestima. (2012). [Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación](#). Barcelona: Fundación Imagen y Autoestima.

¹⁰² García, M. (13 junio, 2019). [El médico debe concienciarse con las alarmas del trastorno alimentario](#). *Redacción Médica*.

¹⁰³ La Sexta. (7 abril, 2019). [Los recortes convierten a la salud mental en la "hermana pobre" del sistema sanitario público español](#). *La Sexta*.

Psiquiatría Infantil y Juvenil. Esta carencia provoca peores pronósticos para la salud mental de este sector de la población, clave en lo que a prevención se refiere.

A todo esto, hay que añadir las barreras existentes para el tratamiento efectivo de las personas que sufren patología dual que, como afirma Raquel Rebolledo (responsable de la Unidad de Patología Dual de la Clínica Nuestra Señora de La Paz), se traducen en la carencia de recursos, de coordinación y de profesionales con formación específica. Esta misma doctora señala que todo esto, unido a la escasa adherencia de los pacientes a los tratamientos y la mala adaptación a los programas terapéuticos tradicionales para adicciones o para trastorno mental grave, contribuyen al aumento de las probabilidades de diagnósticos erróneos, de tratamientos poco planificados y de que las personas con problemas de salud mental reciban más asistencia en urgencias, albergues o prisiones que en dispositivos específicos¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Tovar, R. (10 octubre, 2018). [Patología dual en el Día de la Salud Mental, un trastorno actual, un trastorno habitual](#). *EFE Salud*.

11.3. Recomendaciones

1. Adoptar medidas inmediatas para **establecer marcos participativos, inclusivos y significativos** en la toma de decisiones en materia de salud mental, incorporando en la política pública un enfoque de derechos humanos.
2. **Priorizar la promoción de la salud mental** y la prevención en la política pública, aumentando la inversión para hacerlo posible.
3. **Integrar las adicciones** en el modelo sanitario de atención especializada.
4. Desarrollar un **plan de prevención del suicidio**.
5. **Implantar la especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil** y crear centros adecuadamente desarrollados para este sector de la población.
6. Recabar datos a nivel nacional para el desarrollo de **análisis sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial** y la evolución en los servicios de salud mental.
7. Mostrar voluntad política y entablar un **diálogo serio entre las diferentes partes interesadas** acerca de los modelos y prácticas de la Psiquiatría, a fin de que sean respetuosas con la diversidad de las personas.
8. **Invertir eficazmente** en la salud de las personas y de la sociedad a fin de prevenir la discriminación de grupos en situación de vulnerabilidad por razón de su edad, discapacidad u orientación sexual, entre otras circunstancias.
9. Promover la creación de unos **servicios de salud mental de calidad y respetuosos** con los derechos humanos, liberados de los condicionamientos impuestos por las asimetrías de poder, la falta de transparencia, vigilancia y rendición de cuentas en los sistemas de atención.
10. Promover la **responsabilidad compartida**, de modo que las y los representantes de los grupos de profesionales del sector de la salud, incluida la Psiquiatría, siguiendo lo establecido por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su informe de 2015, convengan que sería beneficioso para todas las personas desmonopolizar el proceso de toma de decisiones y elaborar mecanismos para compartir competencias y responsabilidades entre los distintos intervinientes, incluidos las entidades proveedoras de servicios y sus usuarios y usuarias, las y los responsables de la formulación de políticas y la sociedad civil.
11. **Financiar de forma pública la salud mental**, equiparándola a la salud física e incluyendo la salud mental y física de las personas que cuidan para mantener su bienestar y capacidad de cuidado.
12. **Invertir en recursos de alerta temprana de los primeros síntomas** de problemas de salud mental.

11.4. Testimonios

Carlos Mañas¹⁰⁵. Especialista en marketing, docente y escritor.

“ Cuando me diagnosticaron el trastorno bipolar con síntomas psicóticos noté que el especialista me ponía una etiqueta. Hemos pasado del bienestar al bien estuvo. Vivimos en una sociedad que desafina, que interpreta a los demás y los entiende muy poco. La tristeza ya no se llora, se medica”.

¹⁰⁵ Noticias de Gipuzkoa. (4 febrero, 2019). Cuando la tristeza no se llora y solo se medica. *Noticias de Gipuzkoa*.

12. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO

Artículo 27 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.

12.1. Aspectos a tener en cuenta

12.1.1. Cambiar la cultura en el lugar de trabajo

Según la Organización Mundial de la Salud, el 9% de la población española sufre algún problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento de su vida. El estudio *'Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action'* sobre la salud mental en las escuelas en Europa, concluyó que alrededor del 10% del alumnado de entre 6 y 11 años tenía problemas de salud mental que requerían atención médica. Es decir, en todas las clases de Primaria hay una media de 2 y 3 niños con algún trastorno mental.

Además, en España el panorama laboral (paro, precariedad y bajas remuneraciones) que padecen los y las jóvenes como consecuencia de la crisis económica, entre otros factores, es uno de los elementos que ha influido notablemente en el aumento de la depresión y la ansiedad en este sector de la población. De este modo, se añade una barrera más para acceder al empleo: el diagnóstico de un problema de salud mental. Esto genera una espiral asfixiante a la hora de plantearse y desarrollar un proyecto de vida.

No hay que olvidar, también, que el trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación y, además, para las personas con discapacidad psicosocial tiene una función terapéutica, desplazando el rol de "enfermo" por el rol de "trabajador". Como manifiesta el presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Nel González Zapico: *"En el camino hacia su recuperación, las personas con problemas de salud mental encuentran numerosos obstáculos y barreras, muchas de ellas basadas en prejuicios y falsos mitos. Estas barreras suelen ser invisibles. Un problema de salud no nos define como persona, es solo una circunstancia más en nuestra vida y las personas con problemas de salud mental, igual que cualquier otro ciudadano, tienen habilidades, capacidades y destrezas. Muchas veces lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas"*¹⁰⁶.

Según una encuesta elaborada a más de 7000 personas empleadas en servicios financieros por el CISI (organismo profesional sin fines de lucro para quienes trabajan en la gestión de patrimonios y en los mercados de capital), las trabajadoras y trabajadores no confían en hablar sobre sus problemas de salud mental. Se preguntó a las personas encuestadas sobre su grado de confianza a la hora de hablar con su superior en el trabajo si sintieran que estaban sufriendo estrés, ansiedad o depresión. Respondieron un total de 3.686 profesionales, de quienes el 23% dijo que estaba

¹⁰⁶ Década del empleo juvenil. (25 enero, 2019). [El empleo: medicina para la mente](#) [Artículo en web]

“inseguro/a” y el 31% dijo que no se sentía “confiado/a” al hablar con su gerente. Además, muchas personas dejaron comentarios anónimos que revelaban problemas en el entorno laboral como la falta de confianza en los departamentos de recursos humanos y los equipos directivos, el equilibrio entre la vida laboral y familiar, la falta de apoyo a la salud mental, los desafíos que enfrentan las mujeres en el lugar de trabajo y el acoso. Esto es una muestra más del estigma que sigue rodeando a los problemas de salud mental¹⁰⁷.

Es importante que los equipos de recursos humanos y de dirección creen culturas laborales en las que las personas se sientan capaces de hablar, puedan prosperar y construir entornos en los que hablar de los problemas y generar sinergias de apoyo y comprensión, eliminando o, al menos, reduciendo el estigma. Además, factores de riesgo como la carga y las horas de trabajo se controlan en gran medida por la cultura de la empresa. Peter Estlin, Lord Mayor de la City de Londres y director de la campaña de salud mental ‘*This Is Me*’ explica que *“las investigaciones demuestran que las actitudes, los conocimientos y el comportamiento hacia las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de mejorar si se les brinda la oportunidad de aprender de alguien que tiene experiencia personal en enfermedad mental y esa narración prevalece como la herramienta más poderosa para el cambio cultural”*. Es importante dedicar recursos a cambiar la cultura en el trabajo y colaborar con organizaciones expertas en materia de salud mental¹⁰⁸.

Hace falta, entre otros aspectos, que se impulsen con mayor fuerza políticas que favorezcan la transición desde el empleo protegido al empleo ordinario y que se cumplan las cuotas de reserva de empleo para las personas con discapacidad, tanto en la administración pública como en el sector privado, y que se amplíe el cupo de reserva en el acceso al empleo público hasta un 8% para las personas con discapacidad, con una cuota para las persona con problemas de salud mental del 2% del total. Hace falta, además, que aumente la inversión en planes de formación y capacitación para el empleo, que el sistema de compatibilidad entre el trabajo y las pensiones se adecúe a las necesidades y particularidades del colectivo y que la administración ponga en marcha un plan de sensibilización al tejido empresarial ambicioso y efectivo en materia de integración laboral y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos¹⁰⁹.

¹⁰⁷ RRHH Digital. (10 enero, 2019). [Los trabajadores no confían en hablar sobre sus problemas de salud mental](#). RRHH Digital.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Década del empleo juvenil. (25 enero, 2019). [El empleo: medicina para la mente](#) [Artículo en web]

12.2. Buenas prácticas

12.2.1. Proyecto ‘PasaXT hacia el empleo’

El Proyecto ‘*PasaXT Hacia el Empleo*’ es un proyecto diseñado y coordinado por la Federación Salud Mental Castilla y León, y puesto en marcha a través de la convocatoria de ayudas económicas para el refuerzo de la Empleabilidad de Jóvenes con Trastorno Mental, cofinanciadas por la Fundación ONCE y el Fondo Social Europeo, a través del Programa Operativo de Empleo Juvenil (POEJ). Se ha desarrollado en dos ediciones, en 2018 con la participación de cuatro asociaciones (Salamanca, Ávila, Segovia y Miranda de Ebro) y en 2019 con la participación de ocho asociaciones (Salamanca, Segovia, León, Palencia, Zamora, Soria, Burgos y Aranda de Duero).

El proyecto se fundamenta en potenciar las competencias y mejorar la empleabilidad, ya que se consideran factores esenciales para garantizar la igualdad de oportunidades de todas las personas, y en especial de las personas con discapacidad. Estas últimas presentan tasas de actividad menores que el resto de la población, y unas ratios de desempleo más elevados, y dentro del colectivo de la discapacidad, son significativamente inferiores las correspondientes a personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial)¹¹⁰.

El objetivo de ‘*PasaXT Hacia el Empleo*’ es contribuir a la recuperación y empoderamiento de personas jóvenes desempleadas, descubriendo su potencial, certificando sus competencias y definiendo sus metas. El perfil de las personas que participan responde a jóvenes entre 16 y 30 años, con discapacidad psicosocial e inscritas en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil.

El proyecto se desarrolla a lo largo de tres meses, combinando intervenciones individuales y grupales, y utilizando una metodología de intervención individualizada y eminentemente práctica, adaptada a las necesidades de cada participante y a su proyecto de vida, favoreciendo la autonomía y mejorando la inclusión social y laboral. Se potencia su participación y el entrenamiento en TICs, *networking* y marca personal, trabajando el conocimiento del entorno laboral, visitando empresas y otros recursos comunitarios.

En el proyecto intervienen profesionales de distintas disciplinas (Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, preparadores laborales), destacando entre ellos, la figura de Asistente Personal, una persona con experiencia propia en salud mental que trabaja desde el modelo de apoyo de pares o apoyo entre iguales. La figura profesional de Asistente Personal tiene un efecto multiplicador en el logro de objetivos, ya que mejora la implicación y motivación de las personas participantes.

A lo largo de estos dos años de desarrollo del proyecto, han participado 45 personas jóvenes (21 mujeres y 23 hombres), que han potenciado sus competencias personales y profesionales, logrando 10 de ellas un contrato laboral.

¹¹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). [El Empleo de las Personas con Discapacidad \(EPD\): año 2018](#).

12.3. Recomendaciones

1. Promover, facilitar y ejercitar, desde las administraciones públicas, el **derecho** que las personas con problemas de salud mental tienen de **acceder y mantener un empleo**.
2. Tomar **conciencia de que en los entornos laborales se debe cuidar la salud mental** de cualquier persona y poder hablar sin tabúes sobre ello. Para ello, las Administraciones públicas han de colaborar en la creación de esa conciencia y poner los medios para que se prevengan los problemas de salud mental y se comprenda con naturalidad a las personas con problemas de esta índole.
3. Impulsar con mayor fuerza políticas que favorezcan la **transición desde el empleo protegido al empleo ordinario**. Proponemos que se refuercen algunas medidas ya existentes y que los diferentes actores implicados muestren voluntad y compromiso por su cumplimiento y buen desarrollo. Destacan instrumentos como las bonificaciones e incentivos a la contratación; las cuotas de reserva de puestos de trabajo, que hoy por hoy adolecen de un claro control; la creación de cooperativas sociales y el 'Empleo con Apoyo' en el mercado de trabajo ordinario, con el acompañamiento de preparadores/as laborales, la voluntad de las empresas y el compromiso y la implicación de la Administración Pública.
4. Se ha de **augmentar la inversión en planes de formación y capacitación para el empleo**, que el sistema de compatibilidad entre el trabajo y las pensiones se adecúe a las necesidades y particularidades de las personas con problemas de salud mental, y que la Administración Pública ponga en marcha un plan de sensibilización ambicioso y efectivo, dirigido al tejido empresarial, en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.

12.4. Testimonios

María Manonelles¹¹¹. Ilustradora, autora de “Duermo mucho”.

“ Si has pasado por una institución mental nadie te da trabajo, debes ocultar quién eres. Yo lo que vi fueron personas con un humor y una sensibilidad brutales. Ojalá la gente pudiera ver su gran humanidad. Escuchar es tan importante...”.

Ángel Urbina¹¹². Ingeniero industrial, empleado en Repsol.

“ En momentos malos estoy jugando a la realidad virtual conmigo mismo. En esas situaciones es muy difícil estar centrado. Pero por otra parte me permite desarrollar la creatividad de una forma enorme”.

¹¹¹ Sanchís, I. (17 enero, 2019). [Tengo que hacer la colada, la compra y suicidarme](#). *La Vanguardia*.

¹¹² Muñoz, N. (10 febrero, 2019). [Ángel Urbina: “Si tienes un problema de salud mental deberías contarlo”](#). *Diari de Tarragona*.

13. NIVEL DE VIDA ADECUADO Y PROTECCIÓN SOCIAL

Artículo 28 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a tener un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida. Esto conlleva, además, el derecho a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, lo cual implica medidas por parte del Estado como, entre ellas: asegurar el acceso a servicios básicos; a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza; a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad; a programas de vivienda pública; y a programas y beneficios de jubilación.

13.1. Aspectos a tener en cuenta

13.1.1. Pobreza energética y salud mental

La pobreza energética es una de las manifestaciones más significativas del fenómeno más general de la pobreza, la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión social, teniendo en cuenta que, en España, según la encuesta de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadística de 2017, el 8% de las personas encuestadas estaría sufriendo temperaturas inadecuadas en la vivienda.

El aumento de los precios de la electricidad, del gas y de otros combustibles, incrementa asimismo el número de consumidoras y consumidores de energía vulnerables, situando la lucha contra la pobreza energética en una nueva prioridad social que requiere un abordaje integral a diversos niveles, puesto que afecta no solo al sector de la energía, sino también a otros como la salud, el consumo o la vivienda¹¹³.

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, entendemos que la evaluación de la situación de cada persona debería hacerse conforme a criterios flexibles; ya que existen muchas situaciones que aparentemente pueden revelar una capacidad económica que en realidad no se tiene. Por ejemplo, persona sin hogar con problemas de salud mental y sin red afectiva o desconectada de ella, de la que consta en el registro que cuenta con un patrimonio del que no tiene conciencia ni conocimiento.

Además de constituir los problemas de salud mental un factor de riesgo para caer en situaciones de pobreza y exclusión social, en general, y de pobreza energética, en particular, también constituyen un efecto de estos fenómenos, tanto por agravamiento de patologías preexistentes como generación de otras nuevas.

El informe '*Pobreza energética en España 2018*' de la Asociación de Ciencias Ambientales (ACA) señala que, según una encuesta sobre 100 personas seleccionadas aleatoriamente entre las que participan en las asambleas y asesoramientos colectivos de la Plataforma de Afectados por la

¹¹³ Unión Europea. (11 febrero, 2011). [Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema La pobreza energética en el contexto de la liberalización y de la crisis económica](#) (Dictamen exploratorio). Diario Oficial de la Unión Europea, 2011/C 44/09.

Hipoteca (PAH) y/o la Alianza contra la Pobreza Energética (APE) en Barcelona, “cuando la mirada se centra sobre poblaciones muy vulnerables, se observa que un 70% de los hombres y el 83% de las mujeres presentan mala salud mental de acuerdo con sus respuestas a 12 preguntas, que forman parte de la escala de ansiedad y depresión del cuestionario general de salud de Goldberg-Shapiro”.

Además, el estudio revela que “comparativamente, los porcentajes de este indicador para el conjunto de la ciudad son del 16,5% para hombres y 20,3% para mujeres, lo que estaría indicando que la probabilidad de sufrir mala salud mental en la muestra de 100 personas participantes en PAH y/o APE es cuatro veces mayor que la de la población de referencia (Delgado et al., 2018)”¹¹⁴.

La pobreza energética abarca, de manera general, tanto la dificultad o la incapacidad de mantener la vivienda en unas condiciones adecuadas de temperatura, como de disponer de otros servicios energéticos esenciales como la iluminación, el transporte o la electricidad para Internet u otros dispositivos a un precio razonable. Este fenómeno resulta de la combinación de diversos factores: bajo nivel de renta, calidad de la edificación insuficiente, elevados precios de la energía y circunstancias personales que ponen en situación de exclusión, como en muchos casos es la discapacidad.

Por ello, es muy importante también tener una visión completa de las diferentes discapacidades, más allá de las imágenes genéricas asociadas a sus representaciones más visibles, como la silla de ruedas, el bastón de la persona ciega o la lengua de signos. El colectivo es heterogéneo y, en algunos casos, la naturaleza de la discapacidad está muy invisibilizada. Esto último ocurre principalmente con las personas con problemas de salud mental. Estas, en muchos casos, tienen un elevado nivel de dependencia, tanto afectiva como económica, lo que se traduce en mayor necesidad de permanencia en el hogar, situaciones que deberían ser consideradas de manera independiente a la renta a la hora de adoptar medidas para combatir la pobreza energética

Además de la discapacidad, hay que tener en cuenta diferentes perfiles funcionales, de género y de edad, así como las posiciones socioeconómicas¹¹⁵ y los problemas de salud asociados y factores concurrentes como edad, estructura familiar (familias monoparentales), ingresos (personas en paro o aquellas que cobran prestaciones sociales) y aislamiento térmico del edificio.

Es importante tener presente que estas circunstancias suelen concurrir en mayor o menor medida, por lo que es fundamental la interseccionalidad como herramienta para el análisis de la situación, detectar la multiplicidad de discriminaciones y comprender cómo la confluencia de diferentes factores, personales o no, influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades en esta materia.

Los indicadores para medir la situación pueden ser múltiples: incapacidad de mantener la casa a una temperatura adecuada, porcentaje de la población que tiene deudas en el pago de facturas, número de viviendas que tienen goteras, grietas u otros males que afectan al edificio, reconocimiento del grado de discapacidad y de las barreras que impiden a la persona acceder a

¹¹⁴ Tirado Herrero, S., Jiménez Meneses, L., López Fernández, J.L. y Irigoyen Hidalgo, V.M. (2018). [Pobreza energética en España. Hacia un sistema de indicadores y una estrategia de actuación estatales](#). Madrid: Asociación de Ciencias Ambientales.

¹¹⁵ Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios. (2017). [Estudio sobre los consumidores vulnerables en el sector eléctrico: análisis sobre las situaciones más problemáticas en el mercado eléctrico para las personas con discapacidad y mayores](#). Madrid: Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios.

unos ingresos suficientes, situaciones de exclusión social que muchas veces están asociadas a la discapacidad y que en los casos más extremos incluso abocan al 'sinhogarismo', etc.

Es importante actuar sobre los problemas de salud mental preexistentes o producidos por esta situación, ya que su no observancia no solo tendrá un elevado impacto humano, sino también económico y social.

14. 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.

14.1. Aspectos a tener en cuenta

14.1.1. Promoción de la participación en la vida política y pública

Existen múltiples barreras que obstaculizan el derecho a la participación de las personas con discapacidad psicosocial, como los prejuicios, la discriminación, las etiquetas, el paternalismo, la falta de información y formación, el tradicionalismo o el escepticismo. El hecho de poder participar en la toma de decisiones ofrece multitud de ventajas tanto desde la perspectiva de derechos como para el empoderamiento y la recuperación. Es por ello por lo que es tan importante facilitar que estas personas tomen las riendas y encabecen las iniciativas, propuestas y acciones que se lleven a cabo en todos los aspectos relacionados con la defensa de sus derechos y su calidad de vida y bienestar.

El Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA es un ejemplo de ello. Junto con las actividades que el Comité realiza como grupo asesor, sus miembros han colaborado en la elaboración de la *'Guía Partisam'*, han actuado como facilitadores y formadores en diferentes programas formativos de la Confederación, desde 2014 asisten a reuniones de la Junta Directiva y forman parte del Consejo Consultivo de la Confederación, creado en 2015.

Partiendo de estas premisas, SALUD MENTAL ESPAÑA ha diseñado un conjunto de acciones y actividades que se engloban dentro del proyecto *'Empoderamiento de personas con problemas de salud mental'*. Algunos ejemplos de todo esto son los siguientes:¹¹⁶

- Actividades del Comité estatal Pro Salud Mental En Primera Persona: dar charlas, mantener reuniones, recibir formación sobre liderazgo y participación asociativa, etc.
- Actuaciones de concienciación y sensibilización sobre activismo y participación asociativa de las personas con discapacidad psicosocial.
- Diseño y puesta en marcha de un plan de fomento de la participación y el empoderamiento.
- Formaciones para personas con problemas de salud mental: cómo hablar ante los medios de comunicación, programa formativo de empoderamiento *'Prospect'*, Convención ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y ejercicio de derechos.

¹¹⁶ Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. [Qué es empoderamiento](#) [Artículo en web]

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

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

A través del programa '*Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión*', financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde 2013, se ha logrado consolidar la creación de estos Comités. Esto, unido al compromiso de todas las entidades autonómicas, ha facilitado que actualmente un 84% de ellas cuenten ya con su propio Comité de personas con experiencia propia en salud mental¹¹⁷. Por otra parte, es importante destacar el hecho de que la participación de las personas con discapacidad psicosocial en el mercado laboral es la más baja de todas las discapacidades. Con el objetivo de lograr la normalización del empleo entre las personas con trastorno mental grave, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se planteó crear una Asociación de Centros Especiales de Empleo españoles, específicos del colectivo y sin ánimo de lucro. Así nace el 16 de septiembre de 2004 la Asociación FEFES Integración Laboral – FEFES Empleo.

Actualmente cuenta con 29 entidades asociadas, con 46 Centros Especiales de Empleo, en 14 Comunidades Autónomas, y representa a más de 2.900 personas con discapacidad psicosocial, contratadas en los mencionados Centros Especiales de Empleo en todo el territorio nacional. En relación al apoyo en la inserción laboral y al mantenimiento de empleo en empresas del mercado ordinario se gestionan más de 1.350 puestos de trabajo por entidades socias de Feafes Empleo¹¹⁸.

Para poner sobre la mesa esta problemática que deriva en un grave problema social, [Feafes Empleo](#) celebró en 2018 su [IV Congreso](#) en Madrid bajo el lema '*Empleando Salud Mental: reto 50% empleo*'¹¹⁹.

Además, en esta materia, el movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León viene desarrollando un programa de empleo bajo el modelo de Itinerarios Personalizados¹²⁰. El itinerario como instrumento para el modelo consiste en la construcción de un proyecto de vida que permita que la persona tome sus propias decisiones, facilitándole los apoyos necesarios a través de intervenciones planificadas en cada una de las fases por las que transita, desarrollando una intervención transversal. Este objetivo debe alcanzarse mediante el desarrollo de un itinerario flexible, pero al mismo tiempo coherente y con el mínimo posible de interrupciones. De este

¹¹⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). [La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas](#). *Revista Española de Discapacidad*, 4(1), pp. 241-247.

¹¹⁸ Más información sobre FEFES EMPLEO disponible en: <http://www.feafesempleo.org/nosotros.php>

¹¹⁹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (14 febrero, 2018). [La Confederación alerta de la alta tasa de desempleo entre las personas con problemas de salud mental](#) [Artículo en web]

¹²⁰ Muñoz Escandell, I. (coord.). (2018). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

modo, la inclusión de una persona en un itinerario de empleo, la activa y modifica su rol. Este modelo de trabajo no interviene sobre la tasa de empleo, pero sí sobre la tasa de actividad.

Desde el año 2015, 1.578 personas con problemas de salud mental han participado en estos Itinerarios de Empleo y, en la actualidad, hay 1.225 personas activas¹²¹. Además, a lo largo de estos años se ha conseguido que 673 personas se inserten laboralmente.

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

Según información publicada por el Instituto Nacional de Estadística correspondiente al año 2016, el 85'70% de las personas con discapacidad por algún problema de salud mental no tiene trabajo. Es decir, una de cada siete personas no trabaja. Ahora bien, si se pone el foco sobre la tasa de actividad, en este caso el 72'3% de las personas con problemas de salud mental están inactivas, dato que desde el punto de vista de la Federación Salud Mental Castilla y León es aún más preocupante¹²².

Por ello, según esta federación, intervenir sobre las tasas de empleo es complicado, puesto que influyen muchos factores y contextos económicos y políticos. Sin embargo, intervenir para promover la “activación” de las personas, que estas se sientan útiles y que la sociedad y las empresas valoren sus capacidades por encima de sus discapacidades, puede ser relativamente más sencillo.

Activando a la persona y ofreciéndole los apoyos necesarios, esta modifica su rol, su percepción sobre sí misma, y se potencian sus capacidades, lo cual tiene como consecuencia la mejora de las tasas de empleo. Haciendo el ejercicio de extrapolar los datos del programa de Itinerarios de Empleo para compararlos con los de INE, a nivel general se aprecia que, con este modelo de trabajo, se ha conseguido una tasa de empleo del 42'65% calculada sobre las personas con las que dicha Federación trabaja. Es decir, tres de cada siete personas en Itinerarios de Empleo encuentran trabajo. Sin embargo, el resto, esas cuatro de cada siete restantes, al menos están activas y participan en programas de autonomía personal, de formación para el empleo y de ocio, entre otros.

Además de todo esto, en 2014 se elaboró la ‘*Guía Partisam*’, editada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN, y coordinada por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (bajo su antigua denominación de FEAFFES). Esta guía supuso en sí misma un ejercicio de participación, ya que su comité de redacción ha estado formado por ocho personas con trastorno mental y familiares, a las que hay que sumar otras ocho entidades y personas colaboradoras, dos profesionales que aportaban asesoría científica y otros dos, en la coordinación de la publicación.

¹²¹ Federación Salud Mental Castilla y León, (17 marzo, 2017). [Empleo Salud Mental Castilla y León](#) [Archivo de video].

¹²² Instituto Nacional de Estadística (INE). (1 diciembre, 2017). [El Empleo de las Personas con Discapacidad, año 2016](#) [Nota de prensa en web].

La publicación incluye una descripción de la situación actual de la participación en España, así como recomendaciones para fomentar la participación real y un listado de buenas prácticas y experiencias positivas donde esa participación ya se está fomentando de forma adecuada¹²³

Esta guía pretende ser una herramienta para el fomento de la participación de las personas usuarias de los servicios de salud mental (personas con discapacidad psicosocial y familiares) en la gestión y diseño de los servicios de atención a la salud mental. Para ello, el libro comienza con una contextualización de la situación de la participación en este ámbito en la actualidad, incluyendo recomendaciones (dirigidas especialmente a profesionales) para la participación real y efectiva de estas personas y, por último, aporta también una selección de experiencias positivas de aquellas iniciativas de participación que actualmente se vienen ofreciendo en diversos recursos y servicios disponibles para las personas con problemas de salud mental.

La '*Guía PARTISAM*' pretende, por tanto, poner herramientas a disposición de las y los profesionales, para promover la participación en los siguientes cuatro bloques: ámbito social, estructural, legal y político; investigación en salud mental y formación de los y las profesionales; gestión de los servicios; y los procesos individuales de recuperación y tratamiento propio.

Recoge, entre otros aspectos, una serie de buenas prácticas a lo largo del Estado español que presentamos a continuación de forma sucinta, aunque esta información se puede ampliar en el propio documento de la guía:

I. Ámbito social, estructural, político y legal

- Participación en la elaboración, difusión, evaluación y actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Programa de radio Nikosia: búsqueda de vías alternativas en el área de salud mental.
- Estrategia contra el estigma de la enfermedad mental '*1 de cada 4*', desarrollada por la Junta de Andalucía con entidades del movimiento asociativo.
- Colaboración en medios de comunicación de la asociación ACEFEP de Ceuta y del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Federación Salud Mental Castilla y León, FEAFES Castilla y León.
- Programa de Sensibilización del Centro de Rehabilitación Psicosocial, del Centro de Rehabilitación Laboral y del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles.

II. Investigación en salud mental y formación de los profesionales

- Formación y sensibilización para profesionales y técnicos del ámbito de la salud mental de la Asociación Sarau de Cataluña.

¹²³ Fernández de Sevilla, J. P., San Pío, M. J., Mendoza, A., García, B., Briongos, E., Arévalo, J. M., Casal, J. C., Cañas, L. M., Moreno, M. y Velasco, R. (2014). [Guía PARTISAM: promoción de la participación y de la autonomía en salud mental](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

- Formación a profesionales en Andalucía. Prevención de las recaídas clínicas en la esquizofrenia: la visión desde las personas que padecen el trastorno mental del Grupo Docent Alacant 2008.
- Curso sobre los problemas de salud mental, dirigido a profesionales de la asociación murciana ASOFEM.

III. Gestión de los servicios.

- Evaluación de los derechos humanos y calidad en instalaciones de salud mental con internamiento, de la Consejería de Salud del Principado de Asturias.
- Diseño y gestión de actividades de ocio inclusivo de la Asociación Sarau en Cataluña. Mesas de salud mental realizadas por FECAFAMM (Cataluña).
- Órganos de gestión en servicios comunitarios de salud mental de la asociación “El Turó”.

IV. Procesos individuales de recuperación - tratamiento propio.

- ‘*Prospect*’, desarrollado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Formación de personas con trastorno mental grave, desarrollado por la Junta de Andalucía con entidades del movimiento asociativo.
- Participación e implicación en los centros y recursos de la red de atención social en la elaboración y desarrollo del plan individualizado de atención de la Comunidad de Madrid.
- Participación en la gestión de las salas de ocio comunitarias en el Centro de Día de apoyo y soporte social de Navalcarnero.
- Implantación de Ayuda Mutua en Dispositivos de Salud Mental de la asociación toledana ATAFES.

Finalmente, hay que destacar que las personas con discapacidad psicosocial han ido ocupando diversos cargos, incluidos cargos directivos y de presidencia, en diversas entidades de SALUD MENTAL ESPAÑA y de la propia Confederación.

14.1.2. Perspectivas de futuro

Para los actuales órganos de gobierno de SALUD MENTAL ESPAÑA, hacer valer el derecho a la participación de las personas con problemas de salud mental es una prioridad estratégica de máxima importancia, que está naturalmente vinculada a la defensa de los derechos humanos y que, a día de hoy, se ha convertido en garantía fundamental para el adecuado desarrollo y la sostenibilidad del movimiento asociativo del ámbito de la salud mental.

En este sentido, las personas que integran el Comité estatal ejercen habitualmente como portavoces ante los medios de comunicación, intervienen en jornadas y mesas redondas de todo el país, y canalizan y dinamizan la información y el intercambio de experiencias desde y hacia las entidades autonómicas y la Confederación estatal.

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

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

14.2. Testimonios

Elena Briongos¹²⁴. Presidenta de la Federación de Salud Mental Castilla y León.

“ Lo que nos llevará juntos hacia delante es la participación plena, estar en sociedad, eliminar el estigma y creernos lo que somos. Personas, sin etiquetas”.

¹²⁴ Cisneros, B. (17 febrero, 2019). [Elena Briongos: "lo que nos llevará juntos hacia delante es la participación plena, eliminar el estigma y creernos lo que somos"](#). *Diario de la Ribera*.

FUENTES DOCUMENTALES

- Giddens, A. (2010). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Tovar, J. (11 abril, 2019). [Las dos visiones sobre la enfermedad mental: ¿Por qué sigue tan estigmatizada?](#). *Efe salud*.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (14 septiembre, 2019). [La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Agenda 2030](#) [Artículo en web].
- Massot, J. (20 febrero, 2019). [El problema es cómo la pantalla se ha apoderado del cerebro](#). *El País*.
- Tovar, J. (11 abril, 2019). [Las dos visiones sobre la enfermedad mental: ¿Por qué sigue tan estigmatizada?](#). *Efe salud*.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (22 abril, 2019). [SALUD MENTAL ESPAÑA demanda al futuro Gobierno que la salud mental sea una prioridad en su agenda política](#) [Artículo en web]
- Spora Consultoría Social. (7 junio, 2018). [La respuesta de Barcelona a los delitos de odio y las discriminaciones](#) [Artículo en web]
- [Circular 7/2019, de 14 de mayo, sobre pautas para interpretar los delitos de odio tipificados en el artículo 510 del Código Penal](#). (BOE núm.124, de 24 de mayo de 2019).
- Díaz Gómez, S. (24 abril, 2019). [Victimización y trastorno mental](#). *El Salto Diario*.
- Borrell, C., García-Calvete, M. M., Martí-Boscà, J. V. (2004). [La salud pública desde la perspectiva de género y clase social](#). *Gaceta Sanitaria*, 18(6), pp. 2-6.
- Fundación Cermei Mujeres. (1 mayo, 2019). [Violaciones de derechos humanos de las mujeres con discapacidad psicosocial](#) [Artículo en web]
- Rovira, A. (4 abril, 2018). [La ciencia y la práctica médica, un reflejo de la sociedad patriarcal](#). *Catalunya Plural*.
- Sinc. (26 febrero, 2019). [Las largas jornadas laborales aumentan el riesgo de depresión en mujeres](#). *La Sexta*.
- Weston, G., Zilanawala, A., Webb, E., Carvalho, L.A. y McMunn, A. (2019). [Long work hours, weekend working and depressive symptoms in men and women: findings from a UK population-based study](#). *Journal Epidemiology Community Health*, 73, pp. 465-474.
- Servimedia. (21 febrero, 2019). [Cermei Mujeres denuncia la brecha salarial entre hombres y mujeres, que entre las personas con discapacidad es del 14%](#). *Servimedia*.
- Oliver, D. (23 enero, 2019). [El silencio de la enfermedad mental materna](#). *El País*.
- Selva, S. (9 febrero, 2019). [El limbo de las víctimas de violencia de género, sin hogar y con consumos o problemas de salud mental](#). *Cadena Ser*.
- Cuenca Gómez, L. (10 abril, 2019). [Esterilizaciones forzadas: una violación de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad](#) [Artículo en web]

- Jan, C. (6 abril, 2019). [El doble estigma de la depresión posparto](#). *El País*.
- Leonard, R., Grant, A., Linden, M. (12 abril, 2019). [Así es el sufrimiento que produce la depresión posparto](#). *El País*.
- Catanzaro, M. (9 febrero, 2019). [Una unidad del Clínic pionera en España atiende a 40 parturientas con trastornos mentales](#). *El Periódico*.
- [El Puente Salud Mental Valladolid. \(3 diciembre, 2019\). El Puente reivindica el derecho a ser madre en el Día de la Discapacidad](#) [Artículo en web]
- Salud Mental Castilla y León. (7 marzo, 2019). [Vídeo Proyecto #JULIA: redes que sanan en entornos rurales](#) [Archivo de video].
- CERMI Mujer Castilla y León (24 septiembre, 2019). [Jornada Mujer y Discapacidad](#) [Archivo de video].
- Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Campion, J., Carta, M. G., Daniélsdóttir, S., Holte, A., Huurre, T., Matloňová, Z., Méndez Magán, J. M., Owen, G., Paulusová, M., Radonic, E., Santalahti, P., Sisask, M. y Xerri, R. (2015). [Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action](#). European Commission.
- Redacción Médica. (2 abril, 2019). [La UE reconoce que los niños deben tener un buen abordaje en salud mental](#). *Redacción Médica*.
- Remacha, B. (23 febrero, 2019). [España sigue sin tener psiquiatras infantiles pese a que le obliga Europa](#). *Eldiario.es*.
- González, A. (4 febrero, 2019). [Las víctimas de bullying pueden sufrir enfermedades mentales](#). *ABC*.
- Otero, M. (5 enero, 2019). [La psiquiatría infantil está abandonada en España](#). *La Voz de Galicia*. [PantallasAmigas. NET](#).
- Tafur, A., y Fábregas, M. (2018). [El suicidio: cuando hablar salva vidas](#). *Encuentro*, 2, pp. 4-6
- EFE. (3 abril, 2019). [Rojas Marcos cree que España necesita un plan de prevención del suicidio](#). *El Correo Gallego*.
- Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. (2010). [Adicciones sin drogas: características y vías de intervención](#). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- UNAD. [Adicciones sin sustancia](#) [Artículo en web].
- Mouzo, J. (30 enero, 2019). [Ofensiva contra la publicidad de apuestas online en horario infantil](#). *El País*.
- Servimedia. (4 abril, 2019). [Unad pide prohibir la publicidad de apuestas y juego online en los medios](#). *EcoDiario.es*.
- Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M. y Burckhardt, A. (2014). [Salud mental de la población inmigrante en España](#). *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), pp. 755-761.
- Lucas, A. (22 septiembre, 2018). [Sensibilidad para tratar la salud mental de los migrantes](#). *El País*.

EFE. (3 abril, 2019). [La reina Letizia asiste a la presentación de la Guía de Estilo de salud mental. La Vanguardia.](#)

Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. (2018). [Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan.](#) Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

[Formación sobre Migración y Salud para profesionales de la salud, fuerzas del orden y trabajadores sociales que trabajan en cuidados de salud mental y física a nivel local con migrantes y refugiados.](#) 26 –27 de febrero 2019.

Ramos, A. (28 febrero, 2019). [Disertan sobre la migración y sus afectaciones en la salud mental. El faro de Ceuta.](#)

Otón, L. (27 marzo, 2019). [Un suicida no quiere acabar con su vida: quiere acabar con su sufrimiento. Cope.](#)

Monge Arias, A., Arroyave Sandino, M., Muñoz Escandell, I., Ledezma, R., León Feoli, A. y Rojas Rodríguez, C. (2013). [Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial.](#) Costa Rica: Programa EUROsociAL. 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).

Somos Pacientes. (2 abril, 2019). [Éxito del proyecto 'CiberMent 2.0' de Salud Mental CyL y Fundación Vodafone. Somos Pacientes.](#)

Marca. (8 enero, 2019). [Michael Phelps recibe un premio por su contribución a la salud mental. Marca.](#)

Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general. (19 mayo, 2014). [Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1.](#)

Muñoz Escandell, I. (coord.). (2019). [Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2018.](#) Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Causa Bofill, A., Estrada Canal, M. y Carrilero Ciprés, M. (2019). [El dret a la capacitat jurídica en salut mental: suports i acompanyament Resultats i conclusions de les sessions participatives de treball.](#) Barcelona: Federació Salut Mental Catalunya.

Muñoz Escandell, I. (coord.). (2017). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2016.](#) Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Muñoz Escandell, I. (coord.). (2017). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2015.](#) Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

UNED. [Siglo XXI: La Salud Mental es un derecho, hacia una Salud Mental con derechos](#) [Artículo en web].

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, FEDERACIÓN SALUD MENTAL CASTILLA Y LEÓN y FUNDACIÓN ONCE, "Asistencia personal en salud mental", documento disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Asistencia-personal-salud-mental.pdf>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). "[Asistencia personal en salud mental](#)". Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Coordinadora de organizaciones para el desarrollo. (2018). [Derecho a la salud y bienestar. Claves de un futuro sostenible e inclusivo](#). [Post en web]

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Barcelona: El Viejo Topo.

Universitat Oberta de Catalunya. (28 diciembre, 2018). [La salud mental, el sedentarismo, la mortalidad infantil y el impacto climático, retos del nuevo año](#) [Artículo en web].

Plana-Ripoll, O., Bøcker Pedersen, C. y Holtz, Y. [Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population](#). *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(3):259-270.

La Sexta. (22 febrero, 2019). [La Sanidad Pública necesita 7.200 psicólogos para que España tenga un servicio de salud mental digno](#). *La Sexta*.

Mateo, J. (19 febrero, 2019). [Esperar un año para ver al psicólogo](#). *El País*.

Penna Tosso, M. y Garrido Pérez, M. (2008). [Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario](#). Madrid: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (INUTCAM).

EFE. (10 enero, 2019). [400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación](#). *La Vanguardia*.

Guarda Torner, M. (23 octubre, 2018). [Trastornos de la conducta alimentaria. ¿Afectan menos a los hombres?](#) [Artículo en web]

Fundación Imagen y Autoestima. (2012). [Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación](#). Barcelona: Fundación Imagen y Autoestima.

García, M. (13 junio, 2019). [El médico debe concienciarse con las alarmas del trastorno alimentario](#). *Redacción Médica*.

La Sexta. (7 abril, 2019). [Los recortes convierten a la salud mental en la "hermana pobre" del sistema sanitario público español](#). *La Sexta*.

Tovar, R. (10 octubre, 2018). [Patología dual en el Día de la Salud Mental, un trastorno actual, un trastorno habitual](#). *EFE Salud*.

Noticias de Gipuzkoa. (4 febrero, 2019). Cuando la tristeza no se llora y solo se medica. *Noticias de Gipuzkoa*.

Década del empleo juvenil. (25 enero, 2019). [El empleo: medicina para la mente](#) [Artículo en web]

RRHH Digital. (10 enero, 2019). [Los trabajadores no confían en hablar sobre sus problemas de salud mental](#). *RRHH Digital*.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). [El Empleo de las Personas con Discapacidad \(EPD\): año 2018](#).
- Sanchís, I. (17 enero, 2019). [Tengo que hacer la colada, la compra y suicidarme](#). *La Vanguardia*.
- Muñoz, N. (10 febrero, 2019). [Ángel Urbina: "Si tienes un problema de salud mental deberías contarlo"](#). *Diari de Tarragona*.
- Unión Europea. (11 febrero, 2011). [Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema La pobreza energética en el contexto de la liberalización y de la crisis económica](#) (Dictamen exploratorio). Diario Oficial de la Unión Europea, 2011/C 44/09.
- Tirado Herrero, S., Jiménez Meneses, L., López Fernández, J.L. y Irigoyen Hidalgo, V.M. (2018). [Pobreza energética en España. Hacia un sistema de indicadores y una estrategia de actuación estatales](#). Madrid: Asociación de Ciencias Ambientales.
- Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios. (2017). [Estudio sobre los consumidores vulnerables en el sector eléctrico: análisis sobre las situaciones más problemáticas en el mercado eléctrico para las personas con discapacidad y mayores](#). Madrid: Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios.
- Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. [Qué es empoderamiento](#) [Artículo en web]
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016). [La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas](#). *Revista Española de Discapacidad*, 4(1), pp. 241-247.
- FEAFES EMPLEO: <http://www.feafesempleo.org/nosotros.php>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (14 febrero, 2018). [La Confederación alerta de la alta tasa de desempleo entre las personas con problemas de salud mental](#) [Artículo en web]
- Muñoz Escandell, I. (coord.). (2018). [Informe sobre el Estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Federación Salud Mental Castilla y León, (17 marzo, 2017). [Empleo Salud Mental Castilla y León](#) [Archivo de video].
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (1 diciembre, 2017). [El Empleo de las Personas con Discapacidad, año 2016](#) [Nota de prensa en web].
- Fernández de Sevilla, J. P., San Pío, M. J., Mendoza, A., García, B., Briongos, E., Arévalo, J. M., Casal, J. C., Cañas, L. M., Moreno, M. y Velasco, R. (2014). [Guía PARTISAM: promoción de la participación y de la autonomía en salud mental](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Cisneros, B. (17 febrero, 2019). [Elena Briongos: "lo que nos llevará juntos hacia delante es la participación plena, eliminar el estigma y creernos lo que somos"](#). *Diario de la Ribera*.

Informe sobre el Estado de los DERECHOS HUMANOS de las personas con trastorno mental en España 2019

Colabora:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL