



Informe sobre el estado de los
Derechos Humanos
en salud mental, 2022

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

Participantes (Comisión 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)
- Alejandro González Betancort (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)
- Laura Solé Marrón (Federació Salut Mental Catalunya)
- Inmaculada Carrasco Juárez (Asociación Salud Mental Ceuta, ACEFEP)
- Iván Sanmartín Eirin (Saúde Mental FEAFES Galicia)
- Marta Gómez Rubio (Asociación Salud Mental La Rioja)
- Adriana Sanclemente Gámez (Federación Salud Mental Madrid)
- Angélica García Marroquín (Federación Salud Mental Madrid)
- Itziar Caballero López (Federación Salud Mental Madrid)
- Juan José San Gil Otero (Federación Salud Mental Madrid)
- José María Estebaranz Ortiz (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. septiembre de 2023



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

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
PRESENTACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
¿QUÉ HEMOS DETECTADO?	11
1. OBLIGACIONES GENERALES.....	11
1.1. Denuncia.....	11
1.1.1. Desprotección de las personas con problemas de salud mental cuando salen de España	11
2. DERECHO DE LAS MUJERES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	12
2.1. Buena práctica	13
2.1.1. Relatoras de futuros: mujeres con problemas de salud mental en el entorno rural	13
2.2. Información sobre el servicio de asesoría jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.....	14
3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS.....	19
3.1. Denuncias	19
3.1.1. Impacto de la COVID-19 en la salud mental de la población infantojuvenil.....	19
3.1.2. Insuficiencia de los presupuestos públicos destinados a la psiquiatría infantil y juvenil en la postpandemia	20
3.2. Buenas prácticas	23
3.2.1. Estudio ‘INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA CAPV. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES Y RECURSOS DE ATENCIÓN’	23
3.2.2. Programa #NO T-CORTES. CUÉNTALO	24
3.2.3. Proyecto “JÓVENES AGENTES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE MUJERES JÓVENES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL”	28
3.3. Recomendaciones	33
4. TOMA DE CONCIENCIA	36
4.1. Aspectos a tener en cuenta: estigma social	36

5. ACCESIBILIDAD	36
5.1. Denuncia.....	37
5.1.1. Accesibilidad psicosocial: la gran ignorada	37
6. DERECHO A LA VIDA	37
6.1. Aspectos a tener en cuenta.....	37
6.2. Denuncias	38
6.2.1. Un hombre con problemas de salud mental muere tras pasar años institucionalizado, teniendo vivienda y posibilidades de apoyo.....	38
6.2.2. Una sociedad que aboca a adolescentes y jóvenes a creer que no hay salida, es una sociedad fallida.....	39
6.3. Buenas prácticas	40
6.3.1. . #ConectaConLaVida.....	40
6.3.2. . Con el suicidio NO hay CTRL+Z, no hay vuelta atrás	41
6.4. Recomendaciones	41
7. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY	44
7.1. Logro	44
7.1.1. Sentencia del Tribunal Constitucional que declara adecuada a la carta magna una modificación del Código Civil producida por la Ley 8/2021	44
8. ACCESO A LA JUSTICIA	46
8.1. Aspecto a tener en cuenta	46
8.1.1. La necesaria figura de la persona facilitadora.....	46
8.2. Logro	46
8.2.1. España está ya plenamente vinculada a la Carta Social Europea revisada	46
9. DERECHO A LA VIDA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD	47
9.1. Aspectos a tener en cuenta.....	48
9.1.1. La importancia de la asistencia personal para promover la vida independiente, promocionar la autonomía personal y facilitar la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental	48

9.2. Buena práctica	53
9.2.1. Estudio sobre el Servicio de asistencia personal de la asociación Salud Mental Ávila FAEMA: metodología Retorno Social de la Inversión (SROI)	53
9.3. Recomendaciones	58
10. EDUCACIÓN.....	60
10.1. Buena práctica	60
10.1.1. Intervención psicosocial durante la erupción volcánica en Cumbre Vieja en la isla de La Palma.....	60
11. SALUD.....	61
11.1. Aspectos a tener en cuenta.....	61
11.1.1. La trampa de la positividad tóxica.....	61
11.1.2. La salud mental como reto en la era postpandemia.....	63
11.2. Denuncias	64
11.2.1. La desasistencia de la patología dual señala el camino a la prisión.....	64
12. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO.....	67
12.1. Aspectos a tener en cuenta.....	67
12.1.1. El ambiente laboral como fuente de problemas de salud mental	67
12.1.2. Un mercado de trabajo accesible para las personas con problemas de salud mental	69
12.2. Denuncia.....	71
12.2.1. La discriminación laboral de las personas con discapacidad psicosocial alcanza cotas insostenibles	71
12.3. Buenas prácticas	72
12.3.1. Campaña de sensibilización #EmplearSinBarreras.....	72
12.3.2. Campaña de sensibilización “Trabajar sin máscaras, emplear sin barreras”	73
12.3.3. Proyecto ‘Hub Genera. Faenando futuro’	73
12.3.4. Estudio y ‘Guía de adaptaciones y buenas prácticas. Salud Mental y Bienestar en el Trabajo’	74

12.3.5.	Proyecto “ASIEMPRENDEMOS: itinerarios sociolaborales contra el estigma en salud mental”	74
12.4.	Recomendaciones	76
1.	Garantizar la implementación de la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	76
3.	Promover una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental	79
5.	Desarrollar una red de apoyos: especial referencia a la asistencia personal en salud mental	81
13.	ANEXOS	85
13.1.	Anexo 1. Posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en materia de Accesibilidad Psicosocial.....	85
13.1.1.	Accesibilidad psicosocial relativa a productos y servicios.....	85
13.1.2.	Accesibilidad psicosocial en los servicios sanitarios y sociales	86
13.1.3.	Accesibilidad psicosocial en el ámbito educativo	86
13.1.4.	Accesibilidad psicosocial en el empleo	87
13.1.5.	Accesibilidad psicosocial a la justicia.....	87
13.2.	Anexo 2. Posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en relación con la figura de la persona facilitadora procesal para personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial)	90
13.2.1.	Antecedentes	90
13.2.2.	Barreras que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial	91
13.2.3.	Fundamento	94
13.2.4.	Ámbito de actuación de la persona facilitadora	96
13.2.5.	Configuración y funciones	100
13.2.6.	Necesidades básicas a tener en cuenta para la regulación e implementación de esta figura en materia de salud mental	101
13.2.7.	Propuestas.....	104
	FUENTES DOCUMENTALES	106

PRESENTACIÓN

En 2022, SALUD MENTAL ESPAÑA ha seguido enarbolando la bandera de los derechos humanos y alcanzando importantes hitos en esta dirección, entre los que destacan el **Observatorio Estatal de Salud Mental, Derechos e Igualdad** (<https://www.observatorioderechosaludmental.org/>).

A finales de año se ponía en marcha este pionero y ambicioso proyecto, que busca ser un espacio de denuncia, reflexión, información y defensa de los derechos humanos al que pueden acceder todas las personas con problemas de salud mental, y sus familias, independientemente de su edad, origen o clase social.

Como portavoz de la Confederación, creo que hablo en nombre de todas las personas que formamos parte de ella, al expresar el orgullo que supone contar con una herramienta tan potente como este Observatorio, por tres motivos.

En primer lugar, permitirá reforzar y complementar el trabajo de la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de SALUD MENTAL ESPAÑA; en segundo lugar, nos convierte en un referente al que acudir para consultar y denunciar todas aquellas vulneraciones que estén sufriendo las personas con problemas de salud mental, sus familiares y/o personas cercanas.

Y, por último, el Observatorio es la respuesta a una de las necesidades y acciones clave propuestas por nuestro movimiento asociativo, dentro del Plan Estratégico 2019-2022.

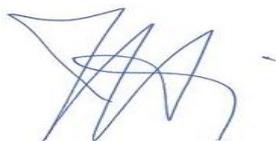
Al igual que en informes de años anteriores, en el de este año 2022, la información que se recoge saca a relucir el gran trabajo y los avances que se están haciendo desde muchas entidades, para la consecución de derechos de las personas con problemas de salud mental.

Más allá de los casos de vulneración y las denuncias, en este informe de 2022 atisbamos algunos rasgos de optimismo y logros importantes que ponen el foco en una inclusión real y efectiva, en la comunidad, de las personas con problemas de salud mental, a través de iniciativas que impulsan su autonomía, sobre todo a través del fomento del empleo y de la figura de la asistencia personal.

En materia de derechos nos encontramos en un momento histórico, en el que estamos consiguiendo más avances que nunca; depende de nosotros y nosotras que este momento se convierta en el punto de inflexión en el que la gráfica comienza a ascender de nuevo.

Por eso, desde la Confederación vamos a mantener nuestro compromiso de lucha y defensa de derechos de las personas con problemas de salud mental, y aspirar a que nuestro trabajo sobrepase fronteras y participe de una mejora de la salud mental a nivel mundial.

Nel González Zapico



Presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La temática del Día Mundial de la Salud Mental celebrado el 10 de octubre de 2022, siguiendo la estela de años anteriores, ha tomado como referencia la línea marcada a nivel internacional por la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), centrada en el bienestar y la salud mental de todas las personas como una prioridad global. En esta ocasión, desde la Confederación se ha querido focalizar la propuesta en la infancia, la adolescencia y la juventud, ya que se trata de colectivos cuya salud mental es más vulnerable, requiere de una especial atención y es una de las principales asignaturas pendientes de la sanidad española.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo, una de cada siete personas jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental. Asimismo, según un informe de UNICEF, se calcula que más del 13% de los y las adolescentes de 10 a 19 años padecen un trastorno mental. También según este informe, la ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos problemas de salud mental, y a esto hay que sumar el malestar psicosocial de niñas, niños y jóvenes, que no alcanza el nivel de trastorno mental, pero que perturba su vida, su salud y sus expectativas de futuro. Existen, además, una serie de factores de riesgo que influyen en la salud mental de niñas, niños, adolescentes y jóvenes como son haber sido víctima de abusos sexuales, de acoso escolar o *ciberbullying*, el género, las expectativas sobre el empleo o el cambio climático, las adicciones con o sin sustancia, la soledad no deseada, ser migrante o haber sobrevivido a un conflicto bélico. Por todo ello, el objetivo del lema, de la identidad visual y de las acciones que se realizaron por el Día Mundial de la Salud Mental 2022 ha sido interpelar e involucrar en el cuidado y la protección de la salud mental desde la primera infancia, no solo a instituciones y agentes decisores, sino también a jóvenes y adolescentes, así como a familias con niñas y niños, y a las comunidades educativas, para que presten atención a la salud mental y le otorguen la importancia que tiene en la vida de las personas, prácticamente desde que nacen. En este sentido, la educación emocional es una de las piezas clave para fomentar la salud mental desde las primeras etapas de la vida¹.

Por ello es prioritario incrementar los recursos, destinados a estos grupos, que abarquen la prevención y promoción de la salud mental, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la continuidad de cuidados de los trastornos mentales.

Bajo el *hashtag* #DaleLikeALaSaludMental, SALUD MENTAL ESPAÑA difundió el 10 de octubre distintas infografías con mensajes que buscaban, por un lado, desactivar determinadas formas de pensar o actuar frente a un momento de malestar emocional, y, por otro, concienciar a las personas jóvenes y adolescentes de que sus problemas y sentimientos tienen la misma validez

¹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2022). [Día Mundial de la Salud Mental 2022](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

e importancia que los de las personas adultas, y que expresarlos sin miedo ayuda a cuidar la salud mental.

La infancia, adolescencia y juventud son etapas de la vida en las que cualquier acontecimiento que experimente la persona, tanto positivo como negativo, puede marcarla para siempre. Por ello, una vez más, la Confederación ha reivindicado la urgencia de que se pongan los medios y recursos oportunos que proporcionen una educación emocional en las aulas, para que, ya desde la infancia, los niños y las niñas aprendan a identificar emociones, compartirlas, y buscar ayuda siempre que sea necesario.

La pandemia ha acrecentado las vulnerabilidades. Las entidades del movimiento asociativo han detectado un crecimiento exponencial de menores y jóvenes que presentan problemas de salud mental. Entre esos problemas se encuentran los trastornos alimentarios que se llegaron a triplicar durante el confinamiento, especialmente entre mujeres adolescentes y jóvenes, problemas en el control de los impulsos y de pérdida de autocontrol, estrés postraumático, ansiedad, depresión, abuso de pantallas (televisión, videojuegos, ordenador) o aislamiento social. En definitiva, la pandemia ha evidenciado en toda su crudeza una situación de falta de recursos preexistente, que ya es insostenible, y que la insuficiencia de los presupuestos públicos destinados a la psiquiatría infantil y juvenil provoca la proliferación de graves vulneraciones de derechos humanos en este sector de la población¹.



Además, para SALUD MENTAL ESPAÑA el género constituye una categoría de análisis imprescindible en el diseño de cualquier norma, proyecto, programa o política pública que pretenda transformaciones auténticas en las vidas de las personas a las que se dirigen. Si bien es cierto que no hay género que sirva de antídoto para el estigma de la salud mental, no cabe duda también de que se aprecian diferencias en función del sexo cuando se analizan sus terribles efectos a la luz del contexto social y cultural en el que las personas estén inmersas. Específicamente, en el ámbito rural, las mujeres con problemas de salud mental enfrentan mitos profundamente arraigados, como el de “loca del pueblo”, que las inhabilitan para desarrollar sus capacidades y diseñar su proyecto de vida.

La accesibilidad psicosocial continúa siendo la gran ignorada, cuando contribuiría a combatir el estigma y los prejuicios que conducen a la discriminación, la violencia, el abuso, la exclusión social y la segregación, que obstaculizan el efectivo ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. No obstante, el más básico y fundamental de todos ellos es la vida, y en este punto hemos de lamentar las cifras de muertes por suicidio, que en España son dramáticas y casi triplican los fallecimientos por accidente de tráfico. En este ámbito también ha empeorado la situación entre la población adolescente y joven, convirtiéndose ya en la segunda causa de fallecimiento, por lo que urgen las medidas preventivas y la transformación de las condiciones de vida. Se requiere para todo ello un cambio de mentalidad y la toma de conciencia de cuáles son las necesidades del colectivo de personas con problemas de salud mental, que siguen enfrentando en solitario y sin apoyo alguno las barreras que se alzan ante ellas, por desconocerse y no considerarse la naturaleza de estas.

En materia de acceso a la justicia seguimos abogando por el establecimiento de un cuerpo de personas facilitadoras en el ámbito policial y judicial que constituyan un referente adecuado y que respondan a las necesidades específicas de las personas con discapacidad, en general, y con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), en particular; un equipo diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica.

No obstante, también destacamos logros como el hecho de que España esté por fin completamente vinculada a todos los mecanismos de protección y seguimiento de la Carta Social Europea revisada, entrando plenamente en el sistema de supervisión de los derechos sociales establecidos en ella.

En definitiva, es necesario promover la diversidad de las personas y proteger sus derechos humanos, aunque para ello necesiten apoyos para ejecutarlos. El costo de la exclusión social es elevado y perpetúa la dependencia y la intromisión en las libertades individuales. Los Estados Parte que ratificaron la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, han de asegurarse que las personas con discapacidad psicosocial y/o personas con problemas de salud mental tengan la oportunidad de ejercer el control sobre la manera en que quieren vivir en base a su proyecto de vida. Para ello, habrán de contar con formas de apoyo que faciliten el pleno ejercicio de sus derechos.

¿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.

1.1. Denuncia

1.1.1. Desprotección de las personas con problemas de salud mental cuando salen de España

Un joven español con problemas de salud mental salió del país para viajar por Europa. Su familia perdió el contacto con él cuando estaba en una localidad europea y comenzaron toda una cruzada para localizarle. Supieron que había estado ingresado y, después, les constó que se encontraba en situación de calle. Toda gestión con el consulado resultó infructuosa y el joven hasta esta fecha se encuentra en paradero desconocido.

Ante este tipo de situaciones, harto frecuentes y que, en ocasiones, terminan con fatales desenlaces, no existen protocolos de actuación ni autoridades que se consideren concernidas para atender a los ciudadanos y a las ciudadanas cuando están en situación de necesidad por un proceso de salud mental. Se percibe un alto grado de desconocimiento de que una persona con problemas de salud mental es una persona con discapacidad y que un agravamiento de su estado requiere una asistencia, atención y protección específicas e individualizadas. La falta de protocolos de actuación en circunstancias concretas, como la mencionada, junto con un tratamiento absolutamente desigual en función de cada embajada o consulado, provoca una merma en los derechos de las personas.

Es importante que las embajadas y consulados de España se sientan concernidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) y actúen en consecuencia. La labor de las embajadas y, en ausencia de estas, de los consulados, de cara

a la asistencia y atención individualizada de las personas es esencial. Esto incluye la protección de toda persona que proviene de su país de referencia, en consonancia con el artículo 5 de la Convención de Viena sobre Relaciones Consulares de 24 de abril de 1963 y la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado, la cual en su artículo 2.2. j) establece como uno de los objetivos de la Política Exterior de España la asistencia y protección a sus ciudadanos y ciudadanas en el exterior, y en su artículo 41.3 señala, entre los cometidos que corresponden al Servicio Exterior del Estado, el prestar asistencia y protección a los españoles en el exterior.

Esta protección y asistencia consular, como se detalla en la Introducción de la Orden AUC/154/2022, de 21 de febrero, por la que se regulan las ayudas de protección y asistencia consulares en el extranjero, tiene por objeto salvaguardar y velar por los intereses de las personas de nacionalidad española que se encuentren en el extranjero, sean residentes o no, y prestarles la ayuda que precisen en situaciones de necesidad. De ahí que ya en su artículo 1.1. destaque como objeto de la norma: *“regular las ayudas de protección y asistencia consulares a favor de personas de nacionalidad española que se encuentren en el extranjero en situación de necesidad, pudiendo consistir esta una situación de especial vulnerabilidad o de falta de recursos”*.

Asimismo, la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la Ciudadanía Española en el Exterior establece en su artículo 1.3. el marco de actuación y las medidas específicas que deberán desarrollarse por el Estado, y por las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, para facilitar tanto la atención a los españoles y españolas en el exterior, como la integración social y laboral de quienes decidan retornar a España, sin perjuicio del derecho a la libre circulación de trabajadores y trabajadoras, incluyendo, según determina su artículo 2.1.b), a la ciudadanía española que se desplace temporalmente al exterior y a quienes lo hagan en el ejercicio del derecho a la libre circulación

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. Buena práctica

2.1.1. Relatoras de futuros: mujeres con problemas de salud mental en el entorno rural²

El estigma de la salud mental no entiende de géneros, pero sin duda sus efectos impactan de manera diferente dependiendo del sexo en función del contexto social y cultural en el que las personas estén inmersas. El mito de la “loca del pueblo”, como otros tantos asociados a las personas con problemas de salud mental, actúa de manera muy eficaz como pantalla para tapar lo que no se quiere ver, algo que la mayoría de las veces está más relacionado con la propia carencia o incapacidad que con la ajena, concretamente, la de aquellas personas que se califican de incapaces.

Para romper mitos y apartar pantallas, las mujeres del ‘**Proyecto HUB Genera, Faenando Futuro**’ lanzaron en 2022 una serie de podcasts, bajo la denominación ‘Relatoras de futuros’, con los que pretenden visibilizar sus experiencias, reivindicaciones y, en definitiva, el espacio que por derecho les corresponde en la sociedad. Ante los impactantes datos de desempleo de las mujeres con problemas de salud mental, multiplicados en el medio rural, y las escasísimas experiencias para y con este colectivo, la comunidad del ‘Hub Genera, Faenando futuro’ ha buscado crear nuevas propuestas de acción para el empoderamiento y el emprendimiento de las mujeres con problemas de salud mental que viven en entornos rurales, concretamente en los sectores productivos de los cuidados y de servicios de proximidad.

Esta idea nace de diversos espacios de encuentro y de entrevistas que ha dinamizado la entidad Lareira Social, en coproducción con Barenta Report; este es el contexto en el que nació la iniciativa de los podcasts, el primero de los cuales salió al aire el 15 de octubre con motivo del Día Internacional de las Mujeres Rurales y con el objetivo de sensibilizar y concienciar a la



población general de su específica situación y sus necesidades. En esta iniciativa de comunicación han participado integrantes de la Comunidad Genera, de la Red Estatal de Mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA y de otras entidades locales.

² Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (15 de octubre, 2022). [Las mujeres del ‘Proyecto HUB Genera’ lanzan ‘Relatoras de futuros’, una serie de podcasts para visibilizar sus experiencias y reivindicaciones](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Mercè Torrentallé, presidenta de la Associació Salut Mental La Noguera, relata desde su experiencia en primera persona que “*el primer escollo*” que encuentran las mujeres rurales es que estas zonas “*están mal comunicadas*”, haciendo referencia a internet y redes sociales, pero también al transporte. “*Muchas de nosotras- explica- vivimos en lugares donde las comunicaciones son difíciles, hay pocas y nosotras, además, tenemos dificultad para la movilidad. Eso implica que no podamos tener acceso a muchos servicios, ya sean de formación o de trabajo. Este campo está poco trabajado*”, señala Torrentallé.

Otro gran aspecto que se aborda desde la primera edición de ‘Relatoras de futuros’, es el rol de cuidadoras que se atribuye a las mujeres, en general, pero a las mujeres rurales especialmente, y del riesgo de que este rol se perpetúe.

Adela María Montañó Candelario, de Salud Mental Zafra, explica, con relación a los cuidados, cómo no se considera este trabajo, “*porque se da por hecho que debemos hacerlo*”. Así, asume que “*no se nos va a dar nunca un gracias por cuidar de papá o gracias por cuidar del niño, porque se da por hecho que hemos nacido para ello. Y lo penoso, no es que lo vean los demás, lo penoso es que llega un momento en que nos lo creemos nosotras mismas y ahí es cuando empieza el problema. Cuando pensamos que venimos de serie sabiendo ser madres, sabiendo cocinar, sabiendo ser enfermeras, pediatras, profesoras, economistas... Si lo ven los demás, perfecto mientras tú no te lo creas. Lo malo es que te lo empieces a creer*”.

Además de las mujeres mencionadas, en esta iniciativa participan también otras once mujeres, protagonistas de experiencias y testimonios, contenidos en esta serie: **Loli Romero** y **María Isabel García Peña**, de la asociación ASASAM; **Josefa Rodríguez Nieto**, **Esperanza Macarena Iglesias León** y **Clara González de la Rubia**, de SALUD MENTAL ANDALUCÍA; **María Isabel Araujo Díaz de Terán**, **Mercedes Rodríguez Rodríguez** y **Clara Bauzán**, de Salud Mental Zafra; **Daciana Margarita Torres Borges**, de la asociación AFES y **Lurdes Da Costa**, de la Associació Ment i Salut La Muralla, así como **María Subirats**, de Cataluña.

2.2. Información sobre el servicio de asesoría jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

El género constituye una categoría analítica fundamental en el contexto de este informe, por lo que la información que se proporciona sobre el servicio de asesoría jurídica de SALUD MENTAL ESPAÑA pretende ofrecer una visión general con datos desagregados por sexo, utilizando tres indicadores básicos:

- Porcentaje de demandas atendidas.
- Perfil de las personas demandantes de asesoramiento.
- Modo de acceso al servicio.

– Tipo de demandas planteadas.

Porcentaje de demandas atendidas

Del conjunto de demandas atendidas durante el año 2022, un 73% han sido efectuadas por mujeres y un 27% por hombres.



Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

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

- 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, los porcentajes según su perfil son los siguientes:

Las personas con problemas de salud mental representan el 45% de las demandas efectuadas, siendo el 27% mujeres y otro 18% hombres.

El 9% han sido madres o padres de las personas afectadas, constituyendo las madres un 9% y los padres un 0%.



Las hermanas y los hermanos han supuesto el 20% de las demandas, procediendo un 17% de ellas y un 3% de ellos.

El 17% de las demandas han sido efectuadas por técnicas y técnicos no pertenecientes a ninguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, siendo un 14% mujeres y un 3% hombres.

Principales perfiles de familiares y/o personas allegadas



Las técnicas y los técnicos pertenecientes a alguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA constituyen un 4% del total de demandas, siendo la totalidad efectuadas por mujeres.

El 5% de las demandas restantes no pertenecen a ninguna de las categorías objeto de análisis y han sido íntegramente efectuadas por un 4% de mujeres y un 1% de hombres.

Modo de acceso al servicio

Durante el año 2022, desde el servicio de asesoría jurídica se han ofertado dos vías de acceso: telefónica o email.

Las consultas vía email han representado el 85% de las demandas, 28% efectuadas por mujeres y 57% por hombres. Por su parte, las telefónicas han constituido un 15%. De ellas, un 14% han sido realizadas por mujeres y otro 1% por hombres.

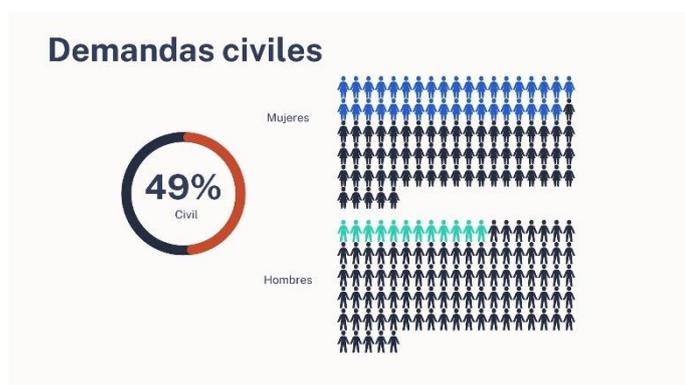


Tipo de demandas planteadas

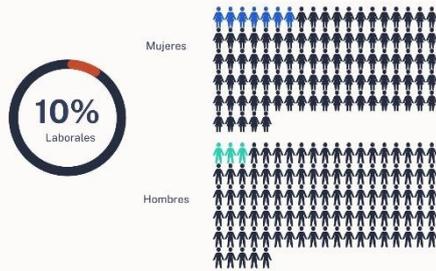


El 16% de las demandas ha sido de tipo administrativo, siendo un 10% efectuadas por mujeres y un 6% por hombres.

Las demandas de tipo civil han representado un 49%, siendo un 37% efectuadas por mujeres y un 12% por hombres.



Demandas laborales



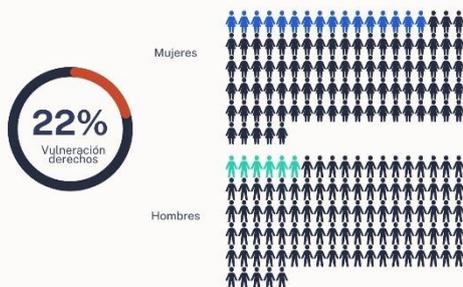
Las demandas de tipo laboral han constituido un 10% del total, siendo un 7% efectuadas por mujeres y un 3% por hombres.

Las demandas de tipo penal o penitenciario han representado un 3%, todas ellas realizadas por mujeres.

Demandas penales



Demandas por vulneración de derechos



Finalmente, las demandas relacionadas con vulneraciones de derechos humanos han supuesto el 22% de las demandas atendidas, siendo un 16% efectuadas por mujeres y un 6% por hombres.

3. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS 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. Denuncias

3.1.1. Impacto de la COVID-19 en la salud mental de la población infantojuvenil³

A raíz de la pandemia las asociaciones están experimentando un crecimiento significativo de personas menores de edad y personas jóvenes que presentan problemas de salud mental, entre los cuales destacan:

Aumento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria

Durante el confinamiento se triplicaron los trastornos de conducta alimentaria, especialmente entre mujeres adolescentes y jóvenes. De acuerdo con los datos facilitados por el Servicio de Psiquiatría del hospital de Basurto, en marzo de 2020 aumentaron de forma exponencial los ingresos graves por desnutrición, y a partir de septiembre, los centros hospitalarios reportaron al Centro Ambulatorio de Especialidades (CAE) una demanda de ingresos por este trastorno nunca antes vista. En este hospital los ingresos psiquiátricos de adolescentes en la Unidad de hospitalización infantojuvenil se han incrementado prácticamente un 50% comparando los primeros 5 meses del 2019 con los primeros 5 meses del 2021³

Aumento de la incidencia de problemas de control de los impulsos y de pérdida de autocontrol

La tensión ambiental que ha generado la pandemia de COVID-19 ha provocado el incremento de pensamientos relacionados con la autolesión o el suicidio entre las personas adolescentes y jóvenes con problemas de impulsividad y ausencia de control, siendo la segunda causa de ingresos en las unidades psiquiátricas del CAE.

³ OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. (2021). [Jóvenes y pandemia, miradas expertas](#). Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Vitoria-Gasteiz.

Aumento de la incidencia entre las personas que presentan una sintomatología postraumática

Otra de las causas de ingreso que aumentó durante la pandemia está relacionada con aquellas personas menores de edad que a lo largo de su vida tuvieron que enfrentarse a situaciones traumáticas, tales como el acoso escolar, conflictos severos (abusos, maltrato, negligencias, etc.) y que hasta el comienzo de la pandemia habían podido sobrellevarlas.

Problemas de salud mental en la vuelta a las clases presenciales

La vuelta a las aulas supuso un reto para los y las adolescentes con problemas de salud mental que encontraron en el confinamiento un periodo de mayor tranquilidad y ausencia de presión exterior. En concreto, la ansiedad, la depresión y la inseguridad supusieron factores que marcaron el retorno a las aulas de muchas personas adolescentes y jóvenes que durante el confinamiento habían visto atenuar los síntomas de su trastorno mental.

Incremento del abuso de pantallas

Se ha constatado un incremento sustancial en el abuso de pantallas (televisión, videojuegos, ordenador) durante y tras el confinamiento por parte de las y los adolescentes y personas jóvenes.

Aislamiento social

Personas adolescentes y jóvenes que habían trabajado de forma intensa su inclusión en la sociedad antes de la pandemia, tras el confinamiento experimentaron un fuerte retroceso a la hora de querer salir a la calle, aislándose en su hogar y deteriorándose su vínculo social.

3.1.2. Insuficiencia de los presupuestos públicos destinados a la psiquiatría infantil y juvenil en la postpandemia

La pandemia ha conseguido que se visibilice en toda su crudeza la situación de falta de recursos que ya existía previamente y ha dejado múltiples efectos sobre nuestra sociedad. Algunos se han materializado en forma de pérdidas irreparables cuyo duelo, en muchos casos, todavía no ha sido transitado y otros vienen derivados de las secuelas arrastradas tras un confinamiento que, más allá de las mencionadas pérdidas humanas, ha traído consigo el temor por la pérdida de la vida y de la salud propia o de los seres queridos. También ha habido un manifiesto impacto económico que no ha hecho más que añadir incertidumbre a un panorama abonado por el miedo, lo cual tiene evidentes efectos sobre la salud mental de las personas, más aún en las primeras etapas de la vida, cuando se es especialmente vulnerable.

Azucena Díez Suárez, directora de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (CUN) y presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, ya advirtió de que, asociadas a esta situación vivida, se estaban

incrementando patologías como los trastornos de ansiedad y depresivos entre la población infantil y adolescente. Afirmaba esta experta en una entrevista, efectuada en el diario Noticias de Navarra a principios de 2021, que, en un estudio realizado durante el confinamiento a nivel estatal, se estimó que entre un ochenta y un noventa por ciento de este sector de la población había presentado algún tipo de alteración de conducta o emocional. Se espera que la mayoría se recupere, gracias a su plasticidad neuronal, pero se considera que un 20% llegue a desarrollar un trastorno mental directamente relacionado con la pandemia. La clase social, la situación económica, la cercanía a la enfermedad o la presencia de síntomas previos de alguna psicopatología son algunos de los factores que contribuyen al desarrollo de tales patologías, las cuales es previsible que aumenten de forma notable entre un 50% y un 100%⁴.

Lamentablemente, las predicciones se han cumplido y hemos podido comprobar cómo tras la pandemia se han duplicado los casos en urgencias psiquiátricas infantiles, junto con los problemas de desarreglos alimentarios y problemas como la ansiedad, la depresión y las autolesiones. Según una investigación publicada en el diario El País en junio de 2022, muchos de estos síntomas son causados por la incertidumbre, el exceso de noticias, el distanciamiento social y familiar, el abuso de pantallas, la ausencia de rutinas, los ritmos irregulares de sueño y un patrón de alimentación menos saludable, a lo que cabe añadir las dificultades económicas y de conciliación del trabajo con el cuidado familiar, así como las posibles situaciones de enfermedad propia, de familiares cercanos o, incluso el duelo por la muerte de seres queridos como a consecuencia del COVID-19.

El panorama es desolador, habida cuenta que, si en España los recursos en materia de salud mental son manifiestamente insuficientes a nivel general, en lo que atañe a la salud mental infantil y juvenil son paupérrimos. El sistema público ha mostrado su total incapacidad para atender todos los casos y los y las psiquiatras no hacen más que subrayar la vital importancia de la atención temprana.

⁴ Lizárraga, J. y Montero, O. (2 de enero, 2021). [Se considera que el 20% de los niños lleguen a desarrollar un trastorno mental relacionado con la pandemia](#). Noticias de Navarra.

María Velasco, psiquiatra infantojuvenil, en declaraciones para Antena 3 Noticias señala: “Una psicoterapia es un tratamiento que hay que hacerlo semanalmente o cada 10 días y que en los centros de salud está siendo imposible de hacer por la presión asistencial; tendríamos que poner más especialistas en los centros de salud mental”. Esta carencia de una buena atención especializada desde el momento en que se detecta el problema es especialmente grave y su efecto, determinante de cara a la prevención y el desarrollo de problemas de salud mental en la edad adulta.



La propia Estrategia de Salud Mental 2022-2026 apunta a la adolescencia como una etapa de alto riesgo en la que los problemas mentales aparecidos en la infancia se traducen en mayores índices de suicidios, marginalidad y conductas antisociales, especialmente entre niños y niñas en quienes concurren factores de vulnerabilidad. Además, la profusión informativa de los medios de comunicación en torno a la pandemia de coronavirus ha generado también un notable aumento del miedo a morir entre los más jóvenes y es una realidad, ampliamente constatada, que muchas veces se ignoran episodios de ansiedad o angustia por considerar que simplemente desaparecerán con el paso del tiempo, provocando, con este tipo de conductas evitativas, agravar los problemas y contribuir a la invisibilización y empeoramiento de los trastornos mentales^{5, 6, 7}.

Como señala en la entrevista realizada para el diario El País **Carlos Sánchez Polo**, graduado en Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid y especializado en Terapia Cognitivo-Conductual en población infanto-juvenil, la afectación a la vida futura de este sector de la población dependerá de los factores de protección y de riesgo de cada uno. La clave está en los recursos de los que dispongamos para amortiguar el golpe⁸.

⁵ Nuevatribuna. (15 de febrero, 2022). [Cuidemos la salud mental infantil](#). Nuevatribuna.

⁶ Bocchi, A. y Gaya, L. (2 de febrero, 2022). [La salud mental: la pandemia invisible que afecta a los jóvenes](#). La Vanguardia.

⁷ Antena 3 Noticias. (10 de febrero, 2022). [El aumento de problemas de salud mental entre adolescentes desborda las unidades psiquiátricas de los hospitales](#). Antena 3 Noticias.

⁸ García, C. (7 de febrero, 2022). [Jóvenes y salud mental: ¿hemos conseguido conectar con la adolescencia durante la pandemia?](#) El País.

3.2. Buenas prácticas

3.2.1. Estudio ‘INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA CAPV. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES Y RECURSOS DE ATENCIÓN’^{9, 10, 11}

CREADORAS: Salud Mental Euskadi FEDEAFES, en colaboración con sus asociaciones AGIFES, ASAFES, AVIFES y ASASAM

Desde muchos sectores se ha denunciado la situación de incremento de los problemas de salud mental en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y la necesidad de un abordaje transversal, así como la necesidad de crear y, en su caso, reforzar los servicios para esta franja poblacional. Así, el 9 mayo de 2022 la Federación Salud Mental Euskadi presentó en la Comisión de Salud del Parlamento Vasco los resultados del estudio ‘Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención’, realizado en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El trabajo ha revelado las principales necesidades en los diferentes ámbitos de actuación, tales como el de la salud, el educativo, los servicios sociales, la justicia, etc. Una de las cuestiones que señala el estudio es que se trata del comienzo de una investigación, ya que en las asociaciones vascas cada vez llegan más casos de familias con hijos e hijas menores con problemas de salud mental (algo detectado también en el resto de las asociaciones que integran la red asociativa de Salud Mental España). Se trata de una investigación cualitativa mediante entrevistas en profundidad a personas expertas, grupos de discusión con familiares de menores con problemas de salud mental, y con jóvenes, así como seminarios de diferentes instituciones para analizar resultados y buscar mejoras; también se muestran datos cuantitativos de fuentes secundarias.

Según este estudio, los principales problemas de salud mental detectados en la infancia son trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del comportamiento y trastornos del vínculo. Uno de los trastornos que más se diagnostica es el déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Los principales problemas de salud mental en la adolescencia y juventud son los trastornos de conductas, patologías de personalidad, cuadros depresivos, descompensaciones debido a

⁹ Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), AGIFES, ASAFES, ASASAM y AVIFES. (2021). [Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención](#). Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES).

¹⁰ Cano, M. J. (2022). [Presentación estudio “Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención”](#). Parlamento Vasco.

¹¹ Arbaizagoitia Telleria, M. A. [Presentación estudio “Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención”](#). Parlamento Vasco.

enfermedades psicóticas y patologías duales. Las mujeres adolescentes y jóvenes presentan de forma más habitual que los hombres trastornos de conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia, así como trastorno límite de la personalidad, los cuales generan con más frecuencia intentos de suicidio y autolesiones. Los trastornos postraumáticos también se dan en mayor medida en las mujeres que en los hombres. Los hombres adolescentes y jóvenes, por su parte, presentan de forma más frecuente problemas de conducta, aunque con menos margen de diferencia en comparación con la anorexia o bulimia, así como problemas de salud mental derivados del consumo de drogas.

3.2.2. Programa #NO T-CORTES. CUÉNTALO¹²

CREADORA. ASOCIACIÓN SALUD MENTAL CIEZA Y COMARCA. AFEMCE

Desde la Asociación Salud mental Cieza y comarca, AFEMCE, cuentan con seis años de experiencia interviniendo con población infanto-juvenil. Durante ese tiempo han podido observar, sobre todo tras vivir la situación de aislamiento y confinamiento derivado de la pandemia por COVID, un aumento de las emociones de tristeza, aislamiento, bajo rendimiento escolar y absentismo, desmotivación e ideaciones de autolesión o suicidio, en población cada vez más joven.

Tras recibir en su servicio una alta demanda de población infanto-juvenil, así como por parte de los departamentos de orientación y docentes de diversos centros educativos, y ante el continuo aumento de casos observados en las aulas de jóvenes con conductas autolíticas y síntomas depresivos, entre otros, desde AFEMCE se plantearon el Proyecto “CLICK” de atención infanto-juvenil, un nuevo programa para desarrollar con alumnos y alumnas de Secundaria.

El objetivo es prevenir y sensibilizar sobre problemas de salud mental y conductas de riesgo, mediante sesiones en horario lectivo, cuyo fin principal es promocionar el cuidado de la salud mental en el alumnado, dotarle de herramientas y estrategias de autorregulación emocional como medida preventiva, y establecer una guía de apoyo a los y las docentes. Además, el proyecto busca poder intervenir con el alumnado que presente conductas autolíticas con o sin intención suicida, como medio de gestión emocional. Las sesiones van destinadas a los alumnos y las alumnas de un centro de Educación Secundaria concreto, para ser realizado como programa piloto.

Después de su sesión con el alumnado, se entrega una guía de seguimiento para docentes a los tutores y tutoras de cada grupo, elaborada por las profesionales del proyecto infanto-juvenil, para que en sesiones de tutoría la trabajen, puedan continuar observando cómo se encuentran

¹² Asociación Salud Mental Cieza y Comarca (AFEMCE). [Programa #No T-Cortes, cuéntalo](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

sus alumnos y alumnas tras el trabajo de la sesión y llamar para intervenir, si fuese necesario. Una vez desarrollado el programa piloto, y tras valorar las respuestas observadas y los datos obtenidos en los cuestionarios realizados tras cada sesión a alumnos, alumnas y personal docente, también se plantea elaborar una formación específica para el profesorado de la comunidad autónoma a través del CPR (centro de profesores y recursos de la región de Murcia).

Para lograr los anteriores objetivos se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- ✓ La entidad ha destinado a dos profesionales a observar y consultar, programar, planificar, organizar y desarrollar el proyecto. Lo han realizado la psicóloga y la trabajadora social del programa infanto-juvenil de AFEMCE, ya que tienen un contacto directo con el perfil objetivo y con los centros educativos del territorio.
- ✓ Se ha procedido a recabar datos, artículos y diverso contenido teórico al respecto, así como la elaboración de materiales, entre los que se incluían: presentación para sesión dinámica del alumnado; autorización para progenitores, para participar en las sesiones; guía para docentes de seguimiento del programa; cuestionarios de evaluación para alumnado y docentes.
- ✓ Se ha contactado con un instituto concreto con el que se realiza un continuo trabajo en coordinación y en red, atendiendo a diversos alumnos y alumnas; también se han y mantenido reuniones con el Departamento de Orientación para establecer la idoneidad del programa piloto dentro de su centro educativo, y en qué cursos y fechas se llevará a cabo.
- ✓ Se han desarrollado las sesiones en el IES Diego Tortosa con alumnado de 2º y 3º de la ESO, procediéndose a la intervención directa psicosocial en aquellos casos que ha sido necesario a través del propio contacto por parte del alumno o de la alumna y su familiar o por derivación del centro educativo, y a una sesión con un grupo de adolescentes de la Organización Juvenil Española (OJE Cieza).

Es importante destacar también que en cualquier intervención realizada se ha tenido siempre en cuenta la perspectiva de género, utilizando un lenguaje inclusivo, respetuoso y sin juicio, teniendo de este modo siempre presente la individualidad de cada una de las personas con las que se ha intervenido.

También hay que señalar que en las propias sesiones con el alumnado se les ha facilitado diversos recursos de atención, incluido nuestro teléfono y redes sociales, lo que hace que para ellos y ellas sea más accesible, sobre todo a través de Instagram.

Tras la implementación de este programa, además de las diversas repercusiones a nivel indirecto en la comunidad, se ha conseguido lo siguiente:

- ✓ Señalar la idoneidad del programa, dada la situación actual de la salud mental infanto-juvenil y, sobre todo, la innovación de este, al ser las conductas autolíticas sin ideación

suicida y el suicidio un tema muy tabú en la sociedad, por el temido “efecto llamada”, y por la escasez de recursos para abordar este tema a pesar de la necesidad.

- ✓ Se han generado espacios de comprensión y alivio dentro del propio centro educativo.
- ✓ Se ha logrado disminuir el estigma sobre los problemas de salud mental entre el alumnado, además de normalizar el tema tabú como las autolesiones y el suicidio, y que puedan hablar de ello con naturalidad.
- ✓ Este programa significa aumentar los recursos de afrontamiento y trabajar en colaboración con la administración educativa. Esto, además, ha derivado en la promoción de la activación de recursos del entorno (por ejemplo, jóvenes que no asistían a salud mental por estigma y que ahora asisten por propia voluntad, normalizando el recurso).
- ✓ Se ha logrado detectar e intervenir con adolescentes que presenten desregulación emocional y autolesiones. También se les ha podido derivar a cualquier otro servicio o recurso que ha sido necesario, además de ser un apoyo para la familia a nivel de escucha, orientación y acompañamiento en el proceso.
- ✓ Además, se ha logrado concienciar a la comunidad educativa sobre estos aspectos y se les ha dotado de capacidades y herramientas para convertirlos en agentes de prevención, detección y ayuda dentro de su propio centro educativo, al ser los agentes más directos en estos casos.
- ✓ En definitiva, se ha dado voz a jóvenes que mantenían totalmente en silencio cualquier emoción de tristeza o conductas autolesivas por miedo a ser juzgados o juzgadas.



Y todo esto ha sido lo que se ha conseguido hasta el momento, pero es importante destacar también que en este primer periodo no se ha desarrollado la formación al personal docente. Este es un objetivo más a largo plazo, durante el periodo 2022-2024, debido al tiempo, trabajo y desarrollo del contenido que se necesita para llevar a cabo esta formación, que consiste en dotar de herramientas y estrategias de autorregulación emocional en la adolescencia como medida preventiva de problemas de salud mental y conductas autolíticas.

Finalmente, gracias al desarrollo de la buena práctica se han de señalar las siguientes mejoras:

EN EL CENTRO EDUCATIVO

- ✓ Generación de espacios de escucha y comprensión, disminución de estigma y juicios hacia la salud mental, facilitar recursos para aquellas personas que han necesitado intervención, etc.

EN EL ALUMNADO

- ✓ Promoción del equilibrio emocional de la persona.
- ✓ Aumento de estrategias de regulación emocional.
- ✓ Dotación de habilidades para la toma de conciencia, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar.

EN NUESTRA ENTIDAD

- ✓ Llevar a cabo un programa económicamente sostenible, al no haber conllevado ningún coste a excepción del salario de las profesionales. Sostenible a nivel social, dada la idoneidad del programa por ser la salud mental infanto-juvenil un tema prioritario actualmente, y, sobre todo, sostenible medioambientalmente, al conllevar únicamente un gasto en papel para la realización del cuestionario, mientras que el resto de la sesión fue dinámica y sin uso de materiales. En el próximo periodo está previsto realizar el cuestionario online para disminuir el uso de papel.
- ✓ Adquisición de herramientas y formación específica realizada por ambas profesionales en relación con la gestión emocional en la población objetivo, y prevención del suicidio, mejorando así las competencias necesarias para el desarrollo del programa, además de su experiencia laboral con el perfil señalado.

EN LA COMUNIDAD

Indirectamente, a través del alumnado y docentes, se transmitirán las herramientas adquiridas y, sobre todo, la posibilidad de hablar de salud mental sin juzgar a otras personas, lo que conlleva una onda expansiva de sensibilización a nivel comunitario sobre salud mental.

Además, son destacables los siguientes aspectos en el desarrollo de la buena práctica:

- ✓ Gracias a las respuestas obtenidas en los cuestionarios cumplimentados por alumnado y docentes, se cuenta con su participación en el diseño o desarrollo de la buena práctica, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población objetivo, así como que parte del alumnado y del personal docente son personas con problemas de salud mental.
- ✓ Se ha atendido a 271 alumnos y alumnas y 9 docentes.

- ✓ Durante el periodo de realización del programa, del total de personas usuarias atendidas en el Proyecto “CLICK” (70 usuarios/as), 16 jóvenes presentaban conductas autolíticas y/o ideación e intentos suicidas. De estas personas, 8 ya no presentan ningún tipo de conducta autolesiva ni ideación, 2 han disminuido dichas conductas, otras 2 accedieron al servicio a través de las sesiones de su centro educativo, donde se les orientó para hablar con sus familias sobre las conductas e ideas que presentaban y reciben atención psicológica privada. Por último, se ha realizado un alta del servicio por mejoría.

En suma, como se puede observar, existe una realidad en la prevención, detección, atención y mejora a través de la realización del programa.

Otra de las virtudes del programa es que es totalmente replicable y escalable a cualquier otra entidad, dada la adecuada realización de material. Para mayor especificidad, se podría plantear una escala a otra entidad siguiendo el siguiente proceso:

1. Las profesionales de AFEMCE realizarían una formación específica sobre el contenido y material a los/as profesionales de la entidad interesada.
2. El material elaborado se pondría a disposición de cualquier entidad que lo solicitase

Los y las profesionales de esa entidad responsables de llevar a cabo las sesiones en los centros educativos contarían con un seguimiento, *mentoring* y supervisión por parte de las profesionales de AFEMCE. Hay que destacar que lo idóneo sería la escala en entidades que además cuenten con programas de atención infanto-juvenil para poder realizar una atención y/o intervención si fuese necesario y deberán desarrollarlo profesionales con formación relacionada con el suicidio. Este sería un plan de acción de escalabilidad inicial, que podría ser modificado según las necesidades de la entidad.

3.2.3. Proyecto “JÓVENES AGENTES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE MUJERES JÓVENES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL”¹³

CREADORA. ASAENES Salud Mental Sevilla

Abordar la perspectiva de género en el ámbito de los problemas de salud mental lleva, ineludiblemente, a hablar de doble discriminación y doble estigma para las mujeres con problemas de salud mental, dado que las situaciones de discriminación que viven están teñidas por su condición de género y por el estigma social que las sitúa en posiciones de mayor

¹³ ASAENES Salud Mental Sevilla. [Jóvenes agentes para la prevención de la violencia de género de mujeres con problemas de salud mental](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

subordinación y, por tanto, de mayor vulnerabilidad y menores oportunidades para su autonomía, empoderamiento y ejercicio de su libertad.

Por otro lado, merece especial atención la violencia de género que sufren las mujeres con problemas de salud mental, hecho que puede desencadenar o empeorar un problema de salud mental previo. Igualmente, hay que señalar los prejuicios derivados del estigma social que viven los hombres con problemas de salud mental asociados a sus roles de género y que definen la masculinidad tradicional, y sobre los que se construye y establece la subjetividad masculina.

Todo lo anteriormente expuesto cobra especial relevancia en el caso de las personas jóvenes que tienen un problema de salud mental, dada la etapa evolutiva en la que se encuentran, y que se caracteriza por acontecimientos y experiencias en el ámbito personal y social que les condiciona a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de actitudes y conductas orientadas a su proceso de recuperación. Así, el aislamiento social, las mayores dificultades para el contacto y las relaciones sociales, el estigma, la imposibilidad a veces de continuar con su formación académica, son experiencias que limitan el desarrollo de factores de protección y empoderamiento frente a la salud mental y la violencia de género. Es por todo esto que desde ASAENES se considera de suma importancia continuar fomentando y promoviendo, entre personas jóvenes con problemas de salud mental, actitudes para su empoderamiento en relación con la violencia de género, tanto en chicos como en chicas; para que sean capaces de identificar relaciones de pareja asimétricas y violentas, y se conviertan en referentes para otras personas jóvenes.

Así, visibilizar, concienciar y sensibilizar resulta imprescindible si se quiere lograr la disminución del estigma y la creación de sociedades libres de prejuicios, tolerantes e inclusivas. Todo lo anteriormente expuesto forma parte del Modelo de Recuperación en Salud Mental desde el que trabaja ASAENES, cuyos pilares son la promoción de la autonomía, responsabilidad, toma de decisiones y control sobre la propia vida, como elementos clave de la recuperación y como factores de protección ante situaciones de riesgo para el agravamiento o las recaídas, y que en el caso de las mujeres jóvenes con problemas de salud mental cobran mayor relevancia y necesidad de ser abordados.



Los objetivos de esta buena práctica, por tanto, están orientados a prevenir situaciones de violencia de género en mujeres jóvenes con problemas de salud mental y facilitar procesos de empoderamiento de personas jóvenes con problemas de salud mental para la prevención de la violencia de género, considerando una intervención que aborde diferentes agentes, medios y ámbitos.

Para ello, se han realizado las siguientes acciones:

- ✓ Información, sensibilización y formación para la prevención de la violencia de género contra mujeres jóvenes con problemas de salud mental, dirigidas a la comunidad educativa, personas jóvenes con problemas de salud mental y ciudadanía en general.
- ✓ Formación a jóvenes con problemas de salud mental para la construcción de relaciones igualitarias, mediante el taller “Amar Positivamente”, en el que en cada edición se ha ido ampliando y profundizando en contenidos desde una mayor complejidad para su integración, promoviendo un mayor conocimiento y manejo sobre las relaciones y la violencia de género. Se desarrolla en espacios normalizados de la comunidad (Centro Cívico San Pablo).
- ✓ Creación de un grupo de jóvenes con problemas de salud mental como agentes de sensibilización para la prevención de la violencia de género, mediante el Taller “Miradas Diversas”. En 2022 se utilizó el soporte de las artes plásticas como la fotografía en su dimensión terapéutica. Esta actividad está orientada a la identificación de situaciones de violencia, acoso, discriminación por razón de sexo, y a poder orientar y sensibilizar en este sentido a otras personas jóvenes mediante la fotografía. Se trata de sesiones de entrenamiento mediante la aplicación de las nuevas tecnologías y la fotografía, dirigida a personas que hayan participado en los talleres anteriores, y cuya finalidad es la creación y el mantenimiento de un grupo de jóvenes como agentes de sensibilización, encargados y encargadas de identificar, orientar y desarrollar acciones para la prevención de la violencia en su grupo de iguales y mejorar sus habilidades, actitudes y comportamientos en este sentido.
- ✓ Visibilización de la violencia de género y su relación con la salud mental mediante la campaña de sensibilización en redes sociales: “Hoy también es 25 de noviembre”. Como parte del proceso de dar visibilidad a la violencia de género y la salud mental, y como

parte del proceso de empoderamiento abordado con las personas jóvenes participantes, se propone la realización de una campaña de sensibilización en las redes sociales de ASAENES, durante los días 25 de cada mes con el lema: “Hoy también es 25 de noviembre”. El contenido de esta campaña ofrece datos, material e información concreta en relación con la violencia de género y la salud mental, para generar la reflexión y sensibilización.

- ✓ Sensibilización a personas jóvenes sobre la violencia de género y la salud mental con charlas en los institutos de Educación Secundaria (IES) sobre violencia de género y salud mental. La experiencia de ASAENES en acciones de sensibilización con personas jóvenes en centros educativos y los resultados obtenidos le avalan, para replicar estas charlas-taller con contenido específico sobre el impacto de la violencia de género en la salud mental, así como la mayor vulnerabilidad de mujeres con problemas de salud mental de ser víctimas de malos tratos. Así, por un lado, se pretende luchar contra la estigmatización de la salud mental con relación a la violencia de género y, por otro, promover la toma de conciencia sobre la necesidad de prevenir la violencia de género y evitar sus consecuencias en la salud mental.
- ✓ ASAENES ha podido desarrollar proyectos orientados a la prevención de la violencia de género contra mujeres jóvenes con problemas de salud mental desde el año 2020, a través de la convocatoria de subvenciones del área de Igualdad, Participación Ciudadana y Coordinación de Distritos del Ayuntamiento de Sevilla. Estos han permitido y facilitado una mayor visibilidad de esta problemática y destinar recursos a su mejora. En cada convocatoria se pretende dar continuidad a esta línea estratégica de la organización para profundizar y abordar dichos aspectos, tanto con las nuevas personas jóvenes que se incorporan a ASAENES, como con las que han participado previamente con objeto de promover su empoderamiento, y seguir ampliando conocimientos y conceptos para deshacer el género, cuestionando las bases que sostienen las asimetrías de poder en las relaciones de pareja, el estigma y la doble discriminación o los micromachismos.

Para muchos y muchas de las personas jóvenes participantes, ASAENES es el único espacio en el que pueden desarrollar y compartir este tipo de habilidades, ya que constituye su único espacio de encuentro con otras personas jóvenes. En la anterior fase del proyecto, esta fue una de las razones que las personas participantes expusieron como parte de su motivación por continuar tratando esta temática, además de la incorporación de nuevas personas al proyecto. La metodología empleada ha permitido la cohesión grupal y la confianza, como elementos facilitadores para una idónea apertura e integración de los contenidos, y la creación de un espacio para el intercambio, diálogo y la comunicación honestos acerca de las barreras, prejuicios y estereotipos de género que promueven la violencia de género y favorecen una mayor vulnerabilidad en las mujeres jóvenes y con un problema de salud mental. Asimismo, ha permitido facilitar el empoderamiento individual y colectivo de las personas participantes. Por otra parte, son muchos los y las jóvenes que gracias a la sensibilización en centros educativos han podido conocer el impacto real y las consecuencias de la violencia de género en la salud mental, tales como depresión, ansiedad, estrés post traumático, trastornos de alimentación,

consumo y abuso de sustancias como estrategias de enfrentamiento, ideas suicidas e incluso el suicidio.

Esta práctica ha permitido mejorar la implementación de la perspectiva de género en la organización, considerando la interseccionalidad como la herramienta que nos ayuda a identificar otras desigualdades que aumentan la discriminación hacia las personas, en este caso pertenecer al colectivo joven, junto al hecho de tener un problema de salud mental.

La iniciativa también contribuye a hacer visible la dimensión de género como eje de desigualdad y determinante social de la salud mental, donde la violencia de género, el estigma y la socialización diferenciada son algunos de estos determinantes sociales.

Además, ha favorecido que ASAENES Salud Mental Sevilla sea una entidad impulsora en su entorno de esta mirada diversa y más amplia de la implicación de la violencia de género en los problemas de salud mental de las mujeres, y de cómo afecta a la recuperación desde un enfoque que preste el apoyo a la autonomía, autoestima, autodefensa y el empoderamiento de estas mujeres. Ha mejorado la toma de conciencia que las personas jóvenes con problemas de salud mental tienen sobre los elementos que sostienen la desigualdad y discriminación de género en sus vidas cotidianas y experiencias vitales, presentes en la música, películas, redes sociales, relaciones de pareja, círculos de amistades, etc.

Asimismo, ha permitido mejorar la identificación de factores de riesgo y de protectores ante la violencia de género contra las mujeres con problemas de salud mental por parte de las personas participantes en las distintas actividades que se llevan a cabo.

Finalmente, es importante destacar que es una iniciativa fácilmente replicable en otras entidades, siempre que se disponga de profesionales con experiencia y formación especializada en género y salud mental. Cada entidad podrá establecer, en base a su territorio, qué agentes, organizaciones y otras entidades pueden apoyar la iniciativa para aunar sinergias en la consecución de la eliminación de la violencia de género contra las mujeres jóvenes con problemas de salud mental.

Testimonio¹⁴



Todo me daba miedo, todo me daba pánico. La gente... ¿Por qué? Porque estás frágil. Te tocan con un dedo la punta de la nariz y te destrozan como si fueras ceniza. Te hacen así y te destruyen”.

Lucía Fernández. Influencer

3.3. Recomendaciones

1. Crear espacios de atención directa en los ámbitos sanitario, educativo y social, donde niñas, niños y adolescentes puedan expresar lo que les pasa por la cabeza y ser escuchados de forma activa.
2. Ampliar los presupuestos públicos destinados a la psiquiatría infantil y juvenil, la formación de profesionales especializados/as y la creación de equipos dedicados al diagnóstico y la detección precoz.
3. En el ámbito de la salud, niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes precisan lo siguiente:^{15, 16}
 - Atención continua, con un seguimiento adaptado a cada caso y al contexto emocional y ambiental; igualmente necesitan una escucha empática y cercana por

¹⁴ Sisó, P.V., Cerezo, E., Alfaro, C. y Plaza, A. (6 de febrero, 2022). [Cinco jóvenes muestran la crudeza de los problemas de salud mental: "Te tocan con un dedo y te destrozan como si fueras ceniza"](#). Antena 3 Noticias.

¹⁵ Federación de Esukadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEFES). (2021). [Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la comunidad autónoma del País Vasco](#). Federación de Esukadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEFES).

¹⁶ Cano, M. J. (16 de mayo, 2022). [Presentación en la Comisión de Salud del Parlamento Vasco](#). Youtube.

parte de las y los profesionales de la salud para asegurar el mejor diagnóstico y tratamiento posible.

- Apoyos no sólo en los momentos altamente críticos. Las niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes con trastorno mental necesitan contar con una orientación e intervención psicoterapéutica integral que funcione de forma preventiva, atenuando los síntomas del problema de salud mental, posibles recaídas y favoreciendo su inclusión en la sociedad.
 - Intervenciones que contemplen las necesidades sanitarias y sociales al mismo tiempo y no como parte de dos sistemas desconectados. El abordaje psiquiátrico por sí mismo no basta para garantizar una inclusión efectiva de las niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes en la sociedad. Por ello, necesitan una intervención sociosanitaria que les permita crecer y desarrollarse, alcanzando el máximo nivel de bienestar posible en su familia, comunidad escolar, red de amistades, etc., y una intervención encaminada a asegurar su emancipación, autonomía y plena inclusión en la sociedad.
 - Más apoyo psicológico (intervenciones terapéuticas) del que está disponible actualmente.
 - Otra necesidad que no se encuentra suficientemente cubierta en adolescentes y jóvenes son los casos de patología dual, que tienen un diagnóstico de trastorno mental y además una adición. Especialmente significativos son los casos de consumos, que se encuentran sin una respuesta eficaz para atender a estas personas desde los ámbitos sociosanitarios.
- 4.** En el ámbito de la salud niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes precisan lo siguiente:
- Todas las niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes tienen derecho a recibir una educación y capacitación para lograr su autonomía e integración activa en la sociedad. Es tarea de la comunidad educativa velar por que todas las personas, sin discriminación alguna, accedan a una educación inclusiva y de calidad. Sin embargo, la inclusión de personas con problemas de salud mental representa aun un reto en este ámbito.
 - Son necesarias la sensibilidad y empatía en relación con los problemas de salud mental en el entorno educativo. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental necesitan en el conjunto de las etapas educativas contar con relaciones de empatía, comprensión, cercanía y respeto, asegurando el derecho a recibir una educación de calidad y con garantías.
 - Hay que evitar el retraso escolar de aquellas personas que no siempre pueden seguir el ritmo de los itinerarios estándar. Las y los escolares mayores y menores de edad con problemas de salud mental necesitan un apoyo educativo especializado que promueva pautas y herramientas adaptadas para un óptimo rendimiento durante la realización de tareas escolares, extraescolares, actividades comunes, etc., previniendo así el retraso escolar.

- Es necesario tener especial cuidado con las personas menores de edad con problemas de salud mental que pueden ser objeto de aislamiento, burlas, y rechazo. En ocasiones sufren *bullying*, lo que supone un sufrimiento añadido al trastorno mental.
- Aquellas personas que presentan problemas de conducta necesitan apoyos especializados. Cuando algunas y algunos adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental presentan conductas disruptivas que alteran la armonía del grupo, necesitan apoyo especializado que acompañe su proceso de enseñanza y aprendizaje y que evite su salida del sistema educativo.
- Es necesario que en las aulas se cuide del clima emocional y se preste especial atención al bienestar emocional del alumnado, lo cual también podría contribuir a la detección temprana de algunos casos. Otra de las necesidades pasa por que las y los estudiantes adquieran competencias emocionales, sociales, trabajen su autoestima, etc. en las aulas, tratándose de una actuación de prevención primaria clave, encaminada a preservar la salud mental de todo el alumnado, independientemente de la etapa educativa en la que se encuentren, así como su bienestar psicosocial. Además, cultivar y cuidar las emociones en el entorno escolar tiene beneficios positivos en la adquisición de competencias y puede ayudar a evitar el fracaso académico

5. Promoción, prevención y determinación del mejor abordaje y el diagnóstico precoz cuando ya hay un trastorno de la salud mental de niñas, niños y adolescentes¹⁷.

¹⁷ Martitegui, A. (13 de febrero, 2022). [El riesgo de patologizar la vida cotidiana: sentirse triste no es una enfermedad mental](#). NIUS.

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 los 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: estigma social

El Informe sobre salud mental de la OMS ‘Transformar la salud mental para todos’¹⁸, subraya que solo con una verdadera toma de conciencia de la importancia de la Salud Mental se puede luchar contra estereotipos y prejuicios. Así, se necesita un fuerte impulso institucional al respecto y una estrategia que erradique el estigma social existente asociado a los trastornos mentales y personas que lo sufren.

5. ACCESIBILIDAD

Artículo 9 CDPD

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

¹⁸ World mental health. (2022). [World mental health report: Transforming mental health for all](#). World Health Organization.

5.1. Denuncia

5.1.1. Accesibilidad psicosocial: la gran ignorada

Las Administraciones públicas promueven la accesibilidad física, cognitiva y sensorial; al menos así se reconoce en la normativa vigente. Sin embargo, se siguen ignorando las necesidades específicas del colectivo de personas con problemas de salud mental, que siguen enfrentándose solas a los obstáculos que les impiden una plena inserción social.

La accesibilidad psicosocial continúa siendo la gran desconocida, por lo que no se adopta ningún tipo de medida individual ni estructural que eliminen las barreras que la dificultan o impiden, incluidas las actitudinales, administrativas y sistémicas o simbólicas, a fin de contribuir a combatir el estigma y los prejuicios que conducen a la discriminación, la violencia, el abuso, la exclusión social y la segregación. Estos factores constituyen obstáculos para el efectivo ejercicio de los derechos las personas con discapacidad psicosocial y no favorecen el respeto a su autonomía, voluntad y preferencias.

Al final de este documento se incluye el posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA a este respecto como Anexo 1.

6. DERECHO A LA VIDA

Artículo 10 CDPD

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

6.1. Aspectos a tener en cuenta

El sufrimiento que experimenta una persona que está viviendo ideaciones suicidas es difícil de sostener. Paula García, psicóloga del Servicio de Apoyo a la Inserción Laboral de AMAFE (Asociación española de apoyo en psicosis) señala que la persona se siente atrapada en esta situación tan dolorosa, ha intentado buscar alternativas y cambios en su vida, pero no han

surtido el efecto deseado, lo que agrava el pensamiento de que “esto no acabará nunca y no tiene solución”¹⁹.

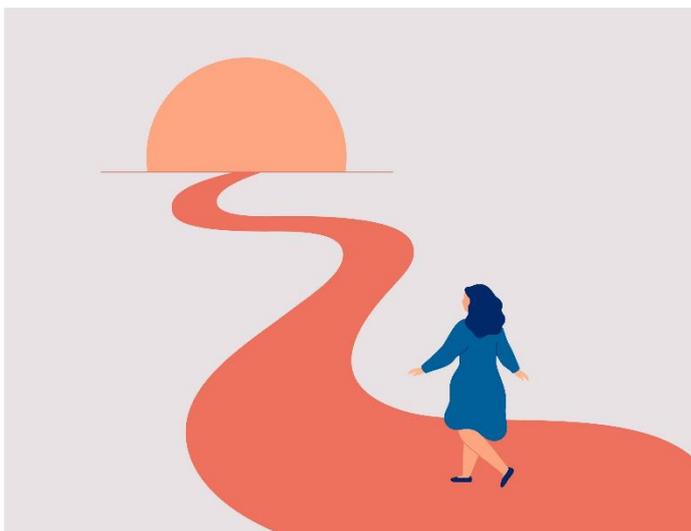
6.2. Denuncias

6.2.1. Un hombre con problemas de salud mental muere tras pasar años institucionalizado, teniendo vivienda y posibilidades de apoyo

A la sombra de la reforma de la legislación civil en materia de capacidad, siguen viviendo y muriendo muchas personas con problemas de salud mental, a las que como única solución de futuro se les ofrece la institucionalización. Aunque este tipo de recursos debieran ser excepcionales y transitorios, siguen presentándose como permanentes y, desde luego, involuntarios.

El año pasado falleció un hombre de sesenta años que durante más de diez se vio obligado a pasar su vida en un centro de media estancia para personas con problemas de salud mental. Le gustaba mucho leer, no en vano había dedicado buena parte de su vida a transmitir su pasión por el conocimiento a personas más jóvenes. Toda una vida promoviendo futuros para los demás que le fue devuelto en forma de institucionalización. Perdió su vida antes de que años después un médico certificara su fallecimiento. Lo último en desaparecer fue la sonrisa, porque, lo sabían quienes le conocían, era demasiado amplia y no se borraba fácilmente. Se le había diagnosticado un problema de salud mental y en ningún momento se contempló ayuda domiciliaria alguna. Le arrancaron de su vivienda, donde tenía todos sus libros, le impidieron toda disposición sobre su pensión y le internaron indefinidamente. Pasaron días, meses y años. La idea de volver a casa se

convirtió así en el propósito de su existencia, pero sobre cualquier amago de reclamar sus derechos, planeaba siempre la amenaza del castigo. Lo primero era quitarle los pocos libros que le acompañaban. Un castigo, para serlo, tiene que doler. Por eso decía que era mejor no decir nada, porque primero son los libros, luego la habitación, después cualquier otra cosa. Mejor callar, aunque el centro organice una actividad como ir al cine y haya que irse antes del final de la



¹⁹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de septiembre, 2022). [“Una sociedad que aboca a adolescentes y jóvenes a creer que no hay salida, es una sociedad fallida”](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

película, porque los cuidadores ya han acabado su turno. Mejor también no preguntar por las perspectivas de recuperación o manifestar preferencias. No importaba que un juzgado dictaminara que no había que sustituir su voluntad, porque su voluntad se sustituía. Porque hay lugares a donde no llegan las leyes y tienen paredes más altas que los muros de una institución: son espacios libres de conciencia, un sistema hostil. En la base de la pirámide de una institución hace mucho frío y todos saben, es una norma no escrita más firme y aplicada que las que se aprueban en el Parlamento, que es mejor no decir nada. Mejor consumirse y pasar los años, cada vez más sobremedicado, más rendido, hasta aparecer muerto una mañana y ser rápidamente desalojado para dejar el lugar a otro.

En el artículo 19 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, de modo que se ha de asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir dónde, cómo y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.

Además, la Observación general núm. 5 del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, destaca cómo la efectividad sistemática de este derecho exige cambios estructurales, lo que se aplica, en particular, a la desinstitucionalización en todas sus formas, sustituyendo todo entorno institucionalizado por servicios de apoyo a la vida independiente. Esto ha de llevar aparejado un cambio de mentalidades, sin lo cual todo lo demás resulta inoperante.

Asimismo, el artículo 12 establece la obligación de reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás, en todos los aspectos de la vida y de adoptar las medidas pertinentes para proporcionar su acceso a las formas de apoyo que en cada caso pueda requerir en el ejercicio de su capacidad jurídica, ante la evidencia de que la atención y los apoyos comunitarios ofrecen la perspectiva de una mejor calidad de vida que la atención institucional. Urge promover modelos de apoyo centrados en las personas y basados en un marco de derechos, donde primen las preferencias y elecciones de la persona, así como el desarrollo de proyectos de vida dignos y en igualdad de condiciones que el resto de la población. Es una cuestión de derechos humanos.

6.2.2. Una sociedad que aboca a adolescentes y jóvenes a creer que no hay salida, es una sociedad fallida

En 2021 se suicidaron en España 4003 personas, según datos del INE, un 1,6% más que en 2020 y, de ellas, tres de cada cuatro fueron hombres (2.982 personas). En el primer semestre de 2022, el suicidio se mantuvo como primera causa de muerte externa, con 2.015 fallecimientos, un 5,1% más que en el mismo periodo del año anterior. Estas cifras hablan de una dramática realidad que sigue en aumento, de manera que las muertes por suicidio casi triplican los

fallecimientos por accidente de tráfico. Por cada persona que se suicida, al menos otras seis se ven íntima y profundamente afectadas.

La situación entre la población adolescente y joven ha empeorado: trescientas personas de entre 15 y 29 años decidieron terminar con sus vidas en 2020, y en 2021, según un estudio²⁰, la ideación suicida entre personas de 15 a 29 años se incrementó un 53%, llegando a ser 9 de cada 100 jóvenes quienes experimentaron ideas de suicidio ‘continuamente o con mucha frecuencia’, cuando en 2019 esa proporción era del 5,8%.

Algunos **factores de riesgo** para la conducta suicida en adolescentes y jóvenes son: experimentar abusos, acoso, violencia o discriminación de cualquier naturaleza, el consumo de drogas, tener depresión o algún trastorno mental, el duelo por separación de padres/madres, por cambio de centro educativo, el suicidio de figuras referentes, o carecer de habilidades sociales.

“Una sociedad que aboca a las personas a creer que no hay salida, es una sociedad fallida. Entre las personas jóvenes, el suicidio ya es la segunda causa de fallecimiento”, alerta Nel González Zapico, presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, “es urgente recuperar la dimensión humana de las personas, y tender la mano a quien siente que no puede ya más. Además, necesitamos que se dote de presupuesto la Estrategia de Salud Mental que contiene una línea específica sobre prevención del suicidio y transformar las condiciones de vida (sociales, económicas, de salud...) de las personas para garantizar la preservación de su derecho principal, que es la vida”¹⁹.

6.3. Buenas prácticas

6.3.1. #ConectaConLaVida

Con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, celebrado el sábado 10 de septiembre de 2022, SALUD MENTAL ESPAÑA lanzó una campaña de sensibilización con el objetivo de prevenir el suicidio con **recomendaciones dirigidas a adolescentes y jóvenes, padres y madres y personal de centros educativos**, detallando, además una serie de factores de riesgo que se pueden relacionar con la conducta suicida. Así, la Confederación publicó una serie de infografías que recogían estas recomendaciones, difundidas bajo el *hashtag* **#ConectaConLaVida**. En el contexto de esta campaña, financiada por el **Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030**, se ha venido haciendo una labor de difusión de materiales con información sobre el suicidio, orientados además a romper con tabús y falsas creencias.

²⁰ Fundación FAD Juventud y Fundación Mutua Madrileña. (2022). [Barómetro Juvenil sobre Salud y Bienestar 2021](#). Fundación FAD Juventud y Fundación Mutua Madrileña.

6.3.2. . Con el suicidio NO hay CTRL+Z, no hay vuelta atrás

En esta campaña, SALUD MENTAL ESPAÑA traslada la idea de que **“Con el suicidio NO hay CTRL+Z, no hay vuelta atrás”**, que el suicidio es una medida definitiva ante un problema temporal, algo que se debe trasladar a las personas desde la infancia.

6.4. Recomendaciones

1. Prevenir el suicidio en adolescentes y jóvenes.

Lo que no se habla, no se conoce y lo que no se conoce, no se aborda y lo que no se aborda, se enquista o agrava.

Sobre la manera de prevenir los suicidios e intentos de suicidio en la población infantil, adolescente y juvenil, es importante hablar abiertamente sobre el suicidio, sobre la salud mental y sobre los autocuidados físicos y psicológicos. Hablar con conocimiento, hablar mucho e informarse mucho. Para que se dé esta comunicación, es también importante fomentar las habilidades sociales y de resolución de problemas para poder pedir y recibir la ayuda que toda persona merece.

– Analizar los factores de riesgo y actuar.

Como señala Paula García, psicóloga del Servicio de Apoyo a la Inserción Laboral de AMAFE (Asociación española de apoyo en psicosis), sufrir *bullying* es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, y a su vez constituye un factor de riesgo para la aparición de experiencia suicida. Más peligroso aún, subraya esta experta, es el *cyberbullying*, pues el acoso no termina al salir de la escuela o estando en casa: *“Perpetuar el abuso a través de redes sociales y servicios de mensajería hace que la víctima se sienta expuesta las 24 horas del día, los siete días de la semana, generando aún más sufrimiento e indefensión”*.

Los y las menores que son víctimas de *bullying* tienen 2,23 veces más riesgo de padecer ideaciones suicidas y 2,55 veces más riesgo de realizar intentos de suicidio que quienes no lo han sufrido, según un informe de Save the Children. *“Si sufres acoso busca alguien que te dé seguridad para pararlo cuanto antes y, llegado el caso, denúncialo”* es la recomendación de SALUD MENTAL ESPAÑA para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Hay que tener en cuenta que este daño, situación de riesgo y vulnerabilidad pueden venir del colegio, de las redes sociales, o de otros entornos como la propia familia.

Los centros educativos deben convertirse en espacios seguros y de prevención, y no constituir otro factor de riesgo asociado a las ideas suicidas.

Por otra parte, es positivo que el personal docente haga visibles en los espacios recursos y teléfonos de ayuda, que hable de salud mental, suicidio, drogas, autocuidado, etc., y que genere recursos de apoyo para acompañar física y emocionalmente al alumnado.

Además de la influencia de las redes sociales, de los estándares de belleza, etc., García recuerda cómo el confinamiento y aislamiento vivido con la pandemia del COVID-19 ha afectado a la forma de relacionarse de las nuevas generaciones, *“la dificultad para comunicarse, para escuchar genuinamente, para confiar y para buscar apoyo puede desembocar en un sufrimiento y soledad que aboque a la experiencia suicida, en suma, con otros factores de riesgo”*, apunta la psicóloga.

– **Establecer una ayuda sólida y eficaz desde las primeras etapas de la vida.**

Es primordial establecer una ayuda sólida y eficaz desde las primeras etapas de la vida, dado que *“las experiencias que en estas etapas se produzcan pueden influir en mayor o menor medida en la vida adulta de quien se encuentre en una situación tan compleja”*, expone García. La familia es otro gran punto de apoyo: padres y madres no deben banalizar, despreciar o infravalorar el sufrimiento de su hija o hijo, ni culpabilizarle o compararle con otras personas. En cambio, es recomendable fomentar la comunicación y prestar atención a señales como autolesiones, pérdida de contacto con sus amistades, abandono de aficiones, cambios bruscos en los patrones de sueño o en las conductas alimentarias, etc.

2. Prevenir el suicidio en la población general

Las siguientes reivindicaciones en torno a la prevención del suicidio se han extraído del Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022, elaborado por el Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.²¹

- a) Dotar de recursos públicos, para que la línea tres de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, de prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, cumpla con éxito sus objetivos.
- b) Impulsar la mejora continua en el servicio de la línea telefónica 024.
- c) Promover campañas de sensibilización que eliminen mitos e ideas erróneas, con el fin de que las personas con ideaciones suicidas rompan el silencio y pidan ayuda. La concienciación de los medios de comunicación es clave para que informen sobre el suicidio de manera clara y responsable; hay que poner el foco en la salud mental de las personas más jóvenes e integrar la perspectiva de género en todo lo que se ponga en marcha.

²¹ Comité Pro Salud Mental En Primera Persona, Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de septiembre, 2022). [Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

- d) Revertir sin demora la normalización de la violencia y el acoso en las escuelas, algo para lo que es prioritario desmontar la cultura del éxito y el culto a la imagen y prevenir las adicciones con o sin sustancia.
- e) Implantar la educación emocional desde la infancia y a lo largo de todas las etapas vitales.
- f) Generar nuevas dinámicas, de tal modo que la sociedad actúe como una inmensa red de apoyo, donde descansar del sufrimiento, aliviar nuestros miedos y proyectarnos hacia un horizonte de igualdad, bienestar y plenitud.

7. IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY

Artículo 12 CDPD

Este precepto regula el derecho que tienen las personas con discapacidad al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Para ello, los Estados 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.

7.1. Logro

7.1.1. Sentencia del Tribunal Constitucional que declara adecuada a la carta magna una modificación del Código Civil producida por la Ley 8/2021²²

En su sentencia de 106/2022, de 13 de septiembre de 2022²³, el Tribunal Constitucional declara adecuada a la Constitución la modificación del artículo 94, párrafo cuarto, del Código Civil operada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Según señala el CERMI Estatal, este precepto de la Ley había sido recurrido por más de 50 diputados del Grupo Parlamentario Vox del Congreso, que cuestionaba la constitucionalidad de la nueva redacción dada al párrafo cuarto del artículo 94 el Código Civil por la Ley 8/2021, sobre no procedencia del establecimiento de un régimen de visita o estancia, y suspensión del mismo, respecto del progenitor que esté incurso en un proceso penal iniciado por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual del otro cónyuge o sus hijos.

²² Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (5 de noviembre, 2022). [El CERMI saluda la sentencia del Tribunal Constitucional que declara adecuada a la carta magna una modificación del Código Civil producida por la Ley 8/2021. CERMI. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad \(CERMI\).](#)

²³ [Sentencia 106/2022, de 13 de septiembre de 2022. Recurso de inconstitucionalidad 5570-2021. Interpuesto por más de cincuenta diputados del Grupo Parlamentario Vox del Congreso de los Diputados respecto de los apartados décimo y decimonoveno del artículo 2 de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.](#) (BOE núm. 253, de 21 de octubre de 2022).

También consideraban estos diputados y diputadas, inconstitucional la no procedencia de ese régimen cuando la autoridad judicial advierta, de las alegaciones de las partes y las pruebas practicadas, la existencia de indicios fundados de violencia doméstica o de género.

En su sentencia, el Tribunal Constitucional, tras analizar los argumentos de Vox desestima el recurso de inconstitucionalidad, por no apreciarse motivos de contradicción con la Constitución, considerando conforme con la Carta Magna el precepto impugnado

El CERMI celebra que el Tribunal Constitucional declare la conformidad a la Carta Magna de este aspecto de la Ley 8/2021, una legislación de enorme trascendencia en el ámbito de las personas con discapacidad, reclamada e impulsada desde la sociedad civil, que ha alineado nuestro ordenamiento jurídico con los mandatos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en materia de igual capacidad jurídica.

8. ACCESO A LA JUSTICIA

Artículo 13 CDPD

En este precepto se recoge el derecho de las personas con discapacidad a acceder a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para lo que los Estados Parte habrán de promover la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

8.1. Aspecto a tener en cuenta

8.1.1. La necesaria figura de la persona facilitadora

Es fundamental que se establezca un cuerpo de personas facilitadoras en el ámbito policial y judicial que constituyan un referente adecuado y que respondan a las necesidades específicas de las personas con discapacidad, en general, y con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), en particular; estas personas han de ser distintas a las que ofrecen la asistencia técnico-jurídica.

Entre sus funciones se encuentra la de favorecer la autonomía de la persona y apoyarla a la hora de acceder a la justicia. Al final de este documento se incluye el posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA a este respecto como Anexo 2.

8.2. Logro

8.2.1. España está ya plenamente vinculada a la Carta Social Europea revisada²⁴

España está, por fin, completamente vinculada con todos los mecanismos de protección y seguimiento de la Carta Social Europea revisada del tratado internacional del Consejo de Europa. Como señala el CERMI Estatal, con la publicación en el Boletín Oficial del Estado del instrumento de ratificación del Protocolo Adicional a la Carta Social Europea, en el que se establece un sistema de reclamaciones colectivas, hecho en Estrasburgo el 9 de noviembre de 1995, España

²⁴ Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (4 de noviembre, 2022). [El CERMI saluda que España esté ya plenamente vinculada a la Carta Social Europea revisada](#). Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

entra de lleno en el sistema de supervisión de los derechos sociales establecidos en la Carta, dejando atrás la provisionalidad en la que hasta este momento se encontraba nuestro país.

Así pues, el Protocolo Adicional a la Carta Social Europea en el que se establece un sistema de reclamaciones colectivas, entró en vigor para España el 1 de diciembre de 2022, de conformidad con lo dispuesto en su artículo 14.2, y con ello finaliza la aplicación provisional por España de este Protocolo, iniciada el 1 de julio de 2021 y publicada junto con el texto del mismo en el Boletín Oficial del Estado número 153, de 28 de junio de 2021.

Según esta misma fuente, la Carta Social Europea es un tratado del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos que se abrió a la firma el 18 de octubre de 1961 y entró en vigor inicialmente el 26 de febrero de 1965, después de que la entonces República Federal Alemana se convirtiera en la quinta de las 13 naciones firmantes en ratificarlo. Para 1991, 20 naciones lo habían ratificado. En 1996, se efectuó una revisión de la Carta, ampliando los derechos reconocidos en la de 1961. Esta Carta Social Europea Revisada se encuentra vigente en la mayoría de los países europeos en reemplazo de la carta original. España ha ratificado tanto la Carta Social Revisada como el Protocolo Adicional sobre reclamaciones colectivas.

9. DERECHO A LA VIDA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD^{25, 26, 27, 28, 29}

Artículo 19 CDPD

Esta disposición regula el derecho de las personas con discapacidad a participar y vivir en la comunidad de manera independiente, con las mismas oportunidades y condiciones que el resto de la sociedad. Para ello, los Estados Parte se comprometen a adoptar las medidas necesarias para alcanzar este derecho.

²⁵ Arnau, S., Arroyo, J.; Centeno, A., Martínez, I., Nóvoa, J.A y Rodríguez-Picavea, A. (2015). [La Asistencia Personal. Características y acciones a tomar para su implantación](#). Foro de Vida Independiente y Diversidad.

²⁶ Benjamin, A. (2015). *Towards a Relational Ontology: Philosophy's Other Possibility*. State University of New York Press

²⁷ Federación Salud Mental Castilla y León. (2021). [Estudio del Impacto social y económico del Servicio de Asistencia Personal de FAEMA Salud Mental Ávila](#). Federación Salud Mental Castilla y León.

²⁸ Organización de las Naciones Unidas. (2006). [Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#). Organización de las Naciones Unidas.

²⁹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (27 de octubre, 2017). [Observación general núm. 5 \(2017\) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad](#). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD/C/GC/5). Organización de las Naciones Unidas.

9.1. Aspectos a tener en cuenta

9.1.1. La importancia de la asistencia personal para promover la vida independiente, promocionar la autonomía personal y facilitar la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promueve los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, y, por ende, de las personas con discapacidad psicosocial y/o personas con problemas de salud mental, contribuyendo significativamente a paliar su profunda desventaja social que les afecta, promoviendo su participación en todos los ámbitos de la vida: civil, político, social, económico y cultural. La Convención vela por las libertades fundamentales, siendo un ejemplo la interrelación, interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos.

Vulnerar la dignidad y el valor inherente del ser humano por tener una discapacidad constituye una discriminación y especialmente hacia nuestro colectivo. Es necesario promover la diversidad de las personas y proteger sus derechos humanos, aunque para ello necesiten apoyos. El costo de la exclusión social es elevado y perpetúa la dependencia y la intromisión en las libertades individuales. La exclusión social ocasiona estigmatización, segregación y discriminación que conduce al establecimiento de estereotipos negativos que alimentan el ciclo de la marginación. Las personas con discapacidad psicosocial y/o personas con problemas de salud mental siguen encontrando barreras que les impiden participar en igualdad de condiciones con el resto de la sociedad y se siguen vulnerando sus derechos humanos. Para ello es importante ponderar su autonomía e independencia, tanto individual como colectiva, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones y su participación plena en la comunidad. Este derecho debe hacerse efectivo en los diversos contextos en los que nos relacionamos: civiles, económicos, políticos, sociales y culturales.

Los Estados Parte que ratificaron la Convención han de asegurarse de que las personas con discapacidad psicosocial (personas con problemas de salud mental) tengan la oportunidad de ejercer el control sobre la manera en que quieren vivir, en base a su proyecto de vida. Para ello, las personas contarán con formas de apoyo que potencien el pleno ejercicio de sus derechos, como la asistencia personal

Podríamos definir la asistencia personal como un servicio profesionalizado de apoyo a las personas para desarrollar su proyecto de vida conforme a sus necesidades, intereses y expectativas. El fin de la asistencia personal es promover la vida independiente, promocionar su autonomía personal, facilitar su inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento de ella. Mediante esta figura las personas asumirán plena responsabilidad y control sobre su propia vida. La asistencia personal ofrece apoyos ajustados, flexibles, personalizados, respetuosos, en base

a las necesidades de las personas. En definitiva, es un Derecho Humano reconocido por la Convención.



La asistencia personal basada en el proyecto de vida de las personas es inclusiva, hace efectiva la autodeterminación, asume responsabilidades y riesgos, permite a la persona ser protagonista de su propia vida y está centrada en apoyos ajustados a sus necesidades, sin restricciones ni limitaciones. En cuanto a esto último, cualquier persona que tenga necesidad de apoyos en las actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales y realización de actividades más avanzadas de la vida diaria, tiene derecho a un Servicio de asistencia personal para poder llevarlas a cabo

en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía.

Una persona con problemas de salud mental puede tener diferentes necesidades de apoyo. Algunas personas pueden necesitar apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es posible que otras solo requieran soporte un par de horas por día. Habrá quien necesite la asistencia personal por la tarde y habrá quien la precise por la mañana. Decidir la duración y los horarios en los que se presta la asistencia personal es, por tanto, otro elemento importante de la asistencia personal. Una buena asistencia personal también tiene que brindar apoyo donde quiera que la persona lo desee, ya sea en una casa o apartamento, una carpa en la playa o una casa de tres pisos en el bosque.

En cuanto a las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial que viven en el medio rural, la Convención anima a los Estados Parte a apoyar la participación e inclusión en la comunidad en todos aquellos aspectos que les concierne, ya sea en aspectos de su vida privada o pública. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que solo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

Vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son condiciones indispensables de la dignidad humana y el libre desarrollo de la persona. Nuestro colectivo podrá hacerlo a través de escoger libremente su residencia, circular libremente, tener un nivel de vida adecuado y hacer entender sus propias preferencias, opciones y decisiones. El derecho a vivir de manera independiente remite a una dimensión individual, como un derecho a la propia emancipación;

y ser incluido o incluida en la comunidad entraña una dimensión social creando entornos inclusivos.

Los marcos teórico, práctico y legal de la asistencia personal han cambiado significativamente durante las últimas tres décadas. Está fuertemente conectado con el impacto de la actividad de activistas y académicos de estudios sobre discapacidad, la influencia del Movimiento de Vida Independiente global y el desarrollo del marco teórico de la ética feminista del cuidado y la ontología relacional (Kunt, 2021)³⁰. Por lo tanto, necesitamos deconstruir el significado de dependencia y centrarnos en el fenómeno de la relación (Benjamin, 2015)²⁶.

Dada la situación actual, la autodeterminación de las personas está aún muy lejos de alcanzarse, ya que la mayoría tiene que depender de familiares, personas cuidadoras y servicios sociosanitarios alineados con el modelo médico de la discapacidad. Para muchas personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial, los servicios de atención insuficientes socavan su derecho a la Vida Independiente.

La Comisión Europea aconseja a los gobiernos que instalen esquemas de asistencia personal que tengan los recursos para apoyar a TODAS las personas que lo necesiten. Dichos esquemas deben cumplir los siguientes criterios cualitativos (Red Europea sobre Vida Independiente-ENIL)³¹:

- ✓ La asistencia personal debe reconocerse como un derecho y debe proporcionarse de acuerdo con estándares uniformemente altos.
- ✓ Falta una adecuación de los sistemas de apoyo y protección social para garantizar una forma de vida independiente en la comunidad.
- ✓ Las personas con discapacidad psicosocial y/o personas con problemas de salud mental en entornos de atención residencial deben recibir apoyo activo y disponibilidad de asistencia personal.
- ✓ La financiación del servicio de asistencia personal tiene que permitir a las personas usuarias cubrir todas sus necesidades en la práctica mediante pago directo.
- ✓ Las evaluaciones de elegibilidad y necesidades deben ser dirigidas por la persona usuaria y asistidas por pares y profesionales.
- ✓ El número de horas del servicio de asistencia personal debe ser ilimitado y depender únicamente de las necesidades individuales.
- ✓ Las personas que reciben los apoyos de la asistencia personal deben poder mantener su asistencia cuando se mueven entre Comunidades Autónomas o entre países.

³⁰ Kunt, Z. (2021). [Personal Assistance in the Context of Disability Studies and Cultural Anthropology](#). *Hungarian Journal of Disability Studies & Special Education*, 2021/2, pp. 18-24.

³¹ [European Network on independent living](#).

- ✓ Las personas que reciben los apoyos de la asistencia personal necesitan tener acceso al apoyo de pares.
- ✓ Las personas que reciben los apoyos de la asistencia personal deben poder seleccionar y contratar a sus asistentes personales.
- ✓ Las actitudes negativas, estigmas y estereotipos impiden a las personas con problemas de salud mental ser incluidas en la comunidad y acceder a los servicios de apoyo disponibles.
- ✓ Los/as asistentes personales no deben pagar tasas de admisión a actividades culturales y recreativas.

La Estrategia Europea de Cuidados de Larga Duración establece que los servicios basados en la comunidad son preferibles a los centros residenciales. Al mismo tiempo, abarca *“los entornos de atención innovadores, como la vivienda compartida, donde las personas con necesidades de atención a largo plazo comparten los servicios de atención y apoyo doméstico apoyando la vida independiente”*. La vida independiente y la inclusión en la comunidad se refieren a escenarios de vida fuera de las instituciones residenciales de todo tipo.

La Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad prohíbe todas las inversiones en instituciones y exige la redirección de todos los fondos hacia la creación de servicios de apoyo basados en la comunidad. No es aceptable invertir los fondos obtenidos en la creación de instituciones o lugares de internamiento que conducen a la segregación y al aislamiento de las personas.

La asistencia personal, los servicios de atención domiciliaria, el apoyo entre pares o el acceso a la atención médica, la vivienda, la educación y el empleo son ejemplos de servicios comunitarios generales clave que requieren inversión. La validez sistemática del derecho a vivir de forma independiente en la comunidad exige cambios estructurales, lo que implica la desinstitucionalización en todas sus formas. Habida cuenta de que las instituciones tienden a aislar a quienes residen en ellas del resto de la comunidad, es obligación de los Estados Parte denunciar estos obstáculos y asegurar una solución.

La asistencia personal, diseñada de acuerdo con el modelo de derechos humanos, empodera a las personas y es el ingrediente clave del apoyo basado en la comunidad. Para aumentar la prevalencia de la asistencia personal, la Unión Europea y sus estados miembros deben ajustar sus inversiones. En lugar de estar obligadas a vivir en entornos institucionales como hogares de personas mayores u hospitales y/o residencias psiquiátricas, las personas tienen el derecho inalienable de vivir de forma independiente en la comunidad, ejerciendo la misma autodeterminación y autonomía que todos los demás miembros de la sociedad.

El cambio de paradigma de la desinstitucionalización no significa en modo alguno que las personas con discapacidad deban vivir solas y sin apoyo. El artículo 19 especifica que, en lugar de vivir como receptores pasivos de atención en instituciones, *“las personas con discapacidad*

tienen acceso a una variedad de servicios de apoyo en el hogar, residenciales y comunitarios, incluida la asistencia personal". Por lo tanto, la desinstitucionalización tiene dos elementos esenciales: **1.** La reducción de plazas en las instituciones con salidas a servicios médicos de la Seguridad Social y **2.** La ampliación de la prestación de apoyo a las personas con discapacidad a través de servicios comunitarios, como la asistencia personal. Cualquier forma institucional de servicios de apoyo que segregue y limite la autonomía personal es contraria a la Convención.

Para garantizar la transferencia a la comunidad es necesaria la disponibilidad de un número suficiente de viviendas accesibles y asequibles. Estas viviendas no deben estar supeditadas a exigencias que reduzcan la autonomía personal y la vida de manera independiente en la comunidad. Asimismo, es necesario prestar atención y apoyo mediante la asistencia personal durante las hospitalizaciones, operaciones quirúrgicas y consultas médicas, tanto en hospitales como en el domicilio.



El ingrediente clave de los servicios basados en la comunidad es el acceso a la asistencia personal. Este servicio de apoyo debe ser disponible, accesible, asequible, aceptable y adaptable para todas las personas. Los/as asistentes personales brindan apoyo directo e individual a las personas, lo que les permite lograr la misma gama de autodeterminación, oportunidades y actividades que una persona sin discapacidad, tanto en el hogar como en la comunidad. Brindan apoyo personalizado a una persona en todas las áreas de la vida, según sea necesario, durante el tiempo que sea necesario al día. Esto puede implicar actividades como vestirse, cocinar, leer, conducir, bañarse, cuidar a los hijos e hijas; y actividades espontáneas como un viaje de negocios, arreglar el jardín, unirse a una clase de educación o visitar amistades. Esto también puede implicar actividades relacionadas con la salud y la higiene.

Para que el Servicio de asistencia personal esté alineado con la Convención, la persona debe tener la opción de decidir quién brinda la asistencia, qué se hace, cuándo, dónde y cómo. Tener un control completo sobre el 'quién', también implica el control sobre el 'cuál'. Actuando como alguien que está contratando a una persona como asistente personal o delegando tareas a una entidad del Tercer Sector de acción social, la persona con problemas de salud mental conserva el poder de decidir qué tareas debe realizar y cuándo.

9.2. Buena práctica

9.2.1. Estudio sobre el Servicio de asistencia personal de la asociación Salud Mental Ávila FAEMA: metodología Retorno Social de la Inversión (SROI)

La concienciación es esencial para crear comunidades abiertas, propicias e inclusivas. Es fundamental a la hora de erradicar estigmas y prejuicios a los que se han visto sometidas las personas de nuestro colectivo. Es importante fomentar una imagen positiva, la contribución que pueden hacer a la sociedad y erradicar ideas erróneas que impiden desarrollarse como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

Para influir y participar en las decisiones que repercuten en el desarrollo de la comunidad, las personas con problemas de salud mental deberán ejercer su derecho en la vida política, pública, cultural, durante el esparcimiento y el deporte. Los y las asistentes personales contribuyen a una vida inclusiva en la comunidad de acuerdo con la voluntad y las preferencias de nuestro colectivo.

Para evidenciar el Servicio de asistencia personal, la Federación Salud Mental Castilla y León ha efectuado un estudio mediante la metodología Retorno Social de la Inversión (SROI), para medir el impacto social y económico del servicio, lo que nos proporcionará información vital para contribuir al avance de la innovación social.

El presente estudio tiene como objeto conocer el impacto socioeconómico del Servicio de asistencia personal implantado en la asociación Salud Mental Ávila FAEMA, que se concreta en una ratio que compara el valor del servicio y la inversión necesaria para alcanzar ese impacto.

El estudio se estructura en dos grandes apartados:

El primero trata de analizar el marco conceptual de la asistencia personal desde tres perspectivas distintas: como servicio, como Derecho Humano y como Prestación Económica, para inmediatamente después exponer cómo se desarrolla en el ámbito de la Salud Mental, resaltando tres realidades características de la zona: la asistencia personal en el medio rural; la asistencia personal según la metodología de apoyo de pares y la asistencia personal como apoyo en decisiones judiciales. También, han hecho un análisis pormenorizado del servicio de asistencia personal que lleva a cabo FAEMA, es decir, se ha analizado la situación y las casuísticas distintas, tanto de los y las asistentes personales como de las personas que reciben los apoyos (edad, estudios, discapacidad, vivienda, etc.).

El segundo apartado está íntegramente dedicado a la exposición del trabajo empírico, realizado a través de la metodología Retorno Social de la Inversión (SROI), para determinar el impacto social y económico que tiene el servicio en la Asociación de Salud Mental FAEMA. El estudio se

cierra con la presentación de las conclusiones y los hallazgos más significativos, resultantes de la triangulación entre el marco teórico, las evidencias empíricas y los resultados obtenidos.

Los resultados extraíbles se han obtenido mediante el uso de técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa, tales como:

- ✓ Análisis y valoración de referencias de otros estudios disponibles sobre el impacto y retorno de la inversión en programas para personas con discapacidad.
- ✓ Encuestas dirigidas a la persona coordinadora del servicio de asistencia personal para conocer el perfil sociodemográfico de las personas beneficiarias.
- ✓ Análisis de los datos de carácter económico-financiero y de recursos humanos aportados por la entidad.
- ✓ Entrevistas a los distintos *stakeholders* con el fin de conocer y valorar la importancia de los cambios percibidos durante la prestación del servicio.

El estudio se centra en el año 2020, en el que FAEMA contaba con 141 personas que recibían el servicio de asistencia personal, de las cuales, 74 eran mujeres y 67, hombres.

De estas 141 personas, 73 viven en el medio rural y 68 en Ávila capital. Como se mencionaba anteriormente, el trabajo incidió de manera importante en el medio rural. Por ello, los y las asistentes personales que dan cobertura en son personas de la zona, lo que contribuye a asentar población mediante la creación de empleo y acercar servicios de proximidad.

De las 141 personas beneficiarias del servicio, 121 viven en sus domicilios, 80 de ellas conviven con algún familiar y 41 viven solas; las otras 20 personas residen en las viviendas que supervisa la entidad.



Un dato curioso es que no todas cuentan con certificado de discapacidad, algo muy característico de la salud mental, y tampoco todas están valoradas y asignadas un grado de dependencia.

En el año 2020, FAEMA contaba con 56 asistentes personales, 51 eran mujeres y 5 eran hombres. Principalmente, la mayoría con estudios primarios.

De estas 56 asistentes personales, 34 trabajan en el medio rural, dando cobertura y apoyo a las 73 personas que reciben el servicio y viven en el medio rural, y 22 lo hacen en Ávila capital.

En cuanto a la metodología, el Retorno Social de la Inversión consta de 6 etapas:

ETAPA 1.- Establecer el ámbito de actuación e identificar a los *stakeholders*.

Medir e identificar a los principales agentes de interés e involucrados en la acción.

Medir el impacto social y económico del servicio de asistencia personal de la Asociación de Salud Mental de Ávila (FAEMA).

Los principales grupos de interés los conforman aquellas personas y/o entidades públicas y privadas que experimentan cambios como consecuencia del servicio. En este caso, los principales agentes son: Administración General del Estado, Administración autonómica, Asociación FAEMA, Asistentes personales, personas que reciben los apoyos y el entorno familiar.

ETAPA 2.- Dibujar el mapa de impacto.

En la construcción del Mapa de Alcances se atiende a la participación de cada uno de los *stakeholders*, en relación con los recursos económicos y humanos invertidos, las actividades llevadas a cabo y los resultados identificados. Es decir, se especifica: la inversión realizada por cada uno de los *stakeholders*, las actividades de forma cuantitativa que pueden llevarse a cabo con esa inversión y los cambios resultantes de la actividad.

ETAPA 3.- Evidenciar los impactos y darles valor.

Una vez identificados los alcances o impactos sobre los principales agentes del servicio, el siguiente paso trata de definir uno o más indicadores por cada uno de los alcances, para posteriormente asignarles un valor o proxy financiero. Los indicadores son formas de saber si los cambios se han producido y en qué medida. A su vez, los proxy elegidos para la valoración de los impactos son tan solo una estimación lo más cercana posible al valor social, al entrañar algunos impactos un carácter intangible.

ETAPA 4.- Cuantificación del impacto social.

El siguiente paso es establecer o cuantificar el impacto social, lo que ayudará a valorar los efectos del servicio de asistencia personal y a determinar en qué medida los resultados identificados se deben al servicio. Para ello se lleva a cabo dos acciones:

Determinación de los correctores de peso muerto (*deadweight*-qué parte del cambio habría ocurrido igualmente sin el servicio) y atribución (*attribution*-parte del cambio que, en realidad, es mérito de otras entidades o iniciativas). Existe otro corrector que es el deterioro (*drop off*) que atiende al % de pérdida del cambio un año después de la introducción del servicio. Este

último corrector no incide en el cálculo total del impacto por lo que al no haber pasado un año del estudio no se tiene en cuenta.

Cálculo del impacto social de cada indicador: multiplicación del valor del *financial proxy* por la cantidad del *outcome* (unidades), menos los factores correctores (peso muerto y atribución).

ETAPA 5.- Calcular la ratio SROI.

Una vez depurados y cuantificados los impactos generados por el Servicio de Asistencia personal durante los doce meses del año 2020, se procede al cálculo de la ratio SROI, realizando una división entre el valor actual calculado (valor actual total del impacto) y el total de la inversión realizada.

Ratio SROI= (VALOR ACTUAL) / (VALOR DE LOS INPUTS)

Dentro de esta etapa, es conveniente realizar una última comprobación previa llamada “análisis de sensibilidad”. Después de calcular la ratio, es importante evaluar hasta qué nivel cambiarían sus resultados si se cambiara alguno de los supuestos realizados en las etapas anteriores. Este análisis permitirá determinar cuánto debería cambiar cada aspecto estimado durante los pasos previos para lograr que la ratio SROI se convierta en 1:1.

ETAPA 6.- Reportar y usar.

En este tipo de estudios es fundamental la implicación y participación de los principales agentes de interés, por lo que durante el proceso se ha mantenido *feedback*, atendiendo e incorporando sus opiniones donde tenían cabida.

Como toda investigación social, el informe final debe ser compartido con todos los *stakeholders*, principalmente con la Administración Pública, con el afán de contribuir a mejorar el diseño de las políticas sociales.

En cuanto a los resultados, por cada 1 euro invertido en el servicio de asistencia personal para personas con problemas de salud mental gestionado por la Asociación FAEMA, se ha conseguido retornar a la sociedad 3,59 € en concepto de valor socio-económico.

En la siguiente tabla se desglosa la valoración del retorno social según los grupos de interés más relevantes:

Grupos de interés	Importe del impacto	Impacto por grupo	% por Stakeholder
Administración General del Estado	144.705,08€	1,01€	28,18%
FAEMA	6.354,00€	0,04€	1,24%

Personas que reciben los apoyos	261.849,57€	1,84€	50,99%
Asistentes personales	15.135,15€	0,10€	2,95%
Entorno familiar	85.135,15€	0,60€	16,58%
Impacto económico y social total que retorna a la sociedad	513.532,87€	3,59€	100%

Conclusiones

La conclusión principal es que el servicio de asistencia personal no solo tiene un importante impacto sobre las personas a las que proporciona apoyo, su población diana, sino que demuestra la capacidad de influir e incidir sobre otros agentes.

En cuanto a la población diana, es decir, las personas con problemas de salud mental, más de la mitad del impacto total generado (50,99%) se concentra en ellas, resultando ser el agente más beneficiado. Las mejoras que el servicio reporta al colectivo inciden en distintos aspectos como: mejora de competencias y habilidades, optimización de la gestión del tiempo, y posibilidad de alcanzar inclusión social y comunitaria, entre otras, convirtiéndose en una inversión socialmente rentable.

Las personas entrevistadas declararon haber mejorado en su autonomía personal, en la toma de decisiones, en la mejora de las relaciones con sus familiares y en querer seguir viviendo en su entorno. Por las características que presenta el colectivo, contar con el servicio de asistencia personal les proporciona tranquilidad y seguridad para la realización de las gestiones de la vida diaria. No obviemos que la asistencia personal se ha configurado como un derecho avalado por la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Mediante este servicio, se obtiene el derecho a acceder a una vida digna y a participar en la comunidad en igualdad de oportunidades. Vivir con dignidad y autodeterminación no debe ser algo benéfico o tácito, sino una única opción.

Por otra parte, la Administración General del Estado es el segundo agente beneficiado del impacto total del servicio (28,18%), a través de los ingresos directos por las cotizaciones de la Seguridad Social, el IRPF de los asistentes personales contratados y el ahorro en las prestaciones económicas de desempleo. Asimismo, aunque no se ha cuantificado por no haber evidencias claras, se intuye el ahorro en servicios sanitarios como consecuencia del aumento del bienestar y la autonomía de las personas que reciben el apoyo del servicio.

Otro de los agentes que ha repercutido muy positivamente ha sido el entorno familiar. Este grupo acumula un 16,58% del impacto social y económico. Las personas que componen la familia optimizan el tiempo de descarga para recuperar su vida ausentada por la atención prestada a sus familiares, por las oportunidades de acceso a un empleo y la disposición de más tiempo libre para su cuidado personal y ocio. En suma, mejoran la calidad de vida.

En el caso de la propia organización y de las y los asistentes personales, los análisis de los datos han revelado que, en términos económicos, el impacto no ha sido tan relevante como cabía esperar. Sin embargo, desde un punto de vista cualitativo, el servicio de asistencia personal ha supuesto para la entidad una apertura de miras, ha servido para ampliar su cartera de servicios, es un instrumento muy importante para el éxito en la recuperación del proyecto de vida de las personas que reciben los apoyos, contribuye en la consecución de la misión de la organización y se adecua a los preceptos de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Y las personas que ejercen la asistencia personal, en la mayoría de los casos, se han beneficiado en la obtención de un empleo, y según la opinión de las personas entrevistadas, es un empleo que les satisface tanto a nivel laboral como personal.

En conclusión, el servicio de asistencia personal gestionado por FAEMA da un retorno en términos sociales y económicos muy superior al invertido. Los presentes resultados son una oportunidad para sensibilizar y dar a conocer este recurso entre la población en general, y las personas profesionales del ámbito de la atención social y de atención sociosanitaria en particular, así como para promocionar el valor social que genera este servicio dirigido a lograr la autonomía personal y la inclusión comunitaria de las personas con problemas de salud mental.

En vista de los resultados, se hace necesaria una regulación formal de la asistencia personal como derecho de las personas que lo necesiten, evitando así la supeditación presupuestaria y la buena voluntad de la Administración Autonómica. La asistencia personal supone un yacimiento de empleo, por lo que su regulación y reconocimiento profesional permitirá mejorar las condiciones laborales de estos profesionales.

9.3. Recomendaciones

La asistencia personal es una herramienta social que trata de potenciar las capacidades y la autonomía de las personas, pero persigue incidir igualmente en las estructuras, en las instituciones y en las relaciones sociales que mediatizan su existencia. Las personas con discapacidad psicosocial quieren vivir en su entorno y tomar las riendas en todo lo que atañe a su proyecto de vida. La asistencia personal ha demostrado ser un recurso óptimo para alcanzar ese deseo. Por ello es necesario:

1. El desarrollo normativo sobre asistencia personal.
2. Orientar la asistencia personal a las necesidades e intensidades de las personas.

3. No limitar la actuación del servicio a la cuantía económica asignada, porque eso es limitar a la persona en su realización vital.
4. Sensibilizar a la sociedad de los beneficios del Servicio de Asistencia personal para contribuir a la desestigmatización.
5. Valorar que este es un yacimiento de empleo para el colectivo de personas con problemas de salud mental y/o personas con discapacidad psicosocial.
6. Valorar que el Servicio de asistencia personal consigue alcanzar el proyecto de vida de nuestro colectivo.
7. Ser conscientes de que el servicio mejora las condiciones laborales de las personas con problemas de salud mental (personas con discapacidad psicosocial).

10. EDUCACIÓN

Artículo 24 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a la educación, sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, para lo que los Estados habrán de asegurar un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida.

10.1. Buena práctica

10.1.1. Intervención psicosocial durante la erupción volcánica en Cumbre Vieja en la isla de La Palma³²

CREADORA: SALUD MENTAL LA PALMA

Como consecuencia de la erupción del volcán en Cumbre Vieja y tras la destrucción de varios centros educativos, desde SALUD MENTAL LA PALMA se ha pretendido:

Trabajar en las habilidades con las familias que se han visto afectadas emocional y psicológicamente, de manera que puedan desarrollar o seguir desarrollando su labor educativa dentro del ámbito familiar y que puedan realizar un seguimiento académico de sus menores.

Propiciar un seguimiento a dichas familias para que, cuando lo necesiten, puedan realizar acciones como la búsqueda activa de empleo, trámites administrativos, consultas en Psiquiatría, en Psicología, acompañamiento y mediación.

Al mismo tiempo posibilitar al alumnado un refuerzo y seguimiento de su desarrollo académico para que no se vea influido por el estado en el que ahora mismo se encuentran sus familiares directos. Para el profesorado, lo que se intenta es dar herramientas y una ayuda compensatoria, debido al nivel de desgaste sufrido, y que hace sospechar que también hay que cuidar su estado emocional y social.

Para ello, el proyecto ha llevado implícita la contratación de un perfil técnico, para realizar el seguimiento académico de las y los menores, así como hacer intervención terapéutica y mediación en los casos en que fuese necesario a lo largo de los meses. Adicionalmente en Salud

³² Salud Mental La Palma. [Intervención psicosocial durante la erupción volcánica en cumbre vieja en la isla de La Palma](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Mental La Palma se dispone de profesionales con capacitación, cualificación y experiencia para atender todo tipo de situaciones que puedan vivir docentes, familias y alumnado. Estos y estas profesionales cuentan con capacidad para intervenir psicosocialmente y atender psicológicamente a quien lo necesite. Hay que atender a esas personas que sienten que frenan, en cuanto a “cómo me siento”, “cuál es mi estado de ánimo”, “qué expectativas tengo”, etc.

Estamos ante un proyecto que, de alguna manera, es de continuidad. Es decir, es un proyecto innovador por la necesidad de trabajar en la salud mental de las personas afectadas por el volcán, pero contamos con una trayectoria que nos hace ver muy claros los objetivos en los que hay que incidir para mejorar la calidad de vida y frenar los procesos de mayor incidencia en la isla de La Palma.

Gracias a este proyecto, se ha ampliado el “Seguimiento académico” que desde hace más de 24 años se lleva realizando en la entidad. Antes solamente a los menores y ahora, continúa en toda la isla de La Palma, aunque en los centros afectados, este servicio se amplía a docentes y familiares. Calculan en SALUD MENTAL LA PALMA unos 100 alumnos y alumnas, 20 profesores y profesoras y unas 300 personas dentro de las familias.

El “seguimiento académico” en sí mismo es fácil de replicar por otras entidades. Lo importante es adaptarlo a ciertas circunstancias de catástrofes o de problemas sociales, que puedan requerir no solamente atender al alumnado, sino a sus familiares y docentes. Como ejemplos, los incendios que asolan nuestro país y las consecuencias que tienen en la población.

11. 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. La trampa de la positividad tóxica

Querer es poder, pensar en positivo pone al universo de tu parte, todo es cuestión de actitud... Estos y otros muchos como estos conforman la batería de mensajes “bienintencionados” que inundan redes sociales y medios de comunicación y que pueden convertirse en auténticas trampas para el bienestar psicológico de las personas. Es lo que la psicóloga forense Silvia Vidal denomina “*positividad tóxica*”. Se trata de un mensaje recurrente que se nutre en lo que se podría calificar de un discurso de la felicidad permanente que ha arraigado en nuestra sociedad

como un auténtico líquen y que deja todo un rastro de frustración cuando no se logra alcanzar el paraíso prometido. En definitiva, no es más que una versión transmutada de la cultura individualista que se ha reinstalado en nuestras vidas bajo una nueva forma que desactiva todo intento de regeneración realista en el que, más allá de lo individual, se requiere una transformación estructural.

No todo está en nuestras manos, pero nos hacen creer que sí, generando un campo abonado para que proliferen el estrés, la ansiedad o angustia, además sin derecho a quejarse, si logran convencerte de que lo tienes todo para ser feliz; pero no te informan de que la felicidad no es una forma de vida a alcanzar, sino un estado emocional más como otro cualquiera, propio del hecho de estar vivo. Todos los estados emocionales son válidos y de lo que se trata es de aprender a vivir con todos ellos, no generar conductas evitativas con respecto a aquellas emociones que, por decirlo de algún modo, no están tan bien vistas³³.

En el fondo late un sustancioso mercado. Como destaca en una entrevista para 'El País' Edgar Cabanas, doctor en Psicología y coautor del ensayo 'Happycracia: cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas', *"la industria de la felicidad es poderosísima, lucrativa e influyente"* y lo que hay detrás de todo esto es *"mucho sensación de culpa"*, porque *"si lo que te ofrecen es la idea de que la felicidad es una elección personal, te están diciendo que cualquier sufrimiento que tengas como la ansiedad o la depresión es culpa tuya. No hay autoayuda para problemas estructurales y colectivos"*³³. En su lugar, como ha señalado el psiquiatra Santiago Levín, se ha de poner el acento en la educación emocional para no terminar por patologizar la vida cotidiana y promover la resiliencia, tal y como apunta la pediatra especializada en salud mental infanto-juvenil en el Hospital San Juan de Dios de Lleida, Monserrat Esquerda, a fin de desarrollar y activar recursos individuales, comunitarios y existenciales para *"hacer frente a aquello que nos ocurre, a las adversidades o al trauma de una forma sana"*.



Sin embargo, esa cultura de la felicidad que se ha ido instalando en nuestras vidas y la falta de creación de tales recursos han generado una muy baja tolerancia a la frustración. La psiquiatra Rafaela Santos, presidenta del Instituto Español de Resiliencia, en una entrevista en NIUS, destacó que vivimos

mucho más enfocados en la resistencia al dolor y en tratar de evitar el sufrimiento que en aceptarlo y tratar de crecer en la adversidad: *"No podemos elegir lo que nos pasa en la vida,*

³³ Díaz, E. (9 de febrero, 2022). [La trampa de la positividad tóxica para nuestra salud mental: "Nos hacen creer que podemos con todo"](#). 20 Minutos.

pero sí podemos preguntarnos ¿cómo lo afronto?, ¿qué puedo aprender?, ¿qué hay oculto? Porque en toda adversidad hay como dos caras: una cara que es la que vemos, la fea, la que no me gusta, la que tengo que sufrir, pero luego siempre hay una cara oculta, que está escondida... ¡y ahí está el crecimiento! El sufrimiento, la adversidad, nos hace más humanos”³⁴.

11.1.2. La salud mental como reto en la era postpandemia

A pesar de que la pandemia ha puesto la salud mental en el foco, esto no se ha traducido en una apuesta fuerte por invertir en los recursos necesarios para paliar o eliminar los efectos que su pérdida producen en las personas. Los datos sobre el incremento de los problemas de salud mental de los últimos años son demoledores, lo que ha llevado a muchos expertos y expertas a referirse a ellos como una segunda pandemia tras la del COVID-19. Según cifras de la OMS, 300 millones de personas sufren depresión en el mundo, lo que representa un 4,4 % de la población mundial, y los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en 2030, ya que 1 de cada 4 personas de todo el mundo sufrirán un trastorno mental en algún momento de su vida.

En nuestro país, desde que empezó la pandemia, se calcula que un 6,4% de la población ha acudido a un profesional de la salud mental por depresión y ansiedad, en la mayoría de los casos, y en el transcurso del año 2020 se suicidaron un total de 3.941 personas, lo que representó, en ese momento, la cifra más alta de la historia según el Instituto Nacional de Estadística (INE); una cifra seguida creciendo en 2021 y 2022.

El perfil profesional de Atención Primaria, que es la primera puerta a la que llaman las personas que tienen un problema de salud mental, carece de recursos y tiempo para ofrecer una atención que necesita un abordaje mucho más amplio del que ahora mismo se puede ofrecer, y la derivación a la atención especializada psicológica y psiquiátrica se dilata en el tiempo. Esto es así no solo por las dilaciones en llegar a la detección, por las razones expuestas, sino también debido a la amplia lista de espera de entorno a los tres, cuatro meses o, incluso, más. Ante esta situación, la persona solo puede esperar, consumir psicofármacos recetados por el médico o la médica de cabecera, o recurrir a la sanidad privada, si tiene medios económicos para hacer frente a su coste^{35, 36}.

Ante este panorama, el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó en diciembre del 2021 la Estrategia de Salud Mental del SNS para el periodo 2022-2026, un documento de actuación para las Comunidades Autónomas en el que se señalan diez líneas

³⁴ Martitegui, A. (13 de febrero, 2022). [El riesgo de patologizar la vida cotidiana: sentirse triste no es una enfermedad mental](#). NIUS.

³⁵ Azpiroz, A. (5 de febrero, 2022). [Futuro incierto en la atención de la salud mental, pese a su protagonismo durante la pandemia](#). ConSalud.es.

³⁶ Las Claves del Siglo XXI. (11 de febrero, 2022). [El largo proceso para conseguir ayuda psicológica en la sanidad pública](#). Rtve play.

estratégicas, entre las que destacan, la Promoción de la salud mental de la población y la Prevención y atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario³⁶.

Sin embargo, la carencia de especialistas en el área pública de Salud Mental sigue siendo palmaria y, con ella, el incremento de un uso y abuso de psicofármacos para paliar los síntomas de trastornos que requerirían una intervención inmediata para evitar su evolución.

11.2. Denuncias

11.2.1. La desasistencia de la patología dual señala el camino a la prisión

Es una preocupación y queja reiterada de familiares y asociaciones de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, en 2022, el estado en el que se encuentra la atención a la salud mental de personas en prisión. En ella es común encontrarse con cuadros de trastorno mental y consumo de drogas que difícilmente van a encontrar un abordaje adecuado en un entorno que, según las personas expertas en la materia, es por sí mismo “iatrogénico”, es decir, provoca efectos adversos e indeseables en las personas afectadas.

Según advierte Alfredo Calcedo, médico especialista en Psiquiatría, profesor titular de la Universidad Complutense de Madrid y miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, en unas declaraciones realizadas para el diario El País: *“En un centro penitenciario hay unas normas regimentales que regulan la vida en prisión. Cuando hay alguien con un trastorno mental, no encaja porque la prisión es un sistema reeducativo, no de tratamiento de la salud mental. Y cuando uno no encaja, la respuesta es disciplinaria, no terapéutica. Y se atasca el problema”*.

Además, este experto ha afirmado, en este mismo medio, que el abordaje de los reclusos con problemas de salud mental en España es “lamentable”: *“Tenemos un sistema heredado de la época de Franco”*. A excepción de Cataluña – *“a años luz del resto de España en esto”*—, del País Vasco y Navarra, las competencias en materia de sanidad penitenciaria no están transferidas —aunque hay una ley de 2003 que lo obliga— y todo está en manos del Ministerio de Interior, siendo los recursos ofertados, absolutamente inadecuados e insuficientes, en opinión de las



personas expertas. Según esta misma publicación, en España hay más de 55.600 personas reclusas, de las cuales, según la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en personas internas en instituciones penitenciarias del Ministerio del Interior, casi el 30% han sido diagnosticadas alguna vez de un trastorno mental y el 28% está actualmente en tratamiento psiquiátrico. Además, una de cada cinco personas reclusas ha intentado quitarse la vida estando en prisión o en la calle³⁷.

En el Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes (CPT) del 14 al 28 de septiembre de 2020, se ha alertado de la carencia de psiquiatras y profesionales de la sanidad en las prisiones y se instó, entre otros aspectos, al traslado de las competencias en materia sanitaria de las prisiones al Sistema Nacional de Salud³⁸. En lugar de esto, la solución que prepara el Ministerio del Interior es la creación de un macro psiquiátrico penitenciario con cabida para 500 personas, cuya ubicación se prevé en Siete Aguas (Valencia). Es decir, nada acorde con lo expuesto en el mencionado informe y la opinión general de personas expertas y entidades que trabajan sobre el terreno; y todo ello, tras haber pasado por una reforma psiquiátrica que condujo al cierre de los manicomios a finales del pasado siglo.

En este sentido, las asociaciones Katearen Loturak de Guipúzcoa, Salhaketa Araba en Álava, Afapd Barcelona y Aspadif en Ibiza-Formentera, preocupadas por la situación de las personas con patología dual (cuadro médico que presentan las personas que sufren alguna adicción y un problema de salud mental) que se encuentran en prisión y sus familiares, han enviado un escrito al Defensor del Pueblo para reclamar su tratamiento fuera del ámbito penitenciario, que es lo que necesitan, y es acorde con un enfoque de derechos humanos. Desde estas entidades se denuncia que *“las personas internas en los centros penitenciarios padecen una situación de casi abandono”* y advierten de que la patología dual exige una capacidad de adaptación muy importante y la implicación de varios ámbitos asistenciales, por lo que la prisión no es el recurso adecuado para su abordaje y se incide en que estas personas sufren déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente y necesitan terapias biopsicosociales complementarias, presentando también una mayor dificultad para relacionarse adecuadamente, perdiendo las redes sociales y generando una dependencia muy elevada que no se puede atender en un centro penitenciario. También la asociación Petales de Aragón ha

³⁷ El País. (4 de septiembre, 2022). [Salud mental en prisión: “Alguien con un trastorno psiquiátrico no encaja y se atasca el problema”](#). El País.

³⁸ Comité europeo para la prevención de la tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes (CPT). (2021). [Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes \(CPT\) del 14 al 28 de septiembre de 2020](#).

reclamado una atención psiquiátrica acorde a las necesidades de estas personas, con firmas remitidas al Defensor del Pueblo³⁹.

La Federación Salud Mental Euskadi, en su informe presentado ante la Comisión del Parlamento Vasco el pasado mayo de 2022, denunció situación de personas que sufren patología dual (trastorno mental y adicciones). Se indicaba la falta de respuestas de los sistemas social y sanitario para estas personas. Ante la falta de respuesta, muchas de estas personas acaban en el sistema judicial y muchas de ellas acaban en prisión¹⁶.

En el **“Informe de Intervención en ámbito penitenciario”**, emitido en 2022 por SALUD MENTAL ESPAÑA, se han analizado las principales vulneraciones de los derechos humanos en instituciones Penitenciarias, que tienen un importante impacto en la salud mental de las personas internas, destacando las siguientes⁴⁰:

- Arraigo del estigma, prejuicios y estereotipos que producen discriminación y/o exclusión por tener problema de salud mental.
- Anulación de la voluntad de la persona, no se la incluye o tiene en cuenta (incapacidad para tomar decisiones sobre su proyecto vital).
- Mala o inexistente derivación.
- Apatía, abulia o ignorancia.
- Mala información sobre los recursos sociosanitarios.
- Falta de diagnóstico en salud mental.
- Falta de atención sanitaria y psiquiátrica especializada, así como su seguimiento.
- Sobremedicación y/o tratamiento sin revisión periódica.
- Maltrato psicológico y verbal, trato denigrante por parte de otros y otras profesionales y/o personas internas.
- Dificultad para disfrutar de medidas de reinserción (permisos, salidas, etc.) por carecer en un gran número de casos de redes de apoyo sociofamiliares.
- En ocasiones, ausencia de intimidad y malas condiciones de higiene.
- Dejadez por parte de profesionales y funcionariado sobrecargado y desmotivado.
- Incapacidad judicial o defensa no justa de su causa.
- Infantilización, falta de información.

El citado informe indica que los criterios de admisión en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM) deberían modificarse para incluir los casos de personas con trastornos de la personalidad o con patología dual que en algunos casos no se incluyen.

³⁹ Heraldo de Aragón. (21 de septiembre, 2022). [La prisión no es el lugar adecuado para abordar la enfermedad mental](#). *Heraldo de Aragón*.

⁴⁰ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2022). *Informe de Intervención en ámbito penitenciario*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

En definitiva, la patología dual es una situación clínica de una gran trascendencia, no solo por la creciente frecuencia en la sociedad actual, sino también por la necesidad de formación a profesionales de los diferentes dispositivos y la escasez de recursos en los que se abordan este tipo de casos integralmente. Por lo tanto, la intervención integral con aquellas personas que, además de problemas de salud mental, también tienen adicciones, especialmente debido a la relación bidireccional de ambas situaciones, es una necesidad acuciante cuya no satisfacción implica una grave vulneración de derechos humanos⁴¹.

12. DERECHO AL TRABAJO Y EMPLEO

Artículo 26 CDPD

Este precepto regula el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás. Esto incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.

12.1. Aspectos a tener en cuenta

12.1.1. El ambiente laboral como fuente de problemas de salud mental

Es una preocupación y queja reiterada de familiares y asociaciones de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, en 2022, el estado en el que se encuentra la atención a la salud mental de personas en prisión. En ella es común encontrarse con cuadros de trastorno mental y consumo de drogas que difícilmente van a encontrar un abordaje adecuado en un entorno que, según las personas expertas en la materia, es por sí mismo “iatrogénico”, es decir, provoca efectos adversos e indeseables en las personas afectadas.

En una sociedad cada vez más competitiva y demandante, un ambiente laboral tóxico es altamente perjudicial para la salud mental y, entre otros efectos, produce un aumento de personas que acuden a las consultas psicológicas por problemas en el trabajo. En el caso de las mujeres, la situación puede complicarse aún más en los procesos de embarazo y maternidad, cuando la falta de adopción de medidas en el lugar de trabajo puede terminar por apartarlas del entorno laboral.

⁴¹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2020). [Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Estos contextos, unidos a una crisis económica donde es más complicado acceder al mercado laboral, favorecen claramente el incremento de los casos de *mobbing*⁴².

Sin embargo, no se puede obviar el hecho de que las empresas tengan su principal foco situado en el aumento de la productividad. Ahora bien, según una investigación académica recién publicada por el sociólogo Oscar Pérez Zapata, de la Universidad Pontificia Comillas y la Universidad Carlos III de Madrid, y la psicóloga Gloria Álvarez Hernández, adscrita a esta última, la dinámica de obtener más beneficio sin aumentar ni el número de empleados ni las horas parece que no está logrando su objetivo. Concluye este estudio que asegurar unas condiciones de empleo adecuadas podría reducir un 60% los casos de mala salud mental de las trabajadoras y un 80% los casos de los trabajadores; la razón no es otra que el trabajo es el causante de estos problemas.

Cuando se sobrepasa la exigencia más de lo razonable, llega un punto en que ya no es rentable ni para la persona trabajadora ni para la empresa, y si no se adoptan medidas, esto tiene una clara repercusión en el incremento de las bajas laborales, siendo los trastornos mentales uno de los principales motivos. De hecho, analizando las bajas más graves, que serían las que llegan a 12 meses, los trastornos mentales son los segundos más habituales (el 15% del total, solo por detrás de los problemas musculoesqueléticos).



Como ha publicado el diario El Independiente, la EPA británica, donde se incluyen preguntas sobre salud mental -a diferencia de la encuesta anual española-, señala que los problemas de salud mental en el trabajo han crecido en los últimos años, hasta el punto de que ya suponen más de la mitad de las enfermedades relacionadas con el mundo laboral y de los días de baja. Entre los principales causantes, las presiones relacionadas con las cargas de trabajo, los plazos ajustados y un exceso de responsabilidad.

Todo esto, si no se adoptan medidas, genera daños que no solo alcanzan al personal empleado, sino también a las empresas, tanto a nivel económico como organizativo, generando, a su vez, un coste a la Seguridad Social que se podría haber prevenido y no se hace, porque no hay trazabilidad de quién lo provoca. Todavía no existe una herramienta oficial para medir la

⁴² Domínguez Torres, A. (6 de febrero, 2022). [La salud mental en el entorno laboral: "Creí que no valía"](#). *Canarias Ahora*.

procedencia de los problemas de salud mental en este ámbito, como controles a las empresas. relativos al número de personas que enferman, estandarizados para que puedan ser comparables, al igual que se hace con la información financiera, y estableciendo multas en caso de sobrepasar ciertos límites preestablecidos. Esta información no solo es útil para los poderes públicos, sino también para los potenciales trabajadores y trabajadoras, que contarían con información para, en su caso, evitar empresas donde la afluencia de bajas es especialmente alta⁴³.

12.1.2. Un mercado de trabajo accesible para las personas con problemas de salud mental

Pese al desarrollo a nivel internacional de multitud de instrumentos de protección, el colectivo de personas con problemas de salud mental es el que tiene la tasa de empleo más baja de toda la discapacidad.

El trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación y, además, para las personas con problemas de salud mental tiene una función terapéutica, desplazando el rol de “enfermo” por el rol de “trabajador”. Un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para obtener un empleo, sin embargo, la baja inserción laboral de las personas con trastorno mental es una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, fruto en gran medida de los prejuicios de muchas empresas y Administraciones públicas. Las personas con problemas de salud mental, igual que cualquier otra persona, tienen habilidades, capacidades y destrezas. Muchas veces, lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas y en el camino hacia su recuperación se encuentran numerosos obstáculos y barreras, muchas de ellas basadas en prejuicios y falsos mitos. Estas barreras suelen ser invisibles.

Así, 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 y detectando y controlando factores de riesgo (como la carga y las horas de trabajo), que solo puede hacerse por la cultura de la empresa.

De ahí la importancia de promover ese cambio cultural a través de los correspondientes incentivos. Es a través de previsiones como las expuestas en la observación presentada, cómo las políticas activas de empleo se convierten en instrumentos para reducir las desigualdades sociales. Se trata de una inversión pública que genera un importante impacto social al contribuir al crecimiento sostenible, reduciendo el riesgo de pobreza y produciendo importantes retornos

⁴³ Asenjo Domínguez, A. (14 de febrero, 2022). [Las empresas pueden evitar el 60% de los problemas de salud mental de la población.](#) *El Independiente*.

económicos. Esto es especialmente considerable en el caso de las personas con problemas de salud mental, por cuanto el empleo contribuye a la construcción de un proyecto vital que es determinante en la recuperación de su salud y, por tanto, en la reducción del gasto sanitario, entre otros aspectos.

La empleabilidad de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) abarca un conjunto de competencias y cualificaciones que requieren toda una serie de recursos y apoyos específicos, sin los cuales sería imposible reforzar su capacidad para crear o aprovechar las oportunidades con miras a encontrar y conservar un trabajo decente, progresar profesionalmente y adaptarse a la evolución de la tecnología y de las condiciones del mercado de trabajo. Por eso, las herramientas de apoyo a la toma de decisiones para la mejora de la empleabilidad de las personas no solo se habrán de fundamentar en evidencias estadísticas para ser eficaces, sino en la experiencia constatada de las entidades representativas de personas pertenecientes a colectivos prioritarios.

Igualmente, por el mismo motivo, ha de suceder con la valoración de la actitud de las personas, que, sin disponer de los recursos y herramientas adecuados, será muy difícil que no se efectúe bajo la mirada sesgada del desconocimiento y los estereotipos, especialmente negativos en el caso de las personas con problemas de salud mental.

Por todo ello, solo podrá considerarse adecuada aquella colocación en la profesión demandada por la persona trabajadora, de acuerdo con su formación, características profesionales, experiencia previa o intereses laborales y también aquella que se corresponda con su profesión habitual o cualquier otra que se ajuste a sus aptitudes físicas, psicosociales y formativas, teniendo en cuenta las específicas circunstancias de la persona en el momento vital en el que se encuentre en el transcurso de su proceso de inserción en el mercado laboral.



Para lograrlo, se ha de asegurar una atención especializada de colectivos prioritarios para las políticas de empleo y la eliminación de cualquier discriminación, proporcionando políticas adecuadas de incorporación laboral dirigidas a los citados colectivos y, en particular, a las personas con discapacidad, sea esta física, mental, intelectual o sensorial.

En el caso de las personas con discapacidad, en particular, se promoverá entre otros aspectos la accesibilidad física, psicosocial, cognitiva y sensorial, una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental, una red de apoyos adecuada para cada caso, incluida la asistencia personal, según la metodología de apoyo de pares, y una interlocución fluida con las entidades representativas de cada tipo de discapacidad que favorezca la colaboración.

Esta colaboración se podrá concretar en el asesoramiento a las personas, empresas y demás entidades empleadoras, así como la prospección de necesidades del tejido productivo, promoviendo actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso y mantenimiento del empleo por parte de personas vulnerables. Como parte de este plan de actuaciones, se efectuará un análisis ambiental y se rediseñarán los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas y creando entornos más inclusivos para las personas con discapacidad.

Es fundamental contar, a estos efectos, con servicios y programas dirigidos a facilitar la formación del personal que atienda a las personas demandantes de empleo pertenecientes a colectivos prioritarios, a fin de que desarrollen la conciencia y habilidades necesarias para que su intervención sea eficaz. En particular, recibirán formación específica relacionada con los diferentes tipos de discapacidad, especialmente en relación con sus características y necesidades. El fin último es promover la concienciación y adquisición de las habilidades necesarias para que su intervención sea eficaz.

Sabemos que constituye un derecho y un deber de las personas demandantes de los servicios de empleo, como desarrollo del artículo 35 de la Constitución Española, el mantenimiento y mejora de su empleabilidad, lo cual ha de hacerse en consonancia con la obligación de los poderes públicos de realizar una política de inclusión de las personas con discapacidad, sea esta cual sea, prestándoles la atención especializada que requieran y amparando especialmente el disfrute de sus derechos conforme a lo dispuesto en el artículo 49 del mismo texto legal.

12.2. Denuncia

12.2.1. La discriminación laboral de las personas con discapacidad psicosocial alcanza cotas insostenibles

Ocho de cada diez personas con problemas de salud mental no tienen un trabajo. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en su informe «El empleo de las personas con discapacidad (EPD)» correspondiente al año 2021, **tan solo el 17,7% de las personas con discapacidad psicosocial tiene un empleo**. Esta cifra es seis décimas mayor que la del año anterior, 2020, que se situó en el 17,1%.

Desde SALUD MENTAL ESPAÑA entendemos que urge resolver las deficiencias de nuestro mercado de trabajo y adaptarlo a las nuevas realidades sociales, económicas y tecnológicas. Para abordar este reto con éxito, entre otros aspectos, es necesario reducir la tasa de desempleo y las brechas de género y hacerlo con una mirada amplia, que **no deje a nadie atrás**, especialmente a las personas más vulnerables.

Es importante que las distintas Administraciones públicas y los organismos y entidades colaboradoras dispongan y compartan información y datos adecuados, actualizados y desagregados por sexo, pero consideramos esencial que entre tales datos figure el **tipo de discapacidad**, porque la realidad de este colectivo es **multifacética**. Así, la generalización perjudicaría el impulso de políticas activas de empleo que se sostuvieran en datos objetivos, contrastados y lo suficientemente ajustados a la realidad que se pretende transformar, evitando **sesgos indeseables** de cara a alcanzar el deseado objetivo de mejorar la empleabilidad de las personas demandantes de los servicios de empleo y elevar sus posibilidades de acceso a un empleo digno, en especial si se trata de **personas pertenecientes a colectivos prioritarios como es el caso de las personas con discapacidad, en general, y con discapacidad psicosocial o problemas de salud mental, en particular**.

El **estigma** constituye una barrera invisible y, al tiempo, prácticamente imposible de sortear para las personas con problemas de salud mental. Constituye **uno de los mayores obstáculos** a los que se enfrentan las personas con problemas de salud mental en el entorno laboral. A su vez, la baja inserción laboral de este colectivo es una de las principales barreras para su inclusión social, debida, en gran medida, a los prejuicios que todavía muchas empresas y Administraciones públicas mantienen.

Según un informe⁴⁴, un 44,2% de las personas con problemas de salud mental aseguraba haber sufrido algún tipo de discriminación laboral y casi la mitad estarían dispuestas a aceptar “cualquier tipo de trabajo”. Por ello, es necesario sensibilizar al tejido empresarial para fomentar la contratación en la empresa ordinaria, apoyando la eliminación de mitos y estereotipos.

Es urgente mejorar, reforzar e impulsar medidas para que las personas con problemas de salud mental puedan trabajar y esto pasa por la formación, la adaptación del puesto de trabajo, cuotas de reserva de empleo, creación de cooperativas sociales, y entornos protegidos enfocados a la inclusión social.

12.3. Buenas prácticas

12.3.1. Campaña de sensibilización #EmplearSinBarreras

Bajo el **hashtag #EmplearSinBarreras**, la Confederación ha difundido esta campaña de sensibilización gracias a la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. **Nel González Zapico**, presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, ha subrayado que *“un año más, las personas con problemas de salud mental son las que más afectadas se ven por el desempleo*

⁴⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (1 de mayo, 2022). [Es urgente terminar con las inaceptables cifras de desempleo de las personas con problemas de salud mental](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

dentro del ámbito de la discapacidad”, por lo que “es urgente terminar con las inaceptables cifras de desempleo de las personas con problemas de salud mental”. Según el presidente de la Confederación, para ellas “el empleo es terapéutico y permite que su evolución mejore, que la persona se sienta útil y parte activa de la sociedad con capacidad para aportar y participar y se la vea, además, como ciudadana de pleno derecho”. González Zapico señala además la importancia de “potenciar la concienciación de la responsabilidad social y de las organizaciones respecto al bienestar psicológico en el lugar de trabajo”.

La Confederación reclama un sistema de apoyos y adaptaciones que haga valer el derecho al trabajo de las personas con trastorno mental. Además, la organización reivindica a la Administración pública que impulse con mayor fuerza políticas que favorezcan la transición desde el empleo protegido al empleo ordinario y alerta de que, para prevenir estos problemas, en los entornos laborales se debe cuidar la salud mental de todas las personas, y que se debe poder hablar de ello sin tabúes ni prejuicios.

12.3.2. Campaña de sensibilización “Trabajar sin máscaras, emplear sin barreras”

La campaña ‘**Trabajar sin máscaras, emplear sin barreras**’ tiene como fin es concienciar a las empresas, por un lado, de la importancia de implementar medidas en favor del bienestar emocional y una buena salud mental de los trabajadores y las trabajadoras, y por otro, de la importancia de cambiar el paradigma tradicional de contratación, abriendo sus puertas a las personas con problema de salud mental.

En el marco de esta campaña, en 2022 se realizaron varias iniciativas, como la representación de la obra de teatro ‘Click’ sobre la discriminación y el acoso laboral que reciben las personas con problemas de salud mental, una obra que fue llevada a cabo de la mano de la compañía de teatro La Rueda Teatro Social. Asimismo, otra de las actividades destacadas fue el evento realizado el pasado mes de octubre en el parque empresarial de Madrid La Finca CMS Business Park, una acción de calle para sensibilizar al tejido empresarial sobre la importancia del cuidado de la salud mental en los entornos laborales, que estuvo financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

12.3.3. Proyecto ‘Hub Genera. Faenando futuro’

La Confederación ha impulsado el proyecto ‘Hub Genera. Faenando futuro’, cuyo objetivo es crear o revitalizar la creación colectiva de empleo y autoempleo de mujeres rurales con discapacidad por trastorno mental y con problemas de salud mental a través de una forma de trabajar proactiva, interconectada e integral.

Se trata de un programa que cuenta con la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y se orienta a promover una cultura de emprendimiento cooperativo que se nutra y haga crecer el empleo y el autoempleo de las mujeres rurales con problemas de salud mental en su medio rural en el sector de los cuidados y de atención a las personas.

12.3.4. Estudio y ‘Guía de adaptaciones y buenas prácticas. Salud Mental y Bienestar en el Trabajo’⁴⁵

La Federación Salud Mental Castilla y León ha publicado esta guía, con el apoyo económico de Fundación ONCE, en el marco de su convocatoria general. Se trata de una publicación dirigida al tejido empresarial, cuyo fin es favorecer e impulsar la inclusión laboral de personas con discapacidad psicosocial o problemas de salud mental, mediante:

- La identificación de apoyos y ajustes para desarrollar su trabajo con normalidad, sin hacer un esfuerzo superior al de cualquier otra persona.
- Actuaciones de información y sensibilización al tejido empresarial para fomentar el bienestar psicosocial en las empresas.
- Cuestionarios. Junto a una serie de propuestas de adaptación del entorno laboral, la guía también incluye varios cuestionarios que permiten hacer una evaluación de cómo de accesible es la empresa para personas con problemas de salud mental.

Las conclusiones de esta guía indican que los ajustes deben girar en torno a la personalización y la flexibilidad, por lo general, son de bajo coste, y suelen beneficiar a toda la plantilla, con independencia de que las personas que la componen tengan o no discapacidad.

12.3.5. Proyecto “ASIEMPRENDEMOS: itinerarios sociolaborales contra el estigma en salud mental”⁴⁶

CREADORA: ASIEM SALUD MENTAL VALENCIA

Esta buena práctica persigue varios objetivos. El principal y más general es mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con un trastorno mental grave, a través de la experiencia, tanto laboral como formativa. Por otro lado, cumple el objetivo de empoderar a mujeres y jóvenes con dificultades de inserción sociolaboral, permitiéndoles una mayor independencia económica y un mayor acceso al conocimiento. Además, persigue romper el estereotipo de

⁴⁵ Federación Salud Mental Castilla y León (2021). [Salud Mental y Bienestar en el Trabajo: guía de adaptaciones y buenas prácticas](#). Federación Salud Mental Castilla y León.

⁴⁶ ASIEM Salud Mental Valencia. [Trabajamos, formamos, empleamos](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

personas con problemas de salud mental como personas disfuncionales, incapaces de tener una vida y objetivos personales propios.

En 2014 se pusieron en marcha en esta entidad las primeras acciones de inserción sociolaboral para personas con problemas de salud mental. Este proyecto se inicia impartiendo cursos y talleres de formación para el empleo, con el fin de que el alumnado asistente aumente sus oportunidades de encontrar un trabajo. Se realizó un seguimiento de itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas con discapacidad psicosocial.

Desde 2016 se ofertan acciones formativas cada año, tanto desde ASIEM, como en colaboración con otras entidades que permiten obtener un título oficial. La primera de estas acciones formativas fue 'Elaboración y tratamiento de productos en la industria alimentaria', seguida de 'Operaciones auxiliares de comercio y marketing', 'Limpieza de mobiliario y superficies en oficina' y 'Camareros de pisos'. Además, se puso en marcha un aula de estudio de 'Celadores' para preparar las oposiciones de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública.

Es a partir de 2019, con la puesta en marcha del proyecto 'En primera persona: expertas en salud mental', cuando se ofertan las capacitaciones profesionales de la rama sociosanitaria en instituciones sociales y a domicilio, acreditadas por LABORA. De forma transversal, todos los años se ofrecen los cursos de alfabetización digital, habilidades sociales, habilidades prelaborales, manejo de dispositivos móviles y portátiles, aspectos legales básicos de la inserción laboral y la formación continua de los/as TeAM (Técnicos y Técnicas de Apoyo Mutuo).

Especialmente importantes son los Técnicos y las Técnicas de Apoyo Mutuo. Estos son usuarios/as que han formalizado una relación laboral con ASIEM para aportar un acompañamiento integral en diferentes centros de salud mental pública a otras personas con problemas de salud mental.

Gracias a su bolsa de empleo para personas usuarias y a los itinerarios de inserción personalizados e individualizados, en ASIEM pueden contabilizar cuántas de ellas han pasado por su área de inserción y formación, y cuántas han obtenido los objetivos que se pretendían. La bolsa de empleo en 2016 estaba integrada por 48 personas. En 2020 superaron las 200 personas que acudieron a su área. De estas personas, el 32% eran mujeres y la media de edad estaba en 35 años, aproximadamente. En 2022 han atendido a 80 personas, de las cuales 29 están trabajando y el resto busca formación o ya la está cursando, estando, por entonces, su bolsa constituida por cerca de 300 personas con discapacidad psicosocial.

Desde ASIEM pueden decir que han empoderado a gran parte del colectivo, ayudándoles a obtener su independencia económica, salir de casa y tener sus propios objetivos a futuro. Además, gracias a este proyecto, las empresas de empleo ordinario y protegido han podido comprobar que ni el diagnóstico ni el nivel de porcentaje de discapacidad impide a las usuarias y usuarios tener una vida y un trabajo digno como el resto de personas, rompiendo el estigma que rodea al colectivo de salud mental.



De este modo, la mayoría de personas que van en busca de un empleo, aparte de mejorar su nivel económico, muchas veces necesitan sentirse útiles y válidas para la sociedad. El gran miedo de las personas con problemas de salud mental y desempleadas es “no servir de nada”. Queramos o no, el sistema en el que vivimos nos valida en función de lo que aportamos de forma laboral y económica: “Tanto haces, tanto

vales”. Gracias a este proyecto, casi 30 personas en este 2022 han encontrado trabajo, mejorando su calidad de vida, su nivel económico y la sensación de empoderamiento personal.

Otras muchas han pasado por las formaciones de ASIEM, así como formaciones externas que desde la propia entidad les han ayudado a encontrar y gestionar. Gracias a ello pueden avanzar en niveles superiores de formación, así como desenvolverse mejor y con más confianza en ciertos contextos que antes no les transmitían seguridad.

De forma colateral, estos pequeños avances tienen grandes resultados a diferentes niveles, como puede ser el familiar. La relación con la familia puede estrecharse al comprender que, independientemente del diagnóstico, pueden ser personas funcionales e independientes a su manera. Se amplían los círculos sociales en el trabajo y se evita el aislamiento social que tanto caracteriza a esta población.

Principalmente se debe trabajar por comprender las necesidades de personas con trastorno mental grave. No son diferentes a cualquier otra. No obstante, se debe aportar un apoyo integral, desde las diferentes áreas de la vida del individuo. ASIEM actúa como punto de unión entre la familia, la empresa, el ámbito social y el centro de salud. Esto facilita la comunicación y el apoyo multidisciplinar.

Finalmente, la réplica de este proyecto requiere trabajo en red entre las diferentes entidades que componen el día a día de la persona y conocimiento del empleo protegido, así como del abordaje desde la comprensión y el apoyo a cada usuaria.

12.4. Recomendaciones

1. Garantizar la implementación de la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En el año 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, una oportunidad para que los países y sus sociedades emprendiesen un nuevo camino con el

que mejorar la vida de todas las personas. Esta agenda contempla una serie de objetivos globales, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuyas metas específicas deben alcanzarse en 2030. Los ODS son fundamentales porque suponen una guía que nos permite orientar los esfuerzos que realizamos a conseguir objetivos compartidos con toda la ciudadanía a nivel global. Por ello, es importante que en el ámbito empresarial se asuma el compromiso de encauzar todas las acciones según los indicadores de los ODS, como una guía que permite identificar si el impacto de la actividad de la empresa a nivel social, económico y medioambiental aporta valor a la sociedad, y como consecuencia de ello se fortalezca su reputación y sus relaciones con los distintos grupos de interés⁴⁷.

La promoción de la salud mental y el bienestar está contemplada concretamente en el ODS 3, aunque al ser la salud mental algo transversal puede y debe tenerse en consideración en cada uno de ellos. Trasladando esto al ámbito del trabajo, el establecimiento de una política de salud y bienestar para empleados/as, que incluya una evaluación del riesgo para la plantilla, es clave para la sostenibilidad de la empresa⁴⁸. En el informe de 2021 del 'OCDE *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*', se sugiere establecer un sistema de apoyos en el que esté bien definido quién ofrece el apoyo, cuándo tiene lugar ese apoyo y qué tipo de apoyo se ofrece. En cuanto al quién, los problemas de salud mental no pueden dejarse solo en manos de especialistas, sino que son una responsabilidad colectiva. Es decir, se han de formar a profesionales para asegurar que existan personas con conocimiento y experiencia en el trabajo, además de integrar la figura del asistente personal cuando esta sea precisa.

En lo que respecta al cuándo, es esencial la detección e intervención temprana. En este sentido, no cabe duda de que es menos costoso y más efectivo apoyar a las personas para que permanezcan en su empleo, que tener que ayudarlas a volver. Por supuesto, aun así, se ha de disponer de un sistema de apoyo para empleados/as que regresen al trabajo después de haber experimentado una baja por problemas de salud mental.

En cuanto al qué, se ha de entender que el trabajo tiene un fuerte impacto en la salud mental, por lo que se ha de promover la evaluación de riesgos de problemas psicosociales en el lugar de trabajo, involucrando a los servicios de salud ocupacional, profesionales de la salud mental y un canal de diálogo adecuado entre empleados/as y empresa^{49, 50}.

⁴⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (25 de mayo, 2021). [SALUD MENTAL ESPAÑA lanza la primera web sobre salud mental, ODS y Agenda 2030](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

⁴⁸ Deloitte. (2018). [Objetivos de Desarrollo Sostenible desde una perspectiva empresarial: el camino hacia la Agenda 2030](#). Deloitte.

⁴⁹ Martínez, N. (2022). La salud mental es un riesgo global. ¿Qué pueden hacer las empresas para abordarlo? *DoGood*.

⁵⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). [Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies, Mental Health and Work](#). OECD Publishing.



En definitiva, se trata de crear una cultura del trabajo en el que se rompan los tabúes en torno a la salud mental y, a partir de la concienciación, se normalice el debate para crear mecanismos de inclusión y apoyo que permitan a las personas desarrollarse personal y profesionalmente, partiendo de la premisa de que todos y todas podemos encontrarnos en esa situación y, por tanto, se ha de poder hablar de ello en el contexto laboral, donde las personas pasan gran parte de su vida. Esto ha de ser promovido

por empleadores/as, creando estrategias que unifiquen criterios a todos los niveles a fin de prevenir los problemas de salud mental o su empeoramiento y promover una buena salud mental. Las empresas guiadas por su propósito involucran a todas las partes de la organización (desde directivos/as a empleados/as y grupos de interés) y generan un vínculo emocional que hace que las personas se comprometan con ese propósito y es lo que hace que la empresa tenga un impacto positivo en el mundo; de ahí la importancia de una buena estrategia que promueva la salud mental en el ámbito laboral. Son estas empresas las que ofrecen un trabajo con valor y significado y las que atraen, atrapan y promueven el talento⁴⁹.

2. Promover la accesibilidad psicosocial

Las empresas habrán de promover actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso y mantenimiento del empleo por parte de personas vulnerables. Entre estas personas se encuentran las personas con discapacidad y, en especial, las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial). Cuando se hace referencia a las barreras, se está haciendo referencia a obstáculos no solo físicos, sino también psicosociales, cognitivos y sensoriales. Es decir, más allá de lo físico hay barreras actitudinales, administrativas y sistémicas o simbólicas que son alzadas por el estigma y los prejuicios que conducen a la discriminación, la violencia, el abuso, la exclusión social y la segregación. Todo esto obstaculiza el efectivo ejercicio de los derechos las personas con discapacidad y no favorecen el respeto a su autonomía, voluntad y preferencias conforme a la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Como parte del plan de actuaciones señaladas en el anterior apartado, se efectuará un análisis ambiental y se rediseñarán los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, detectando aspectos hostiles que puedan hacer

que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas y creando entornos más inclusivos para las personas con discapacidad. Cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, la utilización, el disfrute, la interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier espacio, equipamiento y/o servicio, serán considerados como barreras de accesibilidad.

3. Promover una cultura del trabajo que favorezca una buena salud **mental**

Según la OMS, *“los factores del espacio laboral pueden incrementar la posibilidad de ocurrencia de un desorden mental, empeorar un desorden mental...pueden contribuir directamente al estrés mental (desmoralización, humor depresivo, ansiedad, burnout, etc.). El estrés mental puede no llegar a niveles diagnosticables como desorden mental y aun así ser una fuente de sufrimiento considerable para el empleado”*⁵¹. Así, los factores intralaborales de carácter psicosocial son los que, en su mayoría, ponen en riesgo la salud mental de los trabajadores y las trabajadoras. Entre dichos factores, la OMS destaca:⁵².

- ✓ Comunicación poco eficiente.
- ✓ Apoyo organizacional inexistente o deficiente.
- ✓ Bajo nivel de decisión o de control del/a trabajador/a (sobre tareas o área de trabajo).
- ✓ Poca claridad en las tareas, funciones y/o proyección.
- ✓ Horarios de trabajo no flexibles.
- ✓ Apoyo organizacional inexistente o deficiente.
- ✓ Ausencia de programas y políticas organizacionales centrados en la prevención y promoción.

Para prevenir lo anterior, se han de promover **factores protectores** que favorezcan una salud mental positiva de los empleados y las empleadas, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto. Tales factores que previenen problemas de salud mental y facilitan los procesos de recuperación y/o rehabilitación, son, entre otros:

- ✓ Establecimiento de sistemas de apoyo.
- ✓ Existencia de un sistema de reconocimiento por la labor efectuada.

⁵¹ World Health Organization. (2010). [Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo](#). World Health Organization.

⁵² Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). [Hoja informativa Salud mental en el trabajo de la Organización Mundial de la Salud](#). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS).

- ✓ Normas claras y justas.
- ✓ Clima organizacional adecuado.
- ✓ Clima de seguridad psicosocial.
- ✓ Toma de decisiones participativas.
- ✓ Líneas de comunicación adecuadas entre los niveles organizacionales.

El bienestar psicológico de trabajadores y trabajadoras no se logra únicamente a través de la reducción de riesgos de problemas psicosociales o con la eliminación de las características negativas de las condiciones del trabajo. Debe desarrollarse una política organizacional que establezca estrategias de acción coordinadas y acciones que reflejen el mensaje de una cultura de bienestar. Esto implica también una cultura de trabajo que incluya la reflexión y debate permanente y la promoción de la conciencia entre trabajadores y trabajadoras sobre el comportamiento ético con cada persona, siendo formados/as en prácticas centradas en la persona y capacitados/as para una comunicación sensible y adaptada.

4. Desarrollar una red de apoyos: especial referencia a la asistencia personal en salud mental

El objetivo de inclusión laboral hace necesario facilitar al colectivo de personas con problemas de salud mental todos los apoyos necesarios que potencien el ejercicio de sus derechos, tomen las riendas de sus vidas y encabecen en primera persona iniciativas, acciones y propuestas.

Tener un empleo remunerado no solo supone la organización del tiempo personal y la ocupación en una actividad dotada de sentido. El trabajo es una característica fundamental de la identidad, supone la realización de aspiraciones profundas, aporta valía personal y reconocimiento social, facilita la relación con el entorno comunitario, afianza redes sociales y genera nuevas, y, por tanto, se configura como un marcador de la inclusión social (Maone y D'Avanzo, 2017) y comunitaria, porque evita el aislamiento social y personal.

Por tanto, es fundamental que se promueva el desarrollo de acciones que generen oportunidades de empleo para las personas con discapacidad psicosocial y trabajar para hacer realidad el deseo de empoderamiento personal que les proporciona el ser respetadas como iguales en la sociedad.

Se han de poner en práctica nuevas metodologías centradas en la recuperación de las personas con problemas de salud mental y dirigidas por ellas mismas. Una de estas formas de apoyo que avala la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) para alcanzar estos objetivos es la asistencia personal según la metodología de apoyo de pares. Esta fórmula de inclusión laboral está resultando en una experiencia muy enriquecedora y beneficiosa. Entendemos por "pares" a personas con experiencia propia en Salud Mental, poseedoras de un saber experiencial, lo que las capacita

a acompañar a otra en un recorrido con el que están familiarizados (Agrest, Abadi, Cáceres, Lamovsky, Vigo, Neistadt, Zalazar, Leiderman, 2014).

La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad en su informe de 2016 sobre la Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, señala que *“el apoyo entre personas en la misma situación es una herramienta eficaz para ayudar a las personas que experimentan trastornos emocionales severos y prevenir la coacción en los servicios de salud mental, además de proporcionarles apoyo en la comunidad”*. En nuestro país, existen buenas prácticas de implementación exitosa de este recurso en el ámbito laboral.

Es importante, además, garantizar la participación y supervisión de dichas medidas por las entidades representativas del movimiento asociativo de personas y familias con problemas de salud mental, incluyendo la actuación en nombre de las personas afectadas

5. Desarrollar una red de apoyos: especial referencia a la asistencia personal en salud mental

Para quienes tienen problemas de salud mental, el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas es un camino plagado de obstáculos. Se enfrentan a múltiples barreras, mayoritariamente relacionadas con el estigma. En muchas ocasiones, la reivindicación de sus derechos se identifica con "rebeldía" o "manifestación de síntomas" y esto, unido a la escasa o nula credibilidad que tiene su testimonio a causa de los prejuicios y estereotipos asociados a su problema de salud mental, hace que muchas personas terminen por no ejercer sus derechos para "no complicar más las cosas". Para resolver este tipo de situaciones sería precisa, entre otras medidas, la elaboración de un **protocolo para el efectivo acceso a la justicia** de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), que contemple la implantación de un **sistema de figuras de apoyo**. Su labor debe ser favorecer la autonomía de la persona y apoyar su capacidad jurídica, constituyendo así un referente adecuado en todo momento. Esto ha de ir acompañado de una capacitación adecuada para ejercer esa labor. El objetivo es garantizar un trato adecuado y digno, conforme a las circunstancias concretas de la persona. Para ello será fundamental contar con la participación de las entidades que defienden los derechos de este colectivo^{53, 54}.

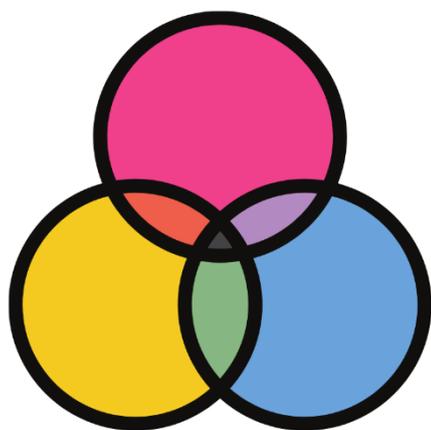
6. Transversalidad de género y enfoque interseccional: discapacidad y salud mental

⁵³ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). [Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental: 2018](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

⁵⁴ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2018). [Informe sobre el Estado de las personas con trastornos mentales en España: 2017](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Como se describe en la Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género⁵⁵, las mujeres con problemas de salud mental sufren una múltiple discriminación: ser mujer, tener una discapacidad y la imagen social estigmatizada de la salud mental. Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social. Esto se traduce en una serie de factores negativos que impiden su desarrollo personal y social y, por tanto, el pleno ejercicio de sus derechos, impidiendo su normalización, la participación y la inclusión social, económica, laboral, cultural y educativa y de salud:

Sobreprotección, minusvaloración y estigma de la familia: comportamientos familiares que las reducen a las tareas de casa, no dejarlas salir, actitudes de incompreensión y vergüenza, incredulidad ante sus posibilidades de desarrollo personal, etc...



Cargas familiares y rol de cuidadora: las mujeres con problemas de salud mental cargan sobre sus hombros las mismas expectativas que la sociedad pone en las mujeres en general, una realidad que se ve agravada como consecuencia de su falta de dedicación a otras tareas socialmente aceptadas (tener trabajo, haber conformado su propio núcleo familiar, etc...), cuando su situación se agrava. No sucede así en el caso de los hombres con problemas de salud mental, de los que solo se espera que se encuentren estables y tengan actividades fuera que les ayuden en su desarrollo.

Estancamiento en su desarrollo laboral y personal.

Además, como señala la OMS, no se puede examinar el impacto del género en la salud mental sin considerar la discriminación y la violencia de género. Por este motivo, subraya que los factores de riesgo de los trastornos mentales comunes afectan de manera desproporcionada a las mujeres: la violencia de género, las desventajas socioeconómicas, los bajos ingresos y la desigualdad de ingresos, el estatus y rango social bajo o subordinado y la responsabilidad incesante por el cuidado de los demás. Asimismo, los estereotipos también juegan un papel en el diagnóstico de problemas de salud mental, siendo las mujeres más propensas a ser diagnosticadas de depresión, ansiedad y trastornos mentales comunes. Según cifras de esta

⁵⁵ Álamo, M.P. (2020). *Guía de salud mental con perspectiva de género*. ATELSAM Salud Mental.

misma organización internacional, las mujeres tienen un 48% más de posibilidades de recibir medicación psiquiátrica⁵⁶.

Para impedir o paliar este tipo de situaciones es esencial incorporar la perspectiva de género en la organización de la empresa y hacerlo desde un enfoque interseccional, de tal modo que puedan detectarse desigualdades indeseables y situaciones de vulnerabilidad a las que poder hacer frente mediante medidas eficaces. Por ejemplo, mujer inmigrante que más allá de reunificar a su familia, desarrolla un proyecto migratorio en solitario⁵⁷.

7. Promover la salud mental en el entorno laboral

Es preciso reforzar la salud mental pública y actuar desde el origen diseñando políticas orientadas a promover la salud mental en el entorno laboral, favoreciendo así la prevención desde la regulación de la intensidad del trabajo, los ritmos, las cargas y las exigencias, así como desde la moderación de la rapidez con la que se tiene que trabajar y la medida en que los trabajadores tienen que atender a varias tareas al mismo tiempo.

Igualmente, hay que llevar a cabo intervenciones que ayuden a reducir la precariedad, garantizando sueldos dignos que permitan cubrir imprevistos y medidas que palíen el miedo a reclamar mejoras en las condiciones de trabajo y los horarios reducidos, y que intervengan sobre las relaciones sociales en el plano laboral.

Es de gran ayuda elaborar un mecanismo de control para detectar en qué empresas los trabajadores causan baja por problemas psicológicos ligados a lo laboral.

La 'Guía de Adaptaciones y Buenas Prácticas. Salud mental y Bienestar en el trabajo' establece un útil decálogo de recomendaciones para las empresas:⁵⁸

1. Realizar una evaluación de riesgos psicosociales para identificar aquellas situaciones que pueden afectar a la plantilla.



⁵⁶ Barchilón, M. (08 de octubre, 2020). [¿Por qué el género influye en la salud mental?](#) *La Vanguardia*.

⁵⁷ Regata Cuesta, C. (2019). [La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes](#). *Psicosomática y Psiquiatría*, nº 10.

⁵⁸ Federación SALUD MENTAL Castilla y León. (2022.). [Salud Mental y Bienestar en el Trabajo. Adaptaciones para Cuidar la Salud Mental](#). Federación. SALUD MENTAL Castilla y León.

2. Elaborar un plan de actuación, con medidas concretas para minimizar o mitigar estos riesgos.
3. Formar a las personas, para sensibilizar, ayudar a desempeñar eficazmente las tareas y fortalecer el autocuidado mental.
4. Potenciar la comunicación, favoreciendo un clima de confianza y cercanía.
5. Fomentar la diversidad: de funciones, opiniones, perfiles...como elemento enriquecedor de mejora en la empresa.
6. Propiciar la participación de todas las personas: en el conocimiento de la información, la toma de decisiones y el trabajo en equipo.
7. Ajustar los tiempos de trabajo a la carga de cada tarea.
8. Ofrecer apoyo psicológico en el centro de trabajo, para prevenir posibles recaídas y/o diagnosticar crisis.
9. Avanzar en la mejora de salarios para las personas con problemas de salud mental.
10. Flexibilidad, tomando como base la opinión de cada persona

13. ANEXOS

13.1. Anexo 1. Posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en materia de Accesibilidad Psicosocial

Las administraciones públicas promoverán la accesibilidad física, psicosocial, cognitiva y sensorial, adoptando medidas individuales y estructurales que eliminen las barreras que la dificultan o impiden, incluidas las actitudinales, administrativas y sistémicas o simbólicas, a fin de contribuir a combatir el estigma y los prejuicios que conducen a la discriminación, la violencia, el abuso, la exclusión social y la segregación, los cuales constituyen obstáculos para el efectivo ejercicio de los derechos las personas con discapacidad y no favorecen el respeto a su autonomía, voluntad y preferencias.

13.1.1. Accesibilidad psicosocial relativa a productos y servicios

Entre otros aspectos, consideramos muy importante que se tengan en cuenta en todo momento los tipos de discapacidad, puesto que en la práctica diaria se niega esta condición a muchas personas con discapacidad psicosocial, incluso en algunos contextos académicos. Así mismo, es fundamental la cuestión del diseño de los espacios, entre otros, en el ámbito hospitalario, de tal modo que se favorezca el bienestar mental de las personas, lo cual beneficia al conjunto del colectivo de personas con discapacidad, en general, y puede prevenir el recurso a medidas coercitivas, en particular. De este modo, se podrá garantizar la accesibilidad universal en igualdad de condiciones con las demás personas a todas las personas con discapacidad, sin discriminaciones indeseables y con arreglo a la concreta situación de vulnerabilidad en la que se encuentren; garantizar sus derechos y los de sus familias, en la esfera de los bienes y servicios a disposición del público; y proteger la seguridad y salud de los empleados y empleadas y de los usuarios y usuarias en establecimientos abiertos al público.

En tales servicios se promoverá la accesibilidad física, psicosocial, cognitiva y sensorial. Para ello, los prestadores de los mismos habrán de promover actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso a los productos y servicios por parte de personas vulnerables, como personas con discapacidad y, en especial, personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial).

Cuando se hace referencia a las barreras, se está haciendo referencia a obstáculos no solo físicos, sino también psicosociales, cognitivos y sensoriales. Es decir, más allá de lo físico hay barreras actitudinales, administrativas y sistémicas o simbólicas que son alzadas por el estigma y los prejuicios que conducen a la discriminación, la violencia, el abuso, la exclusión social y la

segregación. Todo esto obstaculiza el efectivo ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidad.

Los servicios de apoyo estarán orientados a la acogida, evitando aspectos hostiles (que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas) y creando entornos más inclusivos para las personas con discapacidad. Cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, utilización, disfrute, interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier producto y/o servicio serán considerados como barreras de accesibilidad. Por ello, es especialmente importante adoptar medidas individuales y estructurales para detectar y eliminar todo tipo de barrera que dificulte o impida la accesibilidad, en los términos expuestos, a fin de impedir que el estigma y los prejuicios impidan el efectivo ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidad y favorezcan conductas discriminatorias.

La información y el apoyo se habrán de proporcionar de forma respetuosa y adecuada a las circunstancias de cada persona y cada tipo de discapacidad, real o percibida, aunque esta no sea visible. El lenguaje empleado deberá ser claro, sencillo y concreto, teniendo en cuenta las características de la persona, culturales, socioeconómicas o de cualquier otra índole.

13.1.2. Accesibilidad psicosocial en los servicios sanitarios y sociales

Defendemos la enorme importancia de la orientación a la acogida y la creación de entornos inclusivos para las personas con discapacidad, evitando aspectos hostiles que puedan hacer que puedan sentirse amenazadas y desconfiadas. Para ello se prestará atención no solo a los obstáculos físicos, sino también psicosociales, cognitivos y sensoriales, es decir, las barreras actitudinales, administrativas y sistémicas o simbólicas que son alzadas por el estigma y los prejuicios.

13.1.3. Accesibilidad psicosocial en el ámbito educativo

La Observación general 13 (U.N. Doc. E/C.12/1999/10) del Comité de Derechos Humanos, intérprete preeminente para la aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece (párrafo 31) que «La prohibición de la discriminación, consagrada en el párrafo 2 del artículo 2 del Pacto, no está supeditada ni a una implantación gradual ni a la disponibilidad de recursos; se aplica plena e inmediatamente a todos los aspectos de la educación y abarca todos los motivos de discriminación rechazados internacionalmente».

Además de los artículos 23, 28 y 29 de la Convención de los derechos del niño, específicamente el artículo 24 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se refiere específicamente a la obligación de garantizar el derecho a la educación, con miras a hacerlo efectivo sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, a través de un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida.

Para ello, entre otros, se habrá de asegurar que se realicen ajustes razonables para facilitar a las personas con discapacidad el acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. Esto se ha de conectar con la promoción de la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad (artículos 24 y 3).

También el artículo 27 de la Constitución española reconoce el derecho a la educación, obligatoria y gratuita, que habrá de tener por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y ser garantizada por los poderes públicos y cuya definición e implicaciones se recogen en los artículos 16 y 18 a 21 del Real Decreto 1/2013 que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. En concreto, el artículo 18 establece que: “Corresponde a las administraciones educativas asegurar un sistema educativo inclusivo en todos los niveles educativos así como la enseñanza a lo largo de la vida y garantizar un puesto escolar a los alumnos con discapacidad en la educación básica, prestando atención a la diversidad de necesidades educativas del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de apoyos y ajustes razonables para la atención de quienes precisen una atención especial de aprendizaje o de inclusión”.

Pese a ello, en nuestro país no se está garantizando, de modo general, la educación inclusiva para los niños, las niñas y adolescentes con problemas de salud mental.

13.1.4. Accesibilidad psicosocial en el empleo

Se ha de garantizar que la entidad disponga de un plan de medidas para abordar los factores intralaborales de carácter psicosocial, contándose entre ellas el análisis ambiental y diseño de los espacios y la organización de profesionales y actividades orientados hacia la acogida y la inclusión; así como la promoción de factores protectores que garanticen la accesibilidad psicosocial (programas y políticas organizacionales para el establecimiento de sistemas de apoyo, horarios de trabajo flexibles, regulación de la intensidad del trabajo, los ritmos, las cargas y las exigencias o creación de un clima de seguridad psicosocial, entre otros). Además, se habrá de garantizar la disposición de un puesto totalmente adaptado para asegurar la accesibilidad psicosocial de la empleada / persona trabajadora con problemas de salud mental.

13.1.5. Accesibilidad psicosocial en el ámbito judicial y policial

La garantía del derecho de acceso a la justicia requiere, entre otros aspectos, de la configuración de un amplio sistema de apoyos, específico, flexible y adecuado para cada persona, conformado por equipos multidisciplinares de profesionales con formación en salud mental. Entre las opciones de apoyo se contará la metodología de apoyo de pares.

En este sentido, será fundamental el establecimiento de la figura de la persona facilitadora, seleccionada entre personas específicamente formadas para intervenir en situaciones en las que haya una condición de salud mental, y la disposición de los mecanismos oportunos para que el procedimiento se adapte a la persona y no la persona al procedimiento.

Para ello es esencial que tales mecanismos favorezcan la accesibilidad psicosocial, disponiendo de un plan de medidas para abordar los factores que la dificultan o impiden, contándose entre ellas el análisis ambiental y diseño de los espacios y la organización de profesionales y actividades orientados hacia la acogida y la inclusión; así como la promoción de factores protectores que la garanticen, pudiéndose señalar entre ellos los siguientes:

1. Efectuar un **diagnóstico** adecuado de la situación.
2. Garantía de una **comunicación adecuada** a la condición concreta de la persona (conocimiento del lenguaje en las psicosis y accesibilidad psicosocial), con el fin de que comprenda todo lo concerniente al proceso, incluidos sus derechos y el modo de ejercerlos. Por ejemplo, el desconocimiento de este lenguaje y del manejo adecuado cuando se producen episodios críticos causados por una condición de salud mental ha conducido en muchas ocasiones a denuncias por atentado a la autoridad.
3. Detección de **actitudes y conductas promovidas por el estigma** en los/las operadores/as jurídicos/as y/o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; así como el **autoestigma** que impide o dificulta a la persona el reconocimiento de su vulnerabilidad por miedo a sufrir algún tipo de perjuicio por hacerlo.
4. **Evaluación adecuada de la situación**, teniendo en cuenta la posible concurrencia de múltiples vulnerabilidades y el hecho de que, especialmente en lo que a la salud mental se refiere, esta evaluación ha de constituir un **proceso continuo**, ya que puede mejorar o empeorar a lo largo del tiempo.
5. Promoción de un **mayor contacto con el/la abogado/a** que defienda los intereses de la persona con discapacidad psicosocial. Si este se produce pocos minutos antes del juicio, difícilmente se va a poder detectar necesidad adicional alguna, establecer el apoyo acorde con la misma y, en el peor de los casos, evitar que el resultado del proceso se vea condicionado por situaciones como las señaladas en los apartados anteriores.
6. Diseño y promoción de una 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. CDPD, además de invertir en concienciación, sensibilización y especialización.

7. Consideración específica de la situación de las personas **institucionalizadas e ingresadas involuntariamente**.
8. Elaboración de un **protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia** de las personas con discapacidad que, atendiendo a sus específicas circunstancias, facilite la mejora de la atención que les brindan quienes trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

En este sentido, como capítulo específico de este protocolo o en documento aparte, se habría de contemplar la situación de las personas ingresadas involuntariamente (ingreso urgente u ordinario); ya que en estos casos se producen controversias que derivan de la situación privación de libertad, del aislamiento, de posibles circunstancias relativas a una disminución de su capacidad cognitiva derivada de la administración de medicación e, incluso, de la desconfianza de los mismos hacia su propio entorno familiar o vecinal que en no pocas ocasiones son los que promueven tales ingresos. De este modo, la presencia de profesionales independientes que pudiesen asesorar, realizar trámites e incluso ser un puente de comunicación con el exterior, sería un aspecto fundamental a tener en cuenta. En este sentido la figura de la persona facilitadora podría ser un modelo óptimo de profesional independiente para este supuesto.

Es importante tener en cuenta que aspectos en apariencia inocuos como el hecho de llevar una toga, por poner un ejemplo, pueden tener un efecto adverso sobre el ánimo de la persona con problemas de salud mental y condicionar su conducta y/o respuestas.

13.2. Anexo 2. Posicionamiento de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en relación con la figura de la persona facilitadora procesal para personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial)

13.2.1. Antecedentes

La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (BOE del 3 de junio de 2021) ha supuesto un enorme avance en el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. El objetivo de esta reforma legislativa es la adaptación del ordenamiento jurídico español a lo dispuesto por la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante, CDPD), en consonancia con su artículo 12 que proclama que estas personas tienen capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida y obliga a los Estados a adoptar las medidas de apoyo que puedan necesitar, estableciendo salvaguardias o mecanismos de garantía para impedir abusos. Se trata de cambiar el actual sistema en el que predomina la sustitución en la toma de decisiones, por otro, basado en el **respeto a los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona**.

Sin embargo, la mera entrada en vigor de la norma no ha supuesto la desaparición de las **múltiples barreras**, mayoritariamente relacionadas con el estigma, que enfrentan las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) a la hora de, entre otros ámbitos, acceder a la justicia. Hace falta que se cree una **red de figuras de apoyo** lo suficientemente amplia como para posibilitar una intervención que gradúe su intensidad en función de las necesidades concretas de la persona en cada momento y esto se ha de hacer más allá de la nueva regulación de figuras tradicionales como la curatela, el defensor judicial o la guarda de hecho. Se trata de crear un **sistema flexible** que permita una implementación proporcional y adaptada al tipo de discapacidad y circunstancias concretas de la persona. Y no solo a las circunstancias de la persona, sino también al tipo de decisión que requiera el apoyo. No se puede ignorar la pervivencia del modelo biomédico y para superarlo se requiere, entre otros aspectos, la incorporación de nuevas figuras como agentes de apoyo mutuo, profesionales de la psicología o cualquier otra que contribuya a prevenir situaciones límite y el recurso abusivo a los psicofármacos. Entre esas figuras de apoyo se encuentra la de la persona facilitadora que habrá de apoyar a la persona con discapacidad para que comprenda y tome decisiones informadas durante todas las fases de los procedimientos judiciales, incluidos aquellos extrajudiciales que interfieran en su derecho de acceso a la justicia como son los policiales y notariales.

A la luz de lo anterior, urge diseñar un sistema de apoyos personalizado para evitar situaciones que impidan a las personas con problemas de salud mental ejercer libremente sus derechos, teniendo en cuenta que la superior protección de las personas con discapacidad requiere que se respeten, al menos, dos principios esenciales en la CDPD: intervención mínima y promoción del autogobierno. De ahí la importancia de la conformación de un cuerpo de **personas**

facilitadoras específicamente formadas que, favoreciendo la autonomía de la persona y apoyando su capacidad jurídica, constituya un referente adecuado durante los actos judiciales, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica, de modo que las personas con cualquier tipo de discapacidad puedan participar en condiciones de igualdad con el resto de la ciudadanía y se les proporcionen los apoyos necesarios en función de sus circunstancias.

13.2.2. Barreras que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial

Las personas con problemas de salud mental se enfrentan a multitud de barreras a la hora de poder acceder a la justicia en las mismas condiciones que el resto de la ciudadanía. Estas barreras en un amplio porcentaje están relacionadas con el estigma y con la discriminación. Ambos conceptos han ayudado a crear y perpetuar opiniones y actitudes que han impedido que estas personas sean consideradas ciudadanas igual que el resto y han dificultado o impedido su acceso a la justicia. Por ejemplo, en muchas ocasiones la reivindicación de sus derechos se ha identificado con manifestaciones de síntomas asociados a su problema de salud mental.

Así, pues, sin ánimo de exhaustividad, se pueden relacionar las siguientes **barreras**:

1. **Arraigo del estigma.** La presencia de estereotipos y prejuicios en torno a las personas con discapacidad psicosocial condiciona la consideración de sus testimonios judiciales como válidos, sea en la condición que sea (investigada, perjudicada o testigo). Esto conduce muchas veces al no reconocimiento del propio trastorno mental y, en caso de reconocerlo, a no querer hacerlo frente a las demás personas. Por este proceso ocasionado por el estigma pueden pasar tanto la familia como la propia persona interesada. Por lo tanto, es posible que esta sea consciente de su problema y sus dificultades y es probable que no solicite los apoyos que le serían útiles.
2. **Institucionalización en centros residenciales u hospitales psiquiátricos.** Esto favorece el abuso y solo contiene salvaguardias postfactuales. Así, en muchas ocasiones, la reivindicación de los propios 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".

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.

3. **Falta de adaptabilidad de los procesos a las circunstancias de las personas.**

- 4. Desconocimiento de lo que es la accesibilidad psicosocial**, lo cual se traduce en, barreras visibles e invisibles: Los entornos tanto físicos como personales de los juzgados son lugares que generan tensión.

Barreras visibles

- Existencia de barreras arquitectónicas, concretamente de señalética, relacionadas con el acceso a los edificios oficiales, y falta de correcta señalética que garantice la accesibilidad; ya que la mayoría de los edificios no están adaptados más allá del acondicionamiento de rampas o de otros servicios públicos. De hecho, no existe una señalización clara desde que se pasa el primer control de entrada.
- Existencia de una considerable brecha digital. Por ejemplo, para pedir justicia gratuita muchos colegios de abogados exigen la petición de cita previa vía online o tener que hacer una cola a primera hora para presentar la documentación.

Barreras invisibles

- Dificultad para identificar, previamente o durante el proceso, la existencia de un problema de salud mental por parte de las personas profesionales que intervienen.
- Ausencia de información clara, accesible y adaptada para las personas con problemas de salud mental, lo que incluye la dificultad de comprensión de los tecnicismos judiciales.
- Comunicación no adaptada:
- En la parte cognitiva, la mayoría de las personas con problemas de salud mental no tienen problemas de comprensión, pero sí precisan de un lenguaje adaptado y de un trato que les genere cierta confianza y que esté totalmente desprovisto de estigma o rechazo.
- Cuando se tiene que realizar alguna gestión en las oficinas del juzgado, las personas son atendidas con poco tiempo, en presencia de otras e, incluso, de pie y utilizando una forma de realizar las preguntas de tal manera que se genera en ellas una sensación de presión u hostigamiento.
- No respetar el tiempo de contestación de la persona, terminando la frase que esta haya comenzado a emitir, supone también una distorsión en la comunicación.
- El horario de las citaciones puede suponer un problema, según la pauta de medicación, ya que puede alterar la comprensión de la persona a ciertas horas por los efectos de la misma.
- Proliferación de prejuicios. Debido al estigma, en la mayoría de los casos, aunque las personas con problemas de salud mental acudan como víctimas, son vistas como “delincuentes”. Por ello, es fundamental que el trato sea

amable, con el tiempo suficiente para que puedan resolver dudas y favoreciendo la aclaración de todas las cuestiones que tengan.

- Existencia de retrasos en las comparecencias, juicios o para hacer cualquier gestión. Hay que tener en cuenta que hay personas con problemas de salud mental a quienes la espera les altera y eso puede hacer que, cuando se les vaya a tomar declaración, ya estén deseosas de irse y no presten el mismo interés, condicionando su testimonio, o, incluso, provocando que ya no se encuentren en el sitio.
5. **Existencia de un sistema paternalista** en el que falta una adecuada y completa capacitación de los y las operadores jurídicos (abogados/as, Jueces/as, Fiscales y, en definitiva, funcionarios/as que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario) en los términos previstos en el art.13.2 CDPD; ya que, con el fin de proteger a la persona, no le dan realmente voz y, en consecuencia, pueden aislarla. 2
 6. **Inexistencia de protocolos de derivación efectivos y eficaces** para garantizar la coordinación entre los órganos judiciales y la red sanitaria y social de atención.
 7. **Escasa o nula presencia de las entidades sociales que desarrollen actividades de apoyo** a las personas con problemas de salud mental en esos procesos judiciales.
 8. **Ausencia de plataformas adecuadas para ejercer los propios derechos.** El creciente número de juicios “rápidos”, esta rapidez en la ejecución de los juicios hace que, en muchos casos, la figura o testimonio de la persona con problemas de salud mental se reduzca a un mero trámite.
 9. **Falta de abordaje de la desigualdad territorial.** Se producen mayores dificultades de garantizar los derechos en las zonas rurales, al tener mayores problemas para gestionar apoyos.
 10. **Presencia de condicionamientos por razón de género.** Se debe tener también en cuenta las especiales dificultades para pedir ayuda de las mujeres con problemas de salud mental y la falta de credibilidad añadida a sus versiones. Por lo tanto, necesitan apoyos más intensos, especializados y formados en la realidad del colectivo.
 11. **Ausencia de estudios.** La 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.

13.2.3. Fundamento

El derecho de acceso a la justicia, incorporado en el **artículo 13 CDPD**, faculta a toda persona con discapacidad para promover, en condiciones de igualdad, la actividad de los órganos encargados de impartir justicia y obtener la tutela jurídica de sus intereses.

Para garantizar este derecho se requiere la implementación de ajustes de procedimiento que le faciliten el **desempeño de sus funciones efectivas como participante directo e indirecto en todos los procedimientos judiciales**, incluidas la declaración como testigo, la etapa de investigación y otras etapas preliminares. De este modo, se promueve también el goce efectivo de todos los demás derechos, ya sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales; como quedó patente en la Exposición de Motivos de las **Reglas de Brasilia**⁵⁹: “El sistema judicial se debe configurar, y se está configurando, como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad. Poca utilidad tiene que el Estado reconozca formalmente un derecho si su titular no puede acceder de forma efectiva al sistema de justicia para obtener la tutela de dicho derecho”.

Los **Principios y Directrices Internacionales sobre el acceso a la justicia para personas con discapacidad**⁶⁰ definen la figura del cuerpo de personas facilitadoras como «personas que trabajan, según sea necesario, con el personal del sistema de justicia y personas con discapacidades para asegurar una comunicación eficaz durante los procedimientos judiciales. Apoyan a las personas con discapacidades para que comprendan y tomen decisiones informadas, asegurándose de que las cosas se expliquen y se hablen de manera que puedan entenderlas y que se proporcionen los ajustes y el apoyo adecuados. Los intermediarios son neutrales y no hablan en nombre de las personas con discapacidad ni del sistema de justicia, ni dirigen o influyen en las decisiones o resultados.» Tales Principios y Directrices permiten concentrar en un solo instrumento las obligaciones internacionales del Estado sobre esta materia y proporcionar recomendaciones metodológicas para apoyar a los Estados en el diseño e implementación de sistemas de justicia que proporcionen un acceso igualitario para las personas con discapacidad, en línea con las normas internacionales de derechos humanos.

En concordancia con estos principios, se ha configurado a nivel internacional la figura de la persona facilitadora como medida de apoyo a las poblaciones vulnerables en el ejercicio de su derecho de acceso a la justicia y como mecanismo de eliminación de las barreras de acuerdo con el párrafo 65 de las referidas Reglas de Brasilia:

⁵⁹ Cumbre Judicial Iberoamericana (4-6 de marzo, 2008). [Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad](#). XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, Brasilia.

⁶⁰ Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2020). [Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad](#). Organización de las Naciones Unidas.

«Cuando la concreta situación de vulnerabilidad lo aconseje, la declaración y demás actos procesales se llevarán a cabo con la presencia de un profesional, cuya función será la de contribuir a garantizar los derechos de la persona en condición de vulnerabilidad.

También puede resultar conveniente la presencia en el acto de una persona que se configure como referente emocional de quien se encuentra en condición de vulnerabilidad.»

Según el **artículo 7 bis común de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y de la Ley de Jurisdicción Voluntaria (LJV)**, «en los procesos en los que participen personas con discapacidad, se realizarán las adaptaciones y los ajustes que sean necesarios para garantizar su participación en condiciones de igualdad» y «se permitirá la participación de un profesional experto que a modo de facilitador realice tareas de adaptación y ajuste necesarias para que la persona con discapacidad pueda entender y ser entendida».

Asimismo, el **artículo 2, apartado f) del Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público** (Disposición 7417 del BOE núm. 69 de 2023) describe a la persona facilitadora en los siguientes términos:

«Persona que trabaja, según sea necesario, con el personal del sistema de justicia y las personas con discapacidad para asegurar una comunicación eficaz durante todas las fases de los procedimientos judiciales. La persona facilitadora apoya a la persona con discapacidad para que comprenda y tome decisiones informadas, asegurándose de que todo el proceso se explique adecuadamente a través de un lenguaje comprensible y fácil, y de que se proporcionen los ajustes y el apoyo adecuados. La persona facilitadora es neutral y no habla en nombre de las personas con discapacidad ni del sistema de justicia, ni dirige o influye en las decisiones o resultados.»

El artículo 27.1 del mismo Real Decreto establece lo siguiente:

«Las condiciones, características y especificaciones de accesibilidad serán las establecidas en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, y en sus disposiciones de desarrollo.

En lo relativo a la Administración de Justicia se garantizará la accesibilidad universal y la prestación de apoyos que sean necesarios en las oficinas públicas, los dispositivos, los servicios de atención y participación del ciudadano. Se promoverá la incorporación de la figura de la persona facilitadora para aquellas personas con discapacidad incurso en procedimientos judiciales.»

Además, la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica establece que, una vez detectada la necesidad de ajustes, la persona Letrada de la Administración de Justicia se encargará de promover que se practiquen a fin de garantizar el acceso a la justicia.

Finalmente, es importante tener en cuenta el artículo 4.1 del **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social**, de modo que no sea necesario tener reconocido el grado de discapacidad para que la persona sea considerada con discapacidad. El mero hecho de estar bajo tratamiento psiquiátrico o percibirse que pueda haber problemas de salud mental, ya se debería tener en cuenta de cara a contar con el apoyo de la persona facilitadora y el beneficio de los apoyos y ajustes que sean correspondientes.²

A la luz de lo anterior y con fundamento también en los **arts. 3, 4, 5, 8, 12 y 13 CDPD**, se habría de establecer un sistema de apoyos en el que se prevea esta figura, específica para acceder a la justicia, de modo que, favoreciendo la autonomía y apoyando la capacidad jurídica, contribuya a garantizar el efectivo ejercicio de los derechos y deberes de las personas con discapacidad psicosocial en igualdad de condiciones con las demás personas.

13.2.4. Ámbito de actuación de la persona facilitadora

El ámbito de actuación de la persona facilitadora se ha de circunscribir a todas las fases de los **procedimientos judiciales**, incluidos aquellos **extrajudiciales que interfieran en el derecho de acceso a la justicia** de la persona como son los **policiales, notariales, registrales, medios alternativos de resolución de conflictos y cualquier otra manifestación de la justicia preventiva**. Esto ha de ser así con más razón en un contexto en el que se tiende a promover mecanismos para la desjudicialización de los conflictos.

La Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, que incorporan criterios y medidas orientados a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, establecen:

«(24) Serán **destinatarias del contenido** de las presentes Reglas las siguientes personas: a) las responsables del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas dentro del sistema judicial; b) integrantes de la Judicatura, Fiscalías, Defensorías Públicas, Procuradurías y demás personal que labore en el sistema de Administración de Justicia de conformidad con la legislación interna de cada país; c) Profesionales en abogacía y derecho, así como sus colegios y agrupaciones; d) Las personas que desempeñan sus funciones en las instituciones de Ombudsman. e) Policías y servicios penitenciarios. f) Y, con carácter general, los poderes públicos con competencias en administración de justicia, los operadores (as) el sistema judicial y quienes intervienen de una u otra forma en su funcionamiento.

(25) Se **promoverán las condiciones necesarias** para que la tutela judicial de los derechos reconocidos por el ordenamiento sea efectiva, adoptando aquellas medidas que mejor se adapten a cada condición de vulnerabilidad.

(26) Se promoverán, desde el primer contacto con las autoridades o con las Oficinas de Atención a la Víctima, **todas las actuaciones y apoyos necesarios** destinados a proporcionar información

básica sobre sus derechos, así como los procedimientos y requisitos para garantizar un efectivo acceso a justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

(43) Se impulsarán los **medios alternativos de resolución de conflictos** en aquellos supuestos en los que resulte apropiado, tanto antes del inicio del Proceso como durante la tramitación del mismo. Los medios alternativos de resolución de conflictos deben integrarse en los que las administraciones públicas han de ofrecer a las personas usuarias del sistema de justicia y en especial a las personas en condición de vulnerabilidad. La mediación, la conciliación, el arbitraje y otros medios que no impliquen la resolución del conflicto por un tribunal, pueden contribuir a mejorar las condiciones de acceso a la justicia de determinados grupos de personas en condición de vulnerabilidad, así como a optimizar el funcionamiento de los servicios formales de justicia.

(44) En todo caso, antes de utilizar una forma alternativa de solución en un conflicto concreto, se **tomarán en consideración los derechos humanos** de las personas intervinientes, así como las circunstancias particulares de cada una, especialmente si se encuentran en alguna de las condiciones o situaciones de vulnerabilidad contempladas en estas Reglas. Se fomentará la **capacitación integral y sensibilización** de las personas mediadoras, árbitros, facilitadoras judiciales comunitarias y demás personas que intervengan en la resolución del conflicto. Especialmente importante resulta incluir formación en materia de derechos humanos, género, diversidad e interculturalidad.»

El artículo 5 de la **Ley Orgánica 2/1986, de 13 marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad** regula entre los principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad los siguientes:

- Colaborar con la Administración de Justicia y auxiliarla en los términos establecidos en la Ley.
- Observar en todo momento un trato correcto y esmerado en sus relaciones con los ciudadanos, a quienes procurarán auxiliar y proteger, siempre que las circunstancias lo aconsejen o fueren requeridos para ello. En todas sus intervenciones, proporcionarán información cumplida, y tan amplia como sea posible, sobre las causas y finalidad de las mismas.
- Velarán por la vida e integridad física de las personas a quienes detuvieren o que se encuentren bajo su custodia y respetarán su honor y dignidad.
- Darán cumplimiento y observarán con la debida diligencia los trámites, plazos y requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico, cuando se proceda a la detención de una persona.

También en el artículo 11 de la misma norma, se describen toda una serie de funciones entre las que se destaca la labor preventiva de velar por el cumplimiento de las Leyes y disposiciones generales; auxiliar y proteger a las personas; mantener y restablecer, en su caso, el orden y la seguridad ciudadana; y prevenir la comisión de actos delictivos.

La función del notario tiene también un importante papel preventivo. El artículo 1 de la **Ley de 28 de mayo 1862, Orgánica del Notariado**, establece que «el Notario es el funcionario público autorizado para dar fe, conforme a las leyes, de los contratos y demás actos extrajudiciales» y el artículo del mismo número del **Reglamento Notarial** destaca que «los Notarios son a la vez profesionales del Derecho y funcionarios públicos». Además, este último precepto añade que «como profesionales del Derecho, tienen la misión de asesorar a quienes reclaman su ministerio y aconsejarles los medios jurídicos más adecuados para el logro de los fines lícitos que aquéllos se proponen alcanzar» y, con arreglo a lo establecido en el artículo 147 del mismo texto reglamentario, «el Notario deberá indagar, interpretar y adecuar al ordenamiento jurídico la voluntad común de los otorgantes».

Como señalan el Notario Federico Cabello de Alba Jurado y la Notaria Almudena Castro-Girona Martínez, Director del Área social de la fundación Aequitas (CGN) y Directora de la fundación Aequitas (CGN) respectivamente, “en este sistema el notario es, ante todo, un **elemento de seguridad jurídica preventiva**, que actuando como un profesional del Derecho, asesora, aconseja e informa a los particulares en el ámbito de sus relaciones jurídicas privadas, configura y da forma documental a los actos o contratos que regulan esas relaciones, convirtiéndolos en auténticos gracias a la fe pública que ostenta por delegación del Estado y dotándolos de una **especial fuerza probatoria, en juicio y fuera de él, y un valor ejecutivo**”⁶¹. Por lo tanto, la intervención notarial puede garantizar el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad o puede constituir una distorsión en el logro de los mismos, si se producen barreras como las que se van a relacionar en el apartado siguiente. Además, el juicio notarial de capacidad de los otorgantes, que no tiene carácter médico, sino técnico-jurídico y subjetivo, puede verse alterado por el desconocimiento de la naturaleza de la condición y las circunstancias concretas de la persona, así como por el estigma que permea todas las estructuras sociales.

En esta misma línea, el Abogado y Doctor en Derecho Juan Carlos Martínez Ortega concluye que “**en la actuación notarial debe conjugarse la figura del facilitador** con el párrafo final añadido al artículo 25 de la Ley del Notariado tras la promulgación de la Ley 8/2021, donde se impone al fedatario, buscando garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad a una adecuada interlocución con el notario, que aquéllas puedan utilizar los apoyos, instrumentos y ajustes razonables necesarios, incluyendo cualquier método actual (sistemas aumentativos y alternativos, dispositivos multimedia, intérpretes de cualquier lenguaje, etc.)” y añade: “el precepto indica que la concurrencia y utilización de estos medios de apoyo -humanos, tecnológicos y de otro tipo- debe partir de las personas con discapacidad, no quedando al libre

⁶¹ Cabello de Alba Jurado, F. y Castro-Girona Martínez, A. (2021). La protección jurídica de las personas con discapacidad en el ámbito notarial. En Fernández Martínez, J. M. (dir.), [Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad](#) (209-236). Consejo General del Poder Judicial.

arbitrio del notario autorizante. Sí, es un mandado imperativo que deben aceptar de buen grado el notario y su equipo de trabajadores”⁶².

Según Alberto Muñoz Calvo, Registrador de la propiedad y Representante del Colegio de Registradores en el Foro Justicia y Discapacidad, «al proteger las transacciones sobre bienes inmuebles y, por lo tanto, dar seguridad al mercado y al patrimonio de las personas, la eficacia de la publicidad que proporciona el Registro de la Propiedad se traduce también en la **evitación de pleitos y conflictos**, y es por ello que esta institución puede ser concebida como una **manifestación de la justicia preventiva, cuyo acceso efectivo** (en la terminología del artículo 13 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en adelante, CDPD) debe ser proporcionado a las personas con discapacidad **en igualdad de condiciones** con los demás individuos.» Este mismo autor pone de relieve que, por este motivo, muchos autores han catalogado al registrador (responsable de la llevanza del Registro de la Propiedad) «como **juez inmobiliario**, teniendo en cuenta que, conforme al artículo 1 de la Ley Hipotecaria (LH), los asientos del Registro, en lo referente a los derechos inscritos, están bajo la salvaguardia de los tribunales y producen todos sus efectos mientras no sea declarada su inexactitud mediante la correspondiente resolución judicial.» Además, añade que «**si bien los asientos del Registro de la Propiedad carecen de la fuerza de cosa juzgada propia de las resoluciones judiciales firmes, en cuanto que, como hemos visto, pueden ser revisados por los tribunales, en otro sentido su eficacia es superior a la de la sentencia**, ya que no solo producen efectos entre las partes que hayan intervenido en el negocio jurídico inscrito, sino también frente a todos, frente a cualquier tercero, que puede ser cualquier potencial adquirente de un derecho inscrito.» De ahí la relevancia, concluye, que «para los derechos patrimoniales de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad tiene la institución del Registro de la Propiedad en el ámbito de la **seguridad jurídica preventiva**, conforme a la normativa registral actualmente vigente como base reguladora, recalcando también la importancia que reviste la implicación de la autoridad judicial y del Ministerio Fiscal para asegurar la mejor protección de aquellos derechos» pues «**la tutela judicial en lo que respecta a esta esfera patrimonial podría resultar ineficaz si se desconociera la importante función que cumple el Registro como herramienta auxiliar indispensable y garantía de esa tutela.**»⁶³

Como acertadamente ha afirmado Juan Manuel Fernández Martínez, Magistrado de la Sala de lo Civil y Penal del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, vocal del Consejo General del Poder Judicial y presidente del Foro Justicia y Discapacidad:

⁶² Martínez Ortega, J.C. (2022). [El facilitador: herramienta fundamental en la defensa de las personas con discapacidad](#). *El Notario del Siglo XXI*, Nº 101, pp. 36-39.

⁶³ Muñoz Calvo, A. (2021). La protección de los derechos de las personas con discapacidad en el registro de la propiedad. En *Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad*. En Fernández Martínez, J. M. (dir.), [Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad](#) (237-256). Consejo General del Poder Judicial.

“La Justicia no es exclusiva de los jueces; tenemos un papel importante, pero antes de nuestra toma de decisión hay muchos profesionales que posibilitan previamente que el resultado sea justo: notarios, fiscales, abogados, procuradores, letrados de la Administración de Justicia...”⁶⁴

13.2.5. Configuración y funciones

Las **necesidades de apoyo** han de venir determinadas por un/a psicólogo/a forense que, tras examinar a la persona afectada y en coordinación con el correspondiente equipo multidisciplinar dispuesto a tal efecto, realizará un informe al respecto.

El cuerpo de personas facilitadoras ha de constituir un referente adecuado y que responda a las necesidades específicas de la persona con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial) en los ámbitos anteriormente descritos, diferente del profesional que ofrece la asistencia técnico-jurídica, y en todo momento se habrá de garantizar la participación de la misma conforme a sus deseos e intereses.

A nivel general, entre las **funciones** de la persona facilitadora se encuentran la de favorecer la autonomía de la persona y apoyar, eliminando barreras, su acceso a la justicia.

Específicamente, habrá de asegurar la accesibilidad en igualdad de condiciones, implantando los ajustes necesarios según las necesidades específicas de cada persona y, en definitiva, hacer accesible el sistema judicial a través de **actuaciones** como las siguientes:

- Brindar información clara y accesible sobre el proceso judicial y los derechos de las personas con discapacidad.
- Acompañar y asistir a la persona con discapacidad en las distintas etapas del proceso judicial.
- Proporcionar medios a la persona con discapacidad que hagan posible su comunicación y participación efectiva en el proceso.
- Facilitar la comunicación entre la persona con discapacidad y personas profesionales involucradas en el proceso judicial, como jueces/as, fiscales y abogados/as, entre otras.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Facilitar ajustes individualizados, adaptados a cada persona y sus circunstancias, basados en su voluntad, deseos y preferencias conforme a la Ley 8/2021 de 2 de junio por la que se modifica la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. En el caso de la salud mental será importante la situación clínica en ese momento. Por ejemplo, si la persona tiene percepciones alteradas relativamente intensas, aunque las gestione aceptablemente, pueden influir en su interacción. De la misma persona, una persona con labilidad

⁶⁴ Fundación Aequitas. (15 de marzo, 2017). “[El acceso a la Justicia no puede verse limitado por la discapacidad](#)”. Fundación Aequitas.

- afectiva, trastorno emocional, trastorno de ansiedad, percibirá las situaciones y las informaciones con distinta intensidad, pudiendo llevar a juicios y respuestas sesgadas.
- Prestar apoyo a las partes que intervienen en el procedimiento en las distintas etapas del mismo en aras de la igualdad procesal.
 - Favorecer ajustes como eliminación de las togas en la sala de Vistas, hacer la prueba preconstituida, etc.
 - Promover la inclusión y no discriminación.

Es importante señalar que la persona facilitadora podrá llevar a cabo ciertos apoyos, pero no va a ser ella misma la que pueda llevarlos a la práctica todos, sino solo ocuparse de garantizar que se practiquen.

13.2.6. Necesidades básicas a tener en cuenta para la regulación e implementación de esta figura en materia de salud mental

Para efectuar una intervención adecuada, eficiente y eficaz, a la hora de diseñar esta figura se ha de tener en cuenta lo siguiente:

1. La configuración de la persona facilitadora ha de ir acompañada de la creación de **equipos multidisciplinares** que puedan cubrir las necesidades de la persona con discapacidad psicosocial. Es decir, esta labor de facilitación ha de estar respaldada o, incluso, ejercida conjuntamente, si es preciso, por equipos capacitados para efectuar un apoyo cualificado y de calidad en materia de salud mental. La persona que determine las necesidades de apoyo tiene que ser capaz de entender la situación clínica de la persona con trastorno mental. Por lo tanto, en caso de que haya una persona facilitadora, con el perfil profesional que se decida, para determinar esas necesidades, esta persona deberá tener acceso inmediato a un equipo multidisciplinar en el que debe haber personas con formación clínica (psicología clínica, enfermería de salud mental, psiquiatría...).
2. Coordinación con las **entidades representativas** de la sociedad civil.
3. Garantía de una **comunicación adecuada** a la condición concreta de la persona (conocimiento del lenguaje en las psicosis y accesibilidad psicosocial), con el fin de que comprenda todo lo concerniente al proceso, incluidos sus derechos y el modo de ejercitarlos. Por ejemplo, el desconocimiento de este lenguaje y del manejo adecuado cuando se producen episodios críticos causados por una condición de salud mental ha conducido en muchas ocasiones a denuncias por atentado a la autoridad. Además, se requerirá que las preguntas se formulen lo más cortas y claras posibles, hablando a las personas en función de sus circunstancias a un ritmo lento, realizando

pausas, permitiéndole pensar sus respuestas con detenimiento y respetando los tiempos de espera sin interrumpir.

4. Detección de dificultades en la atención, comprensión, comportamiento e interacción social, entre otras.
5. Detección y corrección de dificultades asociadas al tiempo que se destina a explicar las cuestiones relativas al proceso.
6. Detección de **actitudes y conductas promovidas por el estigma** en los/las operadores/as jurídicos/as y/o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; así como el **autoestigma** que impide o dificulta a la persona el reconocimiento de su vulnerabilidad por miedo a sufrir algún tipo de perjuicio por hacerlo.
7. **Evaluación adecuada de la situación**, teniendo en cuenta la posible concurrencia de múltiples vulnerabilidades y el hecho de que, especialmente en lo que a la salud mental se refiere, esta evaluación ha de constituir un **proceso continuo**, ya que puede mejorar o empeorar a lo largo del tiempo, por lo que se debe valorar en cada momento o justo antes de tomar declaración o realizar alguna actuación.
8. Promoción de un **mayor contacto con el/la abogado/a** que defienda los intereses de la persona con discapacidad psicosocial. Si este se produce pocos minutos antes del juicio, difícilmente se va a poder detectar necesidad adicional alguna, establecer el apoyo acorde con la misma y, en el peor de los casos, evitar que el resultado del proceso se vea condicionado por situaciones como las señaladas en los apartados anteriores.
9. Diseño y promoción de una 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. CDPD, además de invertir en concienciación, sensibilización y especialización.
10. **Formación específica de las personas facilitadoras**, diferenciando por tipos de discapacidad. En el caso de la discapacidad psicosocial, **se promoverá**, entre otras, la **metodología de apoyo de pares** y para la concreta función de evaluación de necesidades se requerirá la **coordinación con un/a profesional de la psicología** en el contexto del equipo multidisciplinar antes mencionado.
11. Conocimiento e implementación de mecanismos para favorecer la **accesibilidad psicosocial**, disponiendo de un plan de medidas para abordar los factores que la dificultan o impiden, contándose entre ellas el análisis ambiental y diseño de los espacios y la organización de profesionales y actividades orientados hacia la acogida y la inclusión; así como la promoción de factores protectores que la garanticen. Junto al

trato del personal de la administración de justicia, existen dificultades asociadas al propio lugar. Por ejemplo, hay juzgados que toman declaración en medio de la oficina judicial, sin dejar que se sienten y sin intimidad.

Además, se advierten problemas de flexibilidad para ajustar la agenda. En este último caso, sería conveniente que las actuaciones procesales se señalen a primera hora o en franjas horarias especiales para garantizar que no haya tanto retraso.

- 12.** Consideración específica de la situación de las personas **institucionalizadas e ingresadas involuntariamente**.
- 13. Inversión económica:** disposición de una previsión presupuestaria que permita configurar con garantías el servicio ofrecido por las personas facilitadores.
- 14.** Elaboración de un **protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia** de las personas con discapacidad que, atendiendo a sus específicas circunstancias, facilite la mejora de la atención que les brindan quienes trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.
En este sentido, como capítulo específico de este protocolo o en documento aparte, se habría de contemplar la situación de las personas ingresadas involuntariamente (ingreso urgente u ordinario); ya que en estos casos se producen controversias que derivan de la situación privación de libertad, del aislamiento, de posibles circunstancias relativas a una disminución de su capacidad cognitiva derivada de la administración de medicación e, incluso, de la desconfianza de los mismos hacia su propio entorno familiar o vecinal que, en no pocas ocasiones, son los que promueven tales ingresos. De este modo, la presencia de profesionales independientes que pudiesen asesorar, realizar trámites e incluso ser un puente de comunicación con el exterior, sería un aspecto fundamental a tener en cuenta. En este sentido la figura de la persona facilitadora podría ser un modelo óptimo de profesional independiente para este supuesto.
- 15.** Implementación de un **sistema de seguimiento y evaluación** del funcionamiento de las medidas, identificando indicadores relevantes objetivamente verificables y definiendo los correspondientes instrumentos de monitoreo. De este modo, se podría promover, con ciertas garantías, que las personas con problemas de salud mental tengan acceso efectivo a la justicia, una obligación que compete a los Estados obligados por la CDPD.
- 16.** A partir de los presupuestos anteriores, efectuar un **diagnóstico** adecuado de la situación y determinar las necesidades con la participación real y efectiva de la persona con problemas de salud mental implicada, por lo que es preciso garantizar su participación en condiciones óptimas a través de entrevistas, reuniones o cualquier otra medida alternativa. Estas necesidades habrían de estar plasmadas en un documento que las recoja en un lenguaje claro y accesible, y que la propia persona pueda consultar en cualquier momento durante el desarrollo del proceso.

17. Garantizar un espacio de participación para las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familias, que podrán ayudar y apoyar en la propia elaboración e identificación de las necesidades.

En el caso de personas con discapacidad psicosocial el perfil más adecuado para efectuar esa evaluación de necesidades de apoyo es un/a psicólogo/a forense (especialmente en la rama de psicología del testimonio), independiente y neutral, que además deberá tener formación complementaria (cursos, experiencia laboral) en discapacidad y que, en el ejercicio de sus funciones, habrá de garantizar los siguientes principios:

1. Individualización de cada uno de los casos. Estudio pormenorizado de cada uno de los ámbitos que afectan en el desarrollo de la persona: personal, comunicación e interacción social, entre otros.
2. Detección de las necesidades básicas de las personas con problemas de salud mental, garantizando una intervención mínima y asegurando la capacidad de decisión de la persona afectada en este proceso de detección de las necesidades y su posterior aplicación.

Esta valoración se recogerá en un informe completado en un lenguaje sencillo y claro, al que pueda acceder la persona afectada y esté firmado por ella, la persona facilitadora y las personas profesionales (psicología y trabajo social) que hayan participado en el mismo, garantizándose en todo momento la confidencialidad.

Una vez detectada la necesidad de ajustes del procedimiento la persona Letrada de la Administración de Justicia ha de promover que se practiquen a fin de que se garantice el acceso a la justicia.

13.2.7. Propuestas

1. Establecimiento de la **figura de la persona facilitadora con un perfil de amplio espectro**, que vaya desde profesionales de la rama sociosanitaria (psicología o trabajo social, entre otros) a la metodología de apoyo de pares. Todas estas personas habrán de estar específicamente formadas para ejercer sus funciones y contar con apoyo de un equipo multidisciplinar en el que debe haber profesionales con formación y experiencia clínica.
2. **Establecimiento de las herramientas** que ayuden a evidenciar la necesidad de que concurra una persona facilitadora.
3. **Implementación de un verdadero cambio de diálogo y de tiempos en los procesos** en los que intervengan personas con discapacidad en cualquier modalidad. El factor del tiempo habría de mejorar en una doble línea:

- -Por un lado, acortando los tiempos de espera en sede judicial, de forma que la estancia allí resulte más cómoda y aprovechable;
 - -Por otro, redefiniendo el *iter* procesal para reducir el contenido y formato de las preguntas a realizar, junto con el alargamiento de la respuesta de las personas con discapacidad.
4. Promoción de la **accesibilidad psicosocial**, en los términos expuestos.
 5. **Creación de una guía práctica de fácil acceso** en la que se efectúen preguntas tipo según discapacidad que pudieran ser aplicables en el órgano judicial. Para no interpretar que si alguien tarda en contestar es porque miente, o si incurre en contradicción, todo es fruto del imaginario de quien declara. Por lo que, unida a la figura de la persona facilitadora, es absolutamente necesario en todas las declaraciones de personas con discapacidad promover el uso del sistema CAPALIST en el ámbito forense.
 6. **Financiación del sistema.** El equipo multidisciplinar de los juzgados, como es el caso de las personas menores, lo ha de pagar la Administración competente, en este caso como medios materiales la Comunidad Autónoma. Dado lo anterior, debe aprovecharse la experiencia de la mediación y su aplicación en los órganos judiciales para aprovechar ideas como el registro existente para llamamientos y el sistema de cobros. En definitiva, debería ser un servicio público, gratuito.
 7. **Abordaje del problema de las barreras territoriales.** Las zonas rurales que no tienen juzgados especializados van a tener mayores problemas para gestionar este tipo de apoyos. Se deben prever medidas que impidan el aislamiento y la falta de recursos en las zonas rurales.
 8. Con la finalidad de poder detectar los ajustes que sean necesarios, es fundamental que exista un **listado de personas facilitadoras**, así como recursos a los que acudir en caso de situaciones complejas. Pretender que *de facto* sea una persona profesional determinada y cerrada la que determine y ejecute el ajuste no sólo no es viable, sino que, al oficializar el proceso, todo se demorará aún más. Por eso sería conveniente que, desde los colegios profesionales, los abogados y las abogadas de parte soliciten también los ajustes procesales, en caso de conocerlos, y si no, indiquen con prioridad y descripción gráfica la discapacidad a analizar.
 9. Sería necesaria la **creación de diferentes modalidades** de personas facilitadoras para actuar en los distintos órdenes jurisdiccionales, así como atender las diferentes situaciones por tipo de discapacidad.

FUENTES DOCUMENTALES

1. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2022). [Día Mundial de la Salud Mental 2022](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
2. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (15 de octubre, 2022). [Las mujeres del 'Proyecto HUB Genera' lanzan 'Relatoras de futuros', una serie de podcasts para visibilizar sus experiencias y reivindicaciones](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
3. OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. (2021). [Jóvenes y pandemia, miradas expertas](#). Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Vitoria-Gasteiz.
4. Lizárraga, J. y Montero, O. (2 de enero, 2021). [Se considera que el 20% de los niños lleguen a desarrollar un trastorno mental relacionado con la pandemia](#). Noticias de Navarra.
5. Nuevatribuna. (15 de febrero, 2022). [Cuidemos la salud mental infantil](#). Nuevatribuna.
6. Bocchi, A. y Gaya, L. (2 de febrero, 2022). [La salud mental: la pandemia invisible que afecta a los jóvenes](#). La Vanguardia.
7. Antena 3 Noticias. (10 de febrero, 2022). [El aumento de problemas de salud mental entre adolescentes desborda las unidades psiquiátricas de los hospitales](#). Antena 3 Noticias.
8. García, C. (7 de febrero, 2022). [Jóvenes y salud mental: ¿hemos conseguido conectar con la adolescencia durante la pandemia?](#) El País.
9. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), AGIFES, ASAFES, ASASAM y AVIFES. (2021). [Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención](#). Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES).
10. Cano, M. J. (2022). [Presentación estudio "Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención"](#). Parlamento Vasco.
11. Arbaizagoitia Telleria, M. A. [Presentación estudio "Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud en la CAPV. Análisis de las necesidades y recursos de atención"](#). Parlamento Vasco.
12. Asociación Salud Mental Cieza y Comarca (AFEMCE). [Programa #No T-Cortes, cuéntalo](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

13. ASANES Salud Mental Sevilla. [Jóvenes agentes para la prevención de la violencia de género de mujeres con problemas de salud mental](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA
14. Sisó, P.V., Cerezo, E., Alfaro, C. y Plaza, A. (6 de febrero, 2022). [Cinco jóvenes muestran la crudeza de los problemas de salud mental: "Te tocan con un dedo y te destrozan como si fueras ceniza"](#). Antena 3 Noticias.
15. Federación de Esukadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES). (2021). [Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la comunidad autónoma del País Vasco](#). Federación de Esukadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES).
16. Cano, M. J. (16 de mayo, 2022). [Presentación en la Comisión de Salud del Parlamento Vasco](#). Youtube.
17. Martitegui, A. (13 de febrero, 2022). [El riesgo de patologizar la vida cotidiana: sentirse triste no es una enfermedad mental](#). NIUS.
18. World mental health. (2022). [World mental health report: Transforming mental health for all](#). World Health Organization.
19. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de septiembre, 2022). ["Una sociedad que aboca a adolescentes y jóvenes a creer que no hay salida, es una sociedad fallida"](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
20. Fundación FAD Juventud y Fundación Mutua Madrileña. (2022). [Barómetro Juvenil sobre Salud y Bienestar 2021](#). Fundación FAD Juventud y Fundación Mutua Madrileña.
21. Comité Pro Salud Mental En Primera Persona, Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (10 de septiembre, 2022). [Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
22. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (5 de noviembre, 2022). [El CERMI saluda la sentencia del Tribunal Constitucional que declara adecuada a la carta magna una modificación del Código Civil producida por la Ley 8/2021. CERMI](#). Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
23. [Sentencia 106/2022, de 13 de septiembre de 2022. Recurso de inconstitucionalidad 5570-2021. Interpuesto por más de cincuenta diputados del Grupo Parlamentario Vox del Congreso de los Diputados respecto de los apartados décimo y decimonoveno del artículo 2 de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica](#). (BOE núm. 253, de 21 de octubre de 2022).
24. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (4 de noviembre, 2022). [El CERMI saluda que España esté ya plenamente vinculada a la Carta](#)

[Social Europea revisada](#). *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)*.

25. Arnau, S., Arroyo, J.; Centeno, A., Martínez, I., Nóvoa, J.A y Rodríguez-Picavea, A. (2015). [La Asistencia Personal. Características y acciones a tomar para su implantación](#). Foro de Vida Independiente y Diversidad.
26. Benjamin, A. (2015). *Towards a Relational Ontology: Philosophy's Other Possibility*. State University of New York Press.
27. Federación Salud Mental Castilla y León. (2021). [Estudio del Impacto social y económico del Servicio de Asistencia Personal de FAEMA Salud Mental Ávila](#). Federación Salud Mental Castilla y León.
28. Organización de las Naciones Unidas. (2006). [Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#). Organización de las Naciones Unidas.
29. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (27 de octubre, 2017). [Observación general núm. 5 \(2017\) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad \(CRPD/C/GC/5\)](#). Organización de las Naciones Unidas.
30. Kunt, Z. (2021). [Personal Assistance in the Context of Disability Studies and Cultural Anthropology](#). *Hungarian Journal of Disability Studies & Special Education*, 2021/2, pp. 18-24.
31. [European Network on independent living](#).
32. Salud Mental La Palma. [Intervención psicosocial durante la erupción volcánica en cumbre vieja en la isla de La Palma](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
33. Díaz, E. (9 de febrero, 2022). [La trampa de la positividad tóxica para nuestra salud mental: "Nos hacen creer que podemos con todo"](#). *20 Minutos*.
34. Martitegui, A. (13 de febrero, 2022). [El riesgo de patologizar la vida cotidiana: sentirse triste no es una enfermedad mental](#). *NIUS*.
35. Azpiroz, A. (5 de febrero, 2022). [Futuro incierto en la atención de la salud mental, pese a su protagonismo durante la pandemia](#). *ConSalud.es*.
36. Las Claves del Siglo XXI. (11 de febrero, 2022). [El largo proceso para conseguir ayuda psicológica en la sanidad pública](#). *Rtve play*.
37. El País. (4 de septiembre, 2022). [Salud mental en prisión: "Alguien con un trastorno psiquiátrico no encaja y se atasca el problema"](#). *El País*.
38. Comité europeo para la prevención de la tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes (CPT). (2021). [Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes \(CPT\) del 14 al 28 de septiembre de 2020](#).

39. Heraldo de Aragón. (21 de septiembre, 2022). [La prisión no es el lugar adecuado para abordar la enfermedad mental](#). *Heraldo de Aragón*.
40. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2022). *Informe de Intervención en ámbito penitenciario*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
41. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2020). [Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
42. Domínguez Torres, A. (6 de febrero, 2022). [La salud mental en el entorno laboral: “Creí que no valía”](#). *Canarias Ahora*.
43. Asenjo Domínguez, A. (14 de febrero, 2022). [Las empresas pueden evitar el 60% de los problemas de salud mental de la población](#). *El Independiente*.
44. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (1 de mayo, 2022). [Es urgente terminar con las inaceptables cifras de desempleo de las personas con problemas de salud mental](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
45. Federación Salud Mental Castilla y León (2021). [Salud Mental y Bienestar en el Trabajo: guía de adaptaciones y buenas prácticas](#). Federación Salud Mental Castilla y León.
46. ASIEM Salud Mental Valencia. [Trabajamos, formamos, empleamos](#). V Premios Buenas Prácticas de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
47. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (25 de mayo, 2021). [SALUD MENTAL ESPAÑA lanza la primera web sobre salud mental, ODS y Agenda 2030](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
48. Deloitte. (2018). [Objetivos de Desarrollo Sostenible desde una perspectiva empresarial: el camino hacia la Agenda 2030](#). Deloitte.
49. Martínez, N. (2022). La salud mental es un riesgo global. ¿Qué pueden hacer las empresas para abordarlo? *DoGood*.
50. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). [Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies, Mental Health and Work](#). OECD Publishing.
51. World Health Organization. (2010). [Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo](#). World Health Organization.
52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). [Hoja informativa Salud mental en el trabajo de la Organización Mundial de la Salud](#). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS).
53. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). [Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental: 2018](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

54. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2018). [Informe sobre el Estado de las personas con trastornos mentales en España: 2017](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
55. Álamo, M.P. (2020). [Guía de salud mental con perspectiva de género](#). ATELSAM Salud Mental.
56. Barchilón, M. (08 de octubre, 2020). [¿Por qué el género influye en la salud mental? La Vanguardia](#).
57. Regata Cuesta, C. (2019). [La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes](#). *Psicosomática y Psiquiatría*, nº 10.
58. Federación SALUD MENTAL Castilla y León. (2022.). [Salud Mental y Bienestar en el Trabajo. Adaptaciones para Cuidar la Salud Mental](#). Federación. SALUD MENTAL Castilla y León.
59. Cumbre Judicial Iberoamericana (4-6 de marzo, 2008). [Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad](#). XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, Brasilia.
60. Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2020). [Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad](#). Organización de las Naciones Unidas.
61. Cabello de Alba Jurado, F. y Castro-Girona Martínez, A. (2021). La protección jurídica de las personas con discapacidad en el ámbito notarial. En Fernández Martínez, J. M. (dir.), [Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad](#) (209-236). Consejo General del Poder Judicial.
62. Martínez Ortega, J.C. (2022). [El facilitador: herramienta fundamental en la defensa de las personas con discapacidad](#). *El Notario del Siglo XXI*, Nº 101, pp. 36-39.
63. Muñoz Calvo, A. (2021). La protección de los derechos de las personas con discapacidad en el registro de la propiedad. En *Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad*. En Fernández Martínez, J. M. (dir.), [Guía de Buenas Prácticas sobre el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad](#) (237-256). Consejo General del Poder Judicial.
64. Fundación Aequitas. (15 de marzo, 2017). [“El acceso a la Justicia no puede verse limitado por la discapacidad”](#). *Fundación Aequitas*.

Informe sobre el Estado de los DERECHOS HUMANOS en salud mental, 2022

Colabora:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL