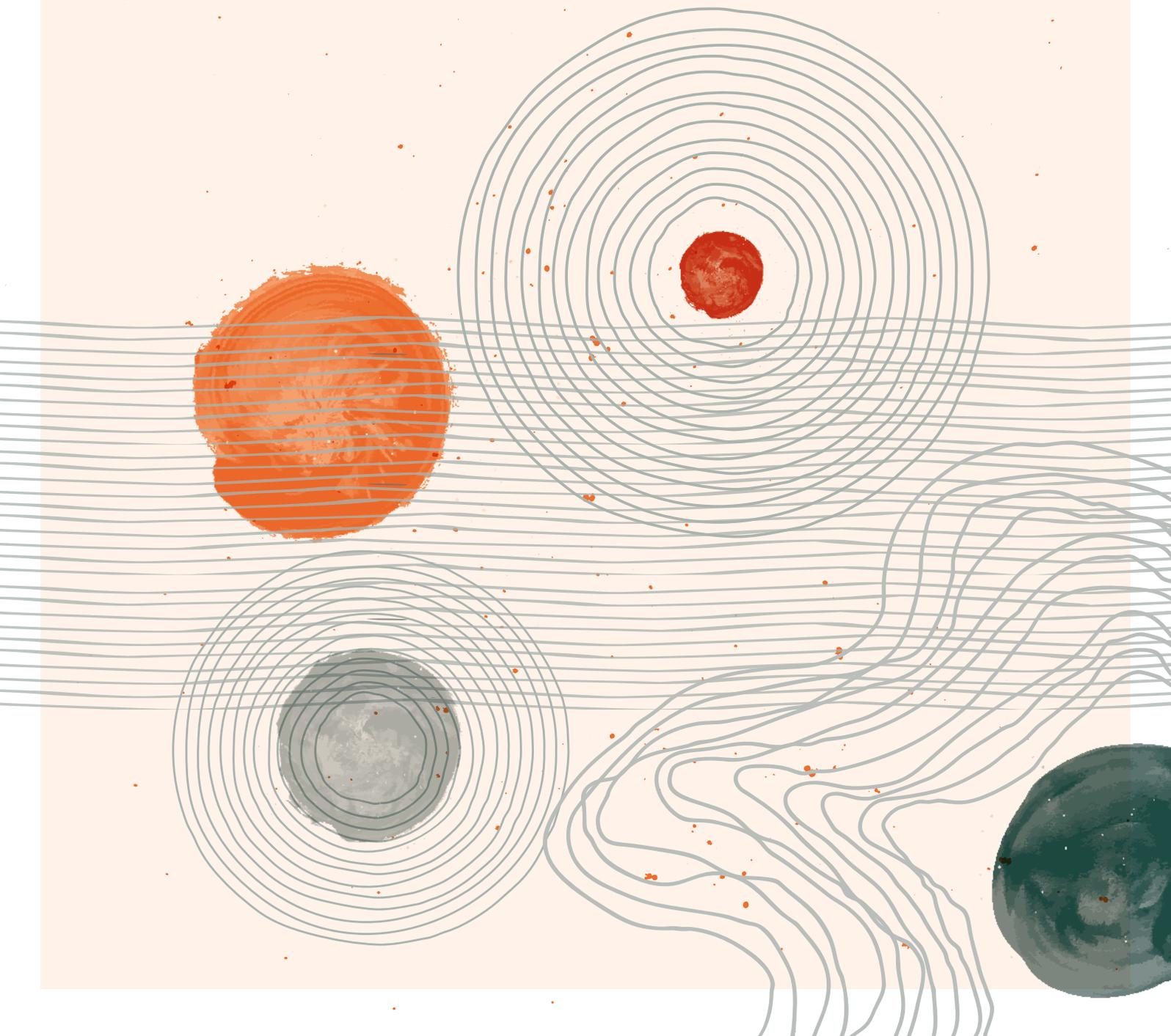


Informe sobre el estado de los

Derechos Humanos en Salud Mental 2024



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

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

- Ana Mingorance Martín (*Federación Salud Mental Andalucía*).
- Patricia Hernández Bernal (*Federación Salud Mental Aragón*).
- Eladio Rico García (*AFESA Salud Mental Asturias*).
- Alejandro González Betancort (*Federación Salud Mental Canarias*).
- Ignacio Fernández Allende (*ASCASAM-Salud Mental Cantabria*).
- Montserrat Vázquez Lolo (*Federación Salud Mental Castilla-La Mancha*).
- Néstor Ceballos López-Manzanares (*Federación Salud Mental Castilla-La Mancha*).
- Ángel Lozano de las Morenas (*Federación Salud Mental Castilla y León*).
- Cristina Guilarte Martín Calero (*Federación Salud Mental Castilla y León*).
- Rosa María Álvarez Redondo (*Federación Salud Mental Castilla y León*).
- Iván Cano Prieto (*Federació Salut Mental Catalunya*).
- Inmaculada Carrasco Gutiérrez (*Asociación Salud Mental Ceuta*).
- Inmaculada Valero Almagro (*FEAFES Salud Mental Extremadura*).
- Iván Sanmartín Eirin (*Saúde Mental FEAFES Galicia*).
- Carmen García Bartolomé (*Salud Mental La Rioja*).
- Marta Gómez Rubio (*Salud Mental La Rioja*).
- Juan José Gil Otero (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Fernando Matey Fernández (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Angélica García Marroquín (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Adriana Sanclemente Gámez (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Martín José Jiménez Martínez (*Federación Salud Mental Región de Murcia*).
- Rosario Garrigós Gómez (*Federación Salud Mental Región de Murcia*).
- Aitziber Yarnoz Lusarreta (*Asociación Navarra para la Salud Mental-ANASAPS*).
- María José Cano Mesías (*Federación Salud Mental Euskadi*).
- Gonzalo Nielfa Murcia (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).
- Llum Moral (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).
- Pablo Martínez Acebrón (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).

Publicación: Madrid. Mayo de 2025.

Diseño gráfico y maquetación: La Factoría de Ediciones, SL.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*. Puedes escribirnos para solicitar nuestra autorización a: confederacion@consaludmental.org.

© Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Edición:



Colabora:



Índice

Presentación	6
1. Introducción	7
2. Obligaciones generales.	9
2.1. Aspectos a tener en cuenta	9
2.1.1. Sinhogarismo y salud mental	9
2.2. Recomendaciones	13
3. Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación.	15
3.1. Aspectos a tener en cuenta	15
3.1.1. Feminización del sinhogarismo	15
3.1.2. Sobrecarga mental de las mujeres y trabajo	17
3.1.3. Información sobre el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA	18
3.2. Denuncia	21
3.2.1. Exclusión de las mujeres con problemas de salud mental en servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género del Ayuntamiento de Madrid	21
3.3. Buena práctica.	22
3.3.1. Desarrollo del Proyecto Julia para combatir las discriminaciones múltiples de las mujeres rurales con problemas de salud mental	22
3.4. Recomendaciones	25
3.4.1. Incorporar los mandatos de género al ámbito de la salud mental	25
3.4.2. En el ámbito sanitario.	25
3.4.3. En el ámbito de los servicios sociales.	26
3.4.4. En el ámbito del empleo	26
3.4.5. En el ámbito de la prevención y detección de la violencia de género e intrafamiliar.	27
3.4.6. En el ámbito del sinhogarismo	28
3.4.7. En el ámbito rural	29
4. Derechos de los niños y las niñas	31
4.1. Aspectos a tener en cuenta	31
4.1.1. La salud mental en la infancia y adolescencia: uno de los desafíos sanitarios más grandes de nuestro tiempo	31
4.1.2. Falta de prevención, futuro hipotecado.	34
4.1.3. Protección contra la violencia, abuso y acoso	34
4.2. Denuncia	38
4.2.1. Falta de recursos especializados en los servicios autonómicos de salud	38
4.2.2. Contención y aislamiento como respuesta a las carencias del sistema sanitario en salud mental infanto-juvenil	38
4.3. Buenas prácticas	40
4.3.1. 'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género	40
4.4. Recomendaciones	45
4.4.1. Al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas.	45
4.4.2. Al Ministerio de Educación y a las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas	50

4.4.3. A las Administraciones públicas de ámbito estatal, autonómico y local	53
4.4.4. A las instituciones públicas y privadas y a los medios de comunicación	66
4.4.5. Al sector privado	66
5. Toma de conciencia	68
5.1. Aspecto a tener en cuenta	68
5.1.1. Salud mental y acceso de las personas jóvenes a los derechos económicos, sociales y culturales	68
6. Accesibilidad	70
6.1. Aspectos a tener en cuenta.	70
6.1.1. La accesibilidad psicosocial como asignatura pendiente	70
6.1.2. Acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental	73
6.2. Recomendaciones	74
7. Derecho a la seguridad y protección en situaciones de riesgo, emergencias humanitarias y desastres naturales	77
7.1. SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer colaboran para apoyar psicológicamente a las víctimas de la DANA.	77
8. Igual reconocimiento como persona ante la ley	79
8.1. Aspectos a tener en cuenta.	79
8.1.1. A modo de introducción.	79
8.1.2. Impacto de la reforma en la vida de las personas con problemas de salud mental . .	80
8.1.3. Problemas que nos hemos encontrado por el camino a la hora de implementar la norma	83
8.1.4. ¿Qué proponemos?	84
9. Acceso a la Justicia	88
9.1. Logro.	88
9.1.1. La Comunidad de Madrid incluye a las personas con problemas de salud mental como beneficiarias de los servicios de la persona facilitadora en los procesos judiciales.	88
10. Derecho a la libertad y seguridad	90
10.1. Aspecto a tener en cuenta	90
10.1.1. La senda marcada por la Recomendación del CDBIO sobre respeto a la autonomía en salud mental	90
10.2. Recomendaciones	92
11. Respeto del hogar y de la familia	94
11.1. Aspectos a tener en cuenta	94
11.1.1. El derecho de las personas con discapacidad al respeto al hogar y la familia en el marco internacional de derechos humanos	94
11.1.2. Vulneración del derecho de las personas con problemas de salud mental al respeto del hogar y la familia	97
11.2. Recomendaciones	99
12. Derecho a la educación	101
12.1. Aspecto a tener en cuenta	101
12.1.1. Necesidad de educación en salud tanto física como emocional	101
12.2. Denuncia	102

12.2.1. Déficit de apoyo económico para garantizar el acceso a la educación	102
12.3. Buena práctica	103
12.3.1. La IV edición del programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva'	103
12.4. Recomendaciones	105
13. Derecho a gozar del más alto nivel posible de salud	106
13.1. Aspectos a tener en cuenta	106
13.1.1. Equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud y salud mental . . .	106
13.1.2. Aumento de los problemas de salud mental entre el alumnado de los centros educativos de España.	107
13.2. Recomendaciones	108
14. Derecho a trabajar en igualdad de condiciones que las demás personas . . .	110
14.1. Aspectos a tener en cuenta	110
14.1.1. Cuando el trabajo duele	110
14.2. Denuncia	112
14.2.1. Se sigue sin promover un empleo sostenible para las personas con problemas de salud mental	112
14.3. Recomendaciones	114
15. Bibliografía	117

Presentación

Celebramos 10 años desde que la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA decidió publicar anualmente un Informe sobre estado de los Derechos Humanos en salud mental. Como reza el tango '20 años no es nada', diez lo son menos aún.

Si echamos la vista atrás y analizamos aquellos primeros informes, nos damos cuenta de que en muchos aspectos ha cambiado poco la situación. Las personas con problemas de salud mental siguen sufriendo ingresos y tratamientos involuntarios, contenciones mecánicas y químicas, falta de información y consentimiento sobre sus tratamientos, discriminación y estigma, etc. Aún queda mucho por hacer y en esa senda está la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Me gustaría hacer un llamamiento desde aquí a todo nuestro movimiento asociativo y la sociedad civil, en general, a seguir movilizándonos. A no parar de reivindicar ni de luchar por esos pocos, poquísimos, derechos conseguidos.

Hemos de ser conscientes de que los derechos adquiridos, y especialmente aquellos que más benefician a las minorías y colectivos vulnerables, están siempre en la cuerda floja. Cuesta mucho alcanzarlos, pero se pueden destruir en cuestión de segundos. Los mismos que tarda una persona en firmar un papel. Y esto, lamentablemente, nos hace más vulnerables aún.

Nos encontramos ante una situación global, cada día más extendida, muy propicia para perder todos esos derechos logrados. Por eso, más que nunca, es el momento de utilizar el sentido común y desarrollar un espíritu crítico que nos impulse a no bajar los brazos y seguir luchando.

En SALUD MENTAL ESPAÑA, desde luego, no nos vamos a rendir. Prueba de ello, es que la **línea 1** de nuestro recién estrenado **Plan Estratégico 2024-2028**, se centra en **la defensa de derechos, la lucha contra el estigma e incidencia política**.

Creamos, además, hace más de dos años el *Observatorio de Derechos, Salud Mental e Igualdad*. Una poderosa herramienta para recopilar datos e información que nos permitirán tener una base sólida para llevar nuestras reivindicaciones y demandas a las Administraciones públicas. Quisiera apelar a la colaboración ciudadana con el Observatorio, trasladando denuncias y demandas, de manera que podamos influir en las políticas públicas de mejora de la salud mental.

Y contamos, también, dentro de nuestras entidades, con auténticos y auténticas activistas, que han vivido las vulneraciones de sus derechos en primera persona, y que no van a dar ni un paso atrás.

Nuestro reto ahora, entre otros, es atraer al activismo más joven, para sumar la fuerza de la lucha de las nuevas generaciones, porque el futuro es suyo.

Nel González Zapico



Presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

1. Introducción

Irene Muñoz Escandell

Asesora Jurídica y coordinadora de la Comisión de Defensa de Derechos Humanos
de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

«Porque amo la vida y disiento».¹ Con esta afirmación revolucionaria, la filósofa Remedios Zafra nos propone rebelarnos frente al hacer mecánico que no solo destruye los vínculos, sino que también, convertido en automatismo, les impide volver a crecer. Después del necesario proceso de toma de conciencia, se vuelve urgente construir otra forma de relacionarnos, llamando a la acción para desarrollar redes de gobernanza local —alternativas a los modelos de gestión pública tradicionales— y sistemas comunitarios que, al tiempo que democratizan la pertenencia y promuevan la responsabilidad colectiva, se ajusten a una interdependencia que es rasgo principal de la naturaleza humana. Esto es así porque las personas necesitan de las personas, porque somos frágiles, aunque los medios de comunicación —en los que se integran también las redes sociales— nos quieran vender lo contrario: el espejismo de la felicidad permanente y el mantra de la autosuficiencia del «si quieres, puedes». A caballo de estas ficciones, podemos terminar defendiendo como Pangloss, el personaje de *Cándido* de Voltaire, que «todo va de la mejor manera en el mejor de los mundos posibles» y si no es así, es porque no hemos puesto lo suficiente de nuestra parte. Pero no, no siempre lo que se quiere, se puede. De hecho, precisamente, en esta ambición incompleta radica nuestra esencia humana y cuanto antes nos demos cuenta, cuanto antes tomemos conciencia de nuestra vulnerabilidad, antes sentiremos como propio e imprescindible el impulso de cooperación.

Esta falacia de la autosuficiencia ha contribuido a la consolidación de sistemas y espacios hostiles para la persona. Con el pretexto de la eficiencia y la justificación en la falta de medios o la precariedad de los recursos, aceptamos lo inaceptable y asumimos como irremediables realidades sobre las que, simplemente, no nos hemos detenido a pensar. Unas actividades —detenerse y pensar— para las que, dicho sea de paso, tampoco corren buenos tiempos. La monetización de la vida humana, la inmediatez del cortoplacismo, la ausencia de un debate público que trascienda la autoafirmación y el objetivo prioritario de maximizar la rentabilidad perpetúan un enfoque esencialmente capacitista y restrictivo de los derechos y libertades de las personas con problemas de salud mental que deja poco margen para explorar la sostenibilidad de otros mundos verdaderamente posibles.

Abrir los ojos a nuestra naturaleza contingente, inherente a la existencia humana, requiere un previo cambio de mirada que permita percibir la realidad que habitamos sin el atajo del prejuicio y, por descontado, sin el peaje del miedo irracional —no adaptativo— que este conlleva y que conduce a ver como utopías lo que, en realidad, son transformaciones necesarias que solo pueden abordarse desde la acción sin miedo. Por tanto, entre las normas que nos hemos dado para ordenar la convivencia y la realidad sobre la que estas se aplican, hay un espacio vacío en el que se ha de instalar la conciencia. Esta conciencia ha de funcionar como una suerte de

1. Zafra, R. (2024). *El informe: Trabajo intelectual y tristeza burocrática* (p. 199). Barcelona: Anagrama.

sala de máquinas con mecanismos bien engrasados para detectar y abordar las quiebras en dicha convivencia, que suelen derivarse de fracturas en presupuestos básicos como la libertad e igualdad en dignidad y derechos de toda persona, que proclama la *Declaración universal de los derechos humanos*.

Más allá de los principios, necesarios para guiar las acciones, es importante tener presentes en todo momento las nociones de obligación y responsabilidad. Los derechos humanos y libertades fundamentales, así lo recuerda la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, se caracterizan por su universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación, por lo que la obligación de garantizar a estas personas su ejercicio pleno y sin discriminaciones está fuera de toda duda. Por eso, en su artículo 4, este tratado sitúa en los Estados parte la responsabilidad de esa tarea, lo que implica el compromiso de adoptar medidas, así como de elaborar y aplicar la legislación y políticas precisas para hacerlos efectivos, contando con la participación —participación real, no meramente formal o diseñada para «cubrir el expediente»— de la población a la que estas se dirigen.

Como advierte Martha C. Nussbaum en su obra *La monarquía del miedo*,² «no actuar decididamente en pos de la justicia, por difícil que sea», nos lleva a cometer lo que Cicerón denominó «injusticia pasiva». Por eso, un año más, este informe tiene como objetivo mostrar una parte de la realidad que enfrentan muchas personas con problemas de salud mental, y contribuir así a conformar una hoja de ruta mirando de frente los márgenes, sin atajos, a conciencia y con la esperanza activa de construir un futuro que valga la pena.

2. Nussbaum, M. (2024). *La monarquía del miedo: Una mirada filosófica a la crisis política actual* (p. 276). Barcelona: Paidós.

2. 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.

2.1. Aspectos a tener en cuenta

2.1.1. Sinhogarismo y salud mental

«Gente sin casa, casas sin gente». Es el final de la canción *No hay tanto pan*, de Silvia Pérez Cruz. En ella denuncia **los desahucios, una de las numerosas causas de que una persona, de la noche a la mañana, se encuentre sin recursos, viviendo en la calle y profundamente afectada por un problema de salud mental**. Es una situación que sigue, empeora y nunca toca techo. Le ocurrió a **África**, de 52 años, que con 47 perdió su empleo en una empresa de limpieza tras diagnosticarle cáncer. Al perder el trabajo, su situación económica, naturalmente, empeoró, hasta el punto de que el banco la desahució y se quedó en la calle. «Para mí fue desgarrador quedarme sin hogar. El mismo día en que nació mi nieta, me quedé sin casa», recuerda África, quien a raíz del desahucio comenzó a desarrollar trastornos mentales, que la vida sin un hogar fue agravando.

Desorientación, varias crisis, estancias en albergues donde afirma no sentirse segura, incluso intentos de suicidio han sido algunos de los duros episodios en la vida de África. «Tuve una tentativa de suicidio. Acudí a Fundación RAIS para despedirme de mis hijos, cuando **Carmen Tamayo** (una de las trabajadoras de la organización en aquel momento) descubrió mis intenciones. Entonces me ayudó y me animó a entrar en Mujereando», un proyecto teatral para mujeres sin hogar, que coordina Tamayo y que fue la tabla que mantuvo y, aún hoy, mantiene a flote a África. Junto a esa tabla, encontró los remos para poder avanzar en [ASAENES Salud Mental Sevilla](#), entidad del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, donde recibe los apoyos y recursos que necesita para poder reorientar su vida. África vive en una tienda de campaña con su pareja, alejada de algunas «malas experiencias de acoso o robos» que ha tenido en albergues y que le provocaban un empeoramiento de su salud mental, aunque su aspiración indiscutible es conseguir un trabajo y una casa. «A través de ASAENES, hago todo lo posible para encontrar un trabajo», señala África quien «todavía» se siente «útil para seguir adelante y tener un trabajo, estabilidad, un apartamento, aunque sea pequeño; tener un hogar y recuperar una vida en condiciones». **Maite Marcos**, coordinadora técnica de ASAENES en 2020, explica que la entidad gestiona, junto con Faisem, un centro de día de baja exigencia, es decir, muy flexible en cuanto a la atención y que se adapta a las necesidades de cada persona en cada momento: «El

centro intenta cubrir las necesidades básicas de higiene, con duchas y lavandería, vestuario y alimentación, hacemos seguimiento en el tránsito al alojamiento, damos apoyo farmacológico, ya sea para un trastorno mental o por cualquier otra dolencia, y hacemos acompañamientos a consultas médicas de salud mental, Atención Primaria, etc.», detalla Marcos.³

Según los últimos datos del INE, en los últimos 10 años se ha producido en España un incremento del 25 % en el número de personas sin hogar. La potenciación de **modelos centrados en la vivienda** ha reducido, como se señala desde la RED FACIAM: Hogar, Futuro y Comunidad, de ámbito estatal (en adelante, [RED FACIAM](#)), la incidencia y el debate sobre el sinhogarismo a un elemento exclusivo de privación material y de falta de acceso a un derecho. **Sin embargo, para el abordaje de este grave problema no se está teniendo en cuenta otro elemento esencial como es el de la salud mental**, el cual permite enmarcar el cuadro descriptivo de la exclusión desde un enfoque mucho más complejo, centrado en la persona, y, por tanto, más ajustado a una realidad. Por ello, hay una necesidad acuciante de abrir la perspectiva al **abordaje de la salud mental del conjunto de la población, en general, y de la protección social de grupos extremadamente vulnerables y excluidos de la sociedad, como son las personas con problemas de salud mental, en particular.**

RED FACIAM subraya la acuciante necesidad de abrir la perspectiva al **abordaje de la salud mental del conjunto de la población**, un enfoque que va más allá de la «enfermedad diagnosticada» y alcanza a aspectos como el **«sinhogarismo oculto»**, tanto en su faceta vinculada a la exclusión residencial —que puede conducir al sinhogarismo más grave—, como a la que tiene que ver con las personas que una vez solventado el acceso a una vivienda desaparecen del **«paradigma de la intervención y el acompañamiento»**. Desde RED FACIAM subrayan que, una vez cubiertos los gastos residenciales, los índices de pobreza monetaria en España son muy elevados y cualquier pequeña crisis convierte en personas sin hogar a grandes grupos de población que carecen de soportes vitales para la supervivencia en el medio y largo plazo. Sin embargo, gran parte de las intervenciones que se realizan ponen en el centro la consecución de una vivienda o un espacio residencial y, una vez conseguido, los niveles de acompañamiento social tienden a descender y minimizar el conjunto de procesos vinculados al sinhogarismo.⁴

Además, existe el problema de la no utilización de prestaciones, servicios públicos o programas sociales por parte de aquellos que cumplen criterios de elegibilidad. Esto constituye una **brecha de cobertura o lo que se conoce como non take-up**. Es decir, se produce una infrutilización de las oportunidades disponibles y, potencialmente, merma la efectividad de las acciones sociales impulsadas por las Administraciones públicas, tanto por desconocimiento de la propia norma, como por renuncia del trámite durante el proceso, debido a su dificultad o a la falta de acompañamiento de la Administración, así como por los obstáculos y barreras burocráticas que dicho proceso implica.⁵ En otras palabras, como señala Thomas Ubrich, miembro del equipo

3. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (05 de febrero, 2021). [«El sinhogarismo y los trastornos mentales no tocan techo»](#). *Revista Encuentro*, 2, 2020.
4. *Ibid.*
5. Ayuso Leno, M. E. (coord.). (2022-2023). [Más allá de la vivienda](#). RED FACIAM.

Estudios de Cáritas Española, esta expresión se refiere a la brecha existente entre los derechos escritos en el papel y los derechos en la práctica.^{6,7}

La asociación **El Puente Salud Mental Valladolid**, es otra de las entidades de SALUD MENTAL ESPAÑA que ofrece recursos de acompañamiento y habitacionales a personas sin hogar con trastornos mentales. La trayectoria de estos recursos nació tras detectar la necesidad de apoyo a personas sin hogar con trastorno mental en la ciudad de Valladolid. La asociación ofrece acompañamiento a las consultas médicas y acceso a primeras visitas en salud mental, apoyo en la búsqueda de empleo, ayuda en trámites administrativos o en la búsqueda de alojamiento donde, reconoce, «hay muchas dificultades».

Mónica Marcos, educadora social y técnica referente del Programa de Inclusión Social de Salud Mental de la entidad en 2020, admitía en aquel momento que «es complicado encontrar viviendas, porque el alquiler en su mayoría se ofrece solo a estudiantes, y en la asociación tampoco tenemos una red de contactos de personas que sepamos que alquilan sus casas. A ello se suma, que muchas personas en situación de calle no tienen ningún ingreso y eso dificulta también el acceso a la vivienda». Es decir, tener una casa es una herramienta esencial para la recuperación.⁸

Hay que abordar el problema urgentemente y pensar en soluciones. Una de ellas sería el modelo *Housing First*. Este modelo, que surgió hace 20 años en Estados Unidos, invierte el planteamiento tradicional de afrontar el sinhogarismo, ofreciendo a la persona, como primer recurso, una vivienda, en lugar de obligarla a ir superando pasos: de la calle a un albergue, después a un alojamiento temporal y, por último, una vivienda permanente a la que un alto porcentaje de las personas no llega porque el proceso es demasiado largo.

En España, la organización **Hogar Sí** apuesta por esta metodología para la reconstrucción vital de las personas sin hogar, ya tengan un trastorno mental o no, aunque desde la entidad sostienen que «la vivienda es un elemento esencial en el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental».⁹

La experiencia de **Carmen Flores Barrul**, de 51 años, es una de las muchas que certifica este éxito del modelo *Housing First*. Después de 34 años viviendo en la calle, en 2020, llevaba cinco en una vivienda proporcionada por Hogar Sí, conviviendo con su pareja y su perro.

6. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Secretaría General de Inclusión. (2024). Análisis sobre la brecha de cobertura en la implantación del ingreso mínimo vital (IMV): Informe del fenómeno non take-up. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Secretaría General de Inclusión, Gobierno de España.

7. Ubrich, T. (2023). «Non take-up o desaprovechamiento de los derechos: la brecha entre las prestaciones sociales sobre el papel y en la práctica». Documentación social. *Revista para pensar la intervención social*, n.º 13, 2023.

8. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (05 de febrero, 2021). «El sinhogarismo y los trastornos mentales no tocan techo». *Revista Encuentro*, 2, 2020.

9. *Ibid.*

Durante esos cinco años, Carmen no faltó a una visita con su psiquiatra y no sufrió ninguna crisis. Tener esta casa le proporcionó una estabilidad, no solo material sino también, y sobre todo, mental y emocional. Cada semana recibía la visita de su técnico de referencia, quien realizaba principalmente funciones de acompañamiento: a la consulta de la psiquiatra, o si es necesario, al centro de salud, o a hacer cualquier otra gestión que requiriese.

Su vida en la calle, como ella misma define «nunca ha sido normal». Nació en el barrio de Pan Bendito, en Madrid. Hija única, su madre la abandonó al nacer y se crió con su abuela paterna. De sus recuerdos de infancia le quedan los malos tratos que sufría constantemente y que hacían que su único deseo fuese huir. «Me pegaban y me ataban con cadenas para que no pudiera escapar», recuerda con dolor. A los 12 años consiguió huir y desde esa edad ha vivido en la calle, hasta que, el día de su 46 cumpleaños, le hicieron «el mejor regalo que me podían hacer. Las llaves de esta casa», comenta con una amplia sonrisa.

El maltrato en su infancia le dejó importantes secuelas en su salud mental, que la situación de calle empeoró, provocándole una discapacidad reconocida del 67%. Sin estudios, sin saber leer ni escribir, ha sustentado gran parte de su vida en los hurtos para poder comer y sobrevivir. Ahora, recibe una pensión por discapacidad, con la que puede asumir parte de los gastos de la casa.

Al igual que África, ha tenido malas experiencias en los albergues. «Son lugares conflictivos, donde hay robos y peleas, y en el último vi cómo un chico se suicidaba. Todos los días decía que se iba a suicidar, pero nadie le hacía caso. Hasta que un día lo hizo. Y yo también lo he intentado, varias veces», confiesa.

Estos años, afortunadamente, ya quedaron atrás para dar paso a un presente en el que «lo que más disfruto son las duchas por la mañana. Me siento como si me hubiera tocado la lotería», asegura Carmen y afirma que no cambiaría su situación actual «ni por todo el dinero del mundo».¹⁰

Las vidas de África o de Carmen son, lo creamos o no, ejemplos de lo que nos podría ocurrir a cualquiera, porque todas las personas estamos en riesgo de desarrollar un trastorno mental y porque el sinhogarismo es resultado de un fallo estructural del sistema. Teniendo en cuenta estas trayectorias vitales, no se puede obviar otro aspecto importante como es la **feminización del sinhogarismo**, fenómeno intrínsecamente vinculado con la feminización de la pobreza y que se abordará más profundamente en el apartado 3 de este informe.

La **tipología ETHOS** (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) permite estudiar la situación de las personas sin hogar teniendo en cuenta diversas categorías y establecer un marco de actuación a la hora de realizar informes encaminados a dimensionar el número de personas que se encuentran en situación de exclusión residencial. Es tomada como referencia en la mayoría de los censos realizados a nivel nacional y europeo.

Desde ahí, tomando como referencia la vivienda insegura como categoría de análisis, se puede poner el foco de atención en la dimensión psicosocial si se quieren comprender mejor

10. *Ibid.*

las trayectorias de sinhogarismo de las mujeres,¹¹ y para ello es imprescindible abrir la mirada desde una perspectiva de género y sensible con la accesibilidad psicosocial.

Como señala RED FACIAM, profundizar en los indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS (privacidad personal, control de quién entra y quién sale, y sensación de que su vida no corre peligro), es clave si se desea tener una visión multidimensional sobre la exclusión residencial de las mujeres que vaya más allá de los recuentos nocturnos que se realizan en toda España y dejan fuera a un ingente número de personas que se encuentran en situación de vivienda insegura o vivienda inadecuada. Según publica esta misma entidad, factores como ser mujer y ser joven agravan el malestar psicológico y emocional y amplía la posibilidad de una mala salud mental en el colectivo de las personas en situación de sinhogarismo. Sin embargo, la falta de datos al respecto es abrumadora, debido a su tradicional invisibilización. Por lo tanto, hace falta tener una mirada capaz de visibilizar en toda profundidad la multiplicidad de relatos o historias de vida de las personas sin hogar en toda su dimensión y hacerlo siempre desde un triple ángulo: estructural, comunitario e individual.¹²

Además, RED FACIAM destaca otro aspecto como es el incremento de las personas **migrantes** dentro de los sistemas de atención a personas sin hogar, un ámbito en el que toda la asistencia está más centrada en la falta de facilidades para la regularización administrativa que en las consecuencias del propio hecho migratorio en la salud mental de las personas. Por tanto, señalan, reducir la situación de la condición de migrante a una cuestión meramente administrativa invisibiliza el impacto del hecho migratorio en la salud mental. También, esta entidad pone el énfasis en las personas **jóvenes**, un colectivo que había estado poco presente en el sinhogarismo y que, lamentablemente, comienza a despuntar.¹³

2.2. Recomendaciones

En materia de sinhogarismo. Siguiendo lo señalado por RED FACIAM:

- Dotar de una mayor flexibilidad a los recursos del sistema sanitario de atención a la salud mental para que las personas sin hogar puedan generar adherencia a estos. Esto exige que los diversos sistemas de atención dejen de funcionar como compartimentos estancos, empezando a especializarse, bien «socio-sanitariamente» o «sanitario-socialmente».
- Situar a las personas, y no a los sistemas, en el centro de la atención, poniendo el foco en la salud mental. La aparición de carteras mixtas de servicios y la especialización de los recursos sería un buen comienzo en la mejora de la flexibilidad.

11. Universitat de València. Observatorios sobre la Sociedad Valenciana, Laboratorio de Ciencias Sociales (Social-Lab). Tipología ETHOS. Universitat de València.

12. Red Faciam. (7 de marzo, 2024). El 8M también es con y por las mujeres sin hogar y en exclusión residencial. Red Faciam.

13. *Ibid.*

Existen muchas sinergias entre sistemas, con la mirada del sinhogarismo, que habría que potenciar, como por ejemplo entre el educativo y el de servicios sociales, o entre este y el sanitario, o entre este y el de protección de menores. Los equipos psiquiátricos de calle son una buena experiencia que funciona en algunos lugares y que sería muy positivo potenciar y replicar, poniendo el acento en el trabajo desde un enfoque multidisciplinar.

- Formar de manera continua a los equipos profesionales en salud mental.

La formación, entre otros aspectos, ha de incluir las consecuencias psicológicas específicas del hecho migratorio, de posibles traumas subyacentes y de los estresores multiculturales. No se puede ignorar tampoco el efecto coadyuvante en los procesos de empeoramiento de la salud mental del propio proceso de irregularidad administrativa antes mencionado. De hecho, las personas migrantes que lo precisaran deberían tener acceso a las redes de salud mental, independientemente de su situación administrativa.

- Desarrollar un abordaje psicoterapéutico que ofrezca un marco de comprensión, análisis y herramientas de trabajo ante la incertidumbre y pérdida de sentido que pueden padecer personas jóvenes que incluso, habiendo ya pasado por periodos de institucionalización previos, o de vulnerabilidad en su infancia, viven el abordaje del futuro y de sus proyectos vitales con una especial carga estresora.
- Explorar en profundidad la figura de los mentores como herramienta psicosocial entre las personas jóvenes que permita el acompañamiento en un momento de construcción vital.
- Generar programas de incentivo para la contratación y la ayuda a la incorporación laboral de jóvenes en exclusión socioresidencial.
- Crear recursos específicos para las y los jóvenes, a fin de evitar que entren en mecanismos de atención al sinhogarismo que no están pensados para ellos y ellas.
- Flexibilizar los tiempos de permanencia en recursos residenciales y vincular las salidas al cumplimiento de hitos y procesos, más que a normas de funcionamiento o plazos de estancia en los servicios de manera preestablecida. Esta flexibilización puede ser también una manera práctica de reducir la incertidumbre.
- Apostar por programas específicos de integración comunitaria que sirvan de complemento a los programas centrados en la vivienda. Solo de esta manera, una vivienda, un espacio residencial, adquiere la verdadera consistencia para ser considerado un hogar, ya que el derecho a tener una comunidad es un pilar, nos atrevemos a decir, tan sustancial, como el derecho a la vivienda. El acceso incondicionado a una última red de prestaciones públicas tendería a eliminar el efecto del *non take-up* que se da entre las personas con la máxima exclusión social.
- Prestar especial atención al fenómeno de feminización del sinhogarismo, que se desarrollará en el apartado 3 de este documento.

Y, además, en la línea de lo publicado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA:

- Promover, desde el ámbito público, programas de inclusión social para personas con problemas de salud mental.
- Implantar soluciones avaladas por sus buenos resultados, como es el modelo *Housing first*.

3. 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.

3.1. Aspectos a tener en cuenta

3.1.1. Feminización del sinhogarismo

Según el estudio «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria», **la base empírica sobre el sinhogarismo femenino en Europa está menos desarrollada que en el caso de los hombres sin hogar**, encontrándose entre las causas de esta carencia:¹⁴

- La experiencia del **sinhogarismo encubierto**. La mayoría de las investigaciones se centran en la calle y los albergues de emergencia, espacios mayoritariamente ocupados por hombres.
- La menor atención al **sinhogarismo familiar**. Por ejemplo, las madres solas con menores a cargo son visibles cuando existen sistemas de apoyo específicos y registran sus actividades, pero no son necesariamente visibles en otros contextos (Canet Benavent y Galán Sanantonio, 2022).¹⁵
- **La carencia de un examen de la situación en la que se encuentran las mujeres sin hogar solteras en situación de calle**. Se toma nota de su presencia, pero no se examinan en profundidad sus circunstancias.
- **La falta de registro de la experiencia de la violencia de género que causa la falta de hogar**. No se reconoce o analiza suficientemente como falta de hogar, sino que se trata como un problema social «separado» de la referida violencia de género (Mayock *et al.*, 2016).¹⁶

14. Gandarias Goikoetxea, I., Navarro Lashayas, M. A. y García Cid, A. (2024). «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria». *Revista Prisma Social*, 44, 105-128.

15. *Ibid.*

16. *Ibid.*

El trabajo elaborado por Gandarias Goikoetxea, Navarro Lashayas y Garcia Cid¹⁷ pone de relieve que los estudios sobre sinhogarismo femenino apuntan a una realidad que no está en el foco de atención en esta materia y es la que tiene que ver con cómo las mujeres utilizan, en mayor medida, estrategias relacionales para no acabar en la intemperie, como pueden ser la petición de ayuda a familiares y amigos, pero también la de tener sexo a cambio de un alojamiento (Layna *et al.*, 2020; Matulic *et al.*, 2019).¹⁸ Esto último, señalan, es juzgado muchas veces desde las instituciones sociales como una degradación moral de las mujeres por transgredir los roles sociales que les son asignados culturalmente, cuando debería visibilizarse esta estrategia desde una mirada de agencia y no de mayor vulnerabilización de las mujeres, más aún si se tiene en cuenta el mayor riesgo de sufrir violencia que tiene este sector de población. Por ello, destacan, es importante incidir y profundizar en la **categoría ETHOS de vivienda insegura**, porque es una realidad constatada que el hecho de estar empadronada o tener la opción de residir en una vivienda (y no a la intemperie), incluso cuando se tiene documento de tenencia de una casa, no es equivalente a sentir seguridad en la vivienda. Las mujeres se ven sujetas a formas menos visibles de exclusión residencial que definen experiencias y trayectorias vitales diferentes a las de los hombres. Por ejemplo, la cohabitación forzosa con familiares y amistades; la residencia en infraviviendas y viviendas inseguras; o el acceso a la vivienda a través del empleo por necesidad, como sucede con muchas trabajadoras del hogar internas. De ahí que sea esencial indagar en las variables de adecuación y seguridad de la vivienda y no únicamente registrar dónde o si se ha dormido bajo un techo (Edgar y Meert, 2005),¹⁹ que son las preguntas habituales en la mayoría de las investigaciones sobre personas sin hogar y de las que, erróneamente, se va a desprender que el de las mujeres es un sector de población sin especial problemática residencial.²⁰

Ante este panorama, la **convergencia de desigualdades** emerge como un factor crítico en el sinhogarismo femenino, destacándose la creciente presencia de mujeres y migrantes. Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022) revelan que las mujeres constituyen el 23,3 % de la población sin hogar en España, mientras que la población migrante extracomunitaria representa el 41,6 %. Dentro de esta última, un 37,2 % son mujeres, marcando así una intersección crucial que exige una atención inmediata. Además, la Estrategia Nacional para la Lucha contra el Sinhogarismo en España 2023-2030 revela que las mujeres jóvenes de menos de 29 años en esta situación han aumentado un 36,1 % en los últimos 10 años.²¹

En este mismo sentido, diversos estudios, como el Informe de la RED FACIAM, destacan que **el 60 % de las mujeres en situación de sinhogarismo han sido víctimas de algún delito**, principalmente delitos sexuales. Según Cruz Roja, el 21 % ha sufrido agresiones sexuales, el 20 % ha sufrido acoso o persecución, y el 35 % ha vivido humillaciones.²²

17. *Ibid.*

18. *Ibid.*

19. *Ibid.*

20. Red Faciam. (7 de marzo, 2024). El 8M también es con y por las mujeres sin hogar y en exclusión residencial. Red Faciam.

21. Budian, R. y Salvador, S. (22 de marzo, 2024). «La realidad invisible de las mujeres sin hogar». *Ethic*.

22. *Ibid.*

Raluca Budian —investigadora postdoctoral del Instituto de Innovación Social de Esade y del Observatorio de la Vivienda Digna— y Susanna Salvador —directora asociada del mismo Observatorio— destacan que este fenómeno está intrínsecamente vinculado con la feminización de la pobreza, donde las desigualdades de género ejercen una presión desproporcionada sobre las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.²³

La tipología ETHOS, a la que se ha hecho referencia, permite estudiar la situación de las personas sin hogar teniendo en cuenta diversas categorías y encaja con la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) (2007) que define a las personas sin hogar como:²⁴ «Aquellas personas que **no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado**, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma».

Esta tipología permite, como se ha visto, un marco de actuación a la hora de realizar informes encaminados a dimensionar el número de personas que se encuentran en situación de exclusión residencial, poniendo el foco de atención en la dimensión psicosocial para detectar y abordar las trayectorias de sinhogarismo de las mujeres²⁵ desde una perspectiva de género.

Por tanto, la profundización en los indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS es esencial para disponer de una visión multidimensional sobre la exclusión residencial, en los términos que ya se han expuesto.

3.1.2. Sobrecarga mental de las mujeres y trabajo

El estudio de la consultora Deloitte «Mujeres en el trabajo 2024» revela que los **crecientes niveles de estrés y la mala salud mental entre las mujeres** persisten y una menor cantidad de mujeres dicen no sentirse apoyadas por sus superiores para equilibrar las responsabilidades laborales con sus compromisos fuera del trabajo, una tendencia que está llevando a algunas mujeres a cambiar de lugar de trabajo.²⁶

Los principales hallazgos de este estudio han sido los siguientes:

23. *Ibid.*

24. Universitat de València. Observatorios sobre la Sociedad Valenciana, Laboratorio de Ciencias Sociales (Social-Lab). Tipología ETHOS. Universitat de València.

25. *Ibid.*

26. Deloitte Global. (2024). Women @ work 2024. A Global Outlook. Deloitte Global.

- **El estrés y las largas jornadas laborales afectan cada vez más la salud mental de las mujeres.**²⁷
- Las mujeres cargan con **mayores responsabilidades en las tareas del hogar y esta carga está afectando sus carreras.**
- Las mujeres se sienten **inseguras en el lugar de trabajo y presencian comportamientos no inclusivos, especialmente en los grupos subrepresentados.**
- Las mujeres están **trabajando con dolor.** Más de una cuarta parte de las mujeres experimentan problemas de salud relacionados con la menstruación, la menopausia o la fertilidad.
- **Las políticas híbridas y de regreso a la oficina, la flexibilidad y el equilibrio entre vida personal y laboral son claves para retener a las mujeres en su vida laboral.**
- **Hacen falta más líderes de igualdad de género,** ya que se ha advertido que la cultura empresarial parece obstaculizar la retención y el avance profesional de las mujeres.

3.1.3. Información sobre el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

La igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres constituye, para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la principal herramienta en la lucha contra las desigualdades estructurales basadas en el género y, por tanto, un aspecto fundamental en la atención y cuidado de la salud mental. Así, la Confederación, que contempla en sus Estatutos la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, entiende que la atención a la diversidad del complejo tejido social pasa por incorporar de forma transversal dicha igualdad de oportunidades, entendida no solo como una cuestión de derechos humanos, sino también como uno de los pilares básicos para construir un mundo pacífico y sostenible, favoreciendo la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales, como parte de la sociedad civil, tenemos el compromiso de cumplir.

En cumplimiento con este compromiso con la igualdad y a fin de identificar las desigualdades reales y potenciales entre mujeres y hombres, se proporcionan los **datos del servicio De Asesoría Jurídica de SALUD MENTAL ESPAÑA**, desagregados por sexo, utilizando tres indicadores básicos:

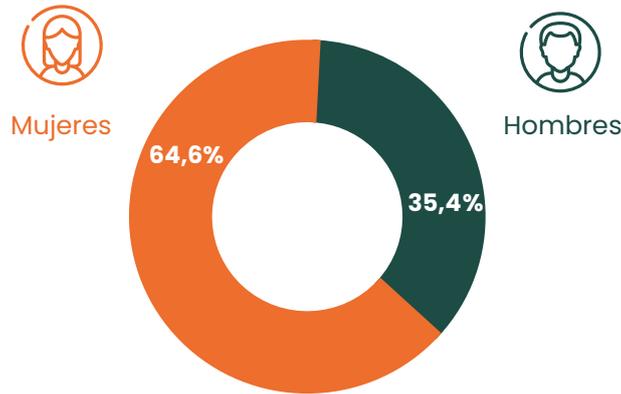
- Porcentaje de demandas atendidas.
- Perfil de las personas demandantes de asesoramiento.
- Modo de acceso al servicio.
- Tipo de demandas planteadas.

27. [Revistaeyn.com](https://www.revistaeyn.com). (10 de junio, 2024). [Estudio: Estrés y largas jornadas afectan cada vez más la salud mental de las mujeres. Revistaeyn.com.](https://www.revistaeyn.com)

Porcentaje de demandas atendidas

Del total de demandas atendidas durante el año 2024 (96), un 64,6 % fueron efectuadas por mujeres y un 35,4 % por hombres.

Demandas atendidas



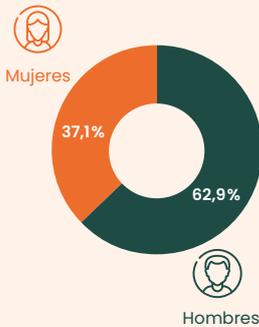
Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

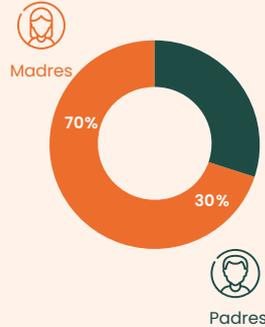
A la hora de estudiar el perfil de las personas que utilizan el Servicio de Asesoría Jurídica se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Se trata de una persona con problemas de salud mental.
- Se trata de una persona vinculada afectivamente a otra con problemas de salud mental, 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:

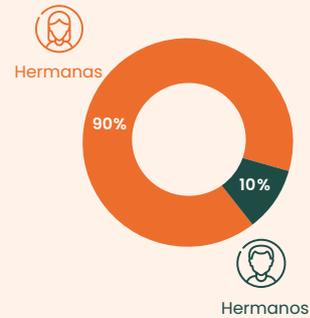
Las personas con problemas de salud mental representan el 64,6% de las demandas efectuadas



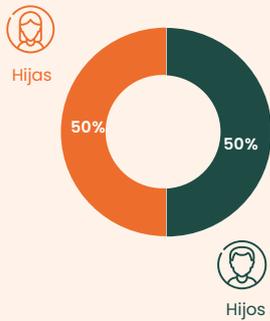
El 10,4% de esas consultas correspondieron a madres o padres de las personas afectadas



Las hermanas y los hermanos hicieron el 11,5% de las demandas



Los hijos y las hijas han accedido al servicio en un porcentaje del 4,2% y este año el porcentaje de cónyuges o parejas ha sido del 0%



Las sobrinas han constituido el 2,1% de las demandas



El 5,1% de las demandas han sido efectuadas por técnicas y técnicos no pertenecientes a ninguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



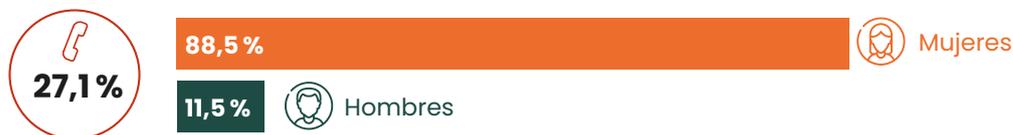
En 2024, no se ha recibido ninguna demanda por parte de los diferentes perfiles técnicos de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. El 2,1% de las demandas restantes no pertenecen a ninguna de las categorías objeto de análisis y el 100% de ellas fueron efectuadas por mujeres.



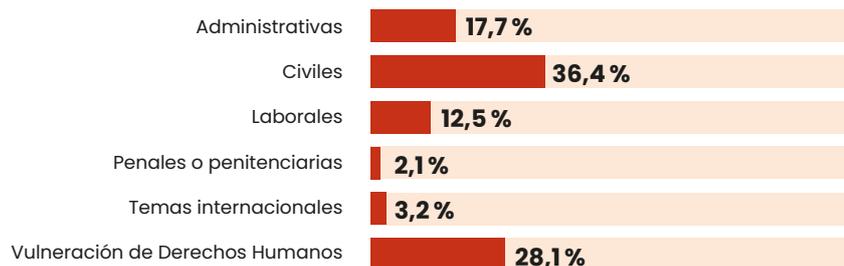
Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Modo de acceso al servicio

Durante el año 2024, las consultas realizadas al Servicio de Asesoría Jurídica se atendieron por dos vías en función de la naturaleza o complejidad de la demanda: telefónica o email.



Tipo de demandas planteadas



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

3.2. Denuncia

3.2.1. Exclusión de las mujeres con problemas de salud mental en servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género del Ayuntamiento de Madrid

Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables. El hecho de ser mujer y tener un problema de salud mental supone un estigma por partida doble, lo que hace que sufran un mayor riesgo de aislamiento y exclusión.

Es impostergable la necesidad de abordar las desigualdades que afectan a estas mujeres en particular. Específicamente, se encuentran barreras en el acceso a los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Quedan excluidas al establecerse el requisito: «No encontrarse en fase aguda de adicciones y/o problemática de salud mental que imposibiliten el tratamiento especializado de dichas problemáticas».

La falta de precisión sobre cómo y desde dónde se determina la imposibilidad del tratamiento, así como la falta de alternativas para las mujeres que pudieran encontrarse en esa situación, colocan en clara desventaja a las mujeres con problemas de salud mental, frente a las que no los tienen.

Detallamos algunos **ejemplos de exclusión que se pueden encontrar en la guía de prestaciones de servicios sociales y educativos del Ayuntamiento de Madrid:**

1. CAPSEM (Centro de atención psicosocioeducativa para mujeres y sus hijos/as víctimas de violencia de género en pareja/expareja). Estos centros de atención ambulatoria, que proporcionan apoyo social, psicológico y educativo intensivo y a largo plazo a las mujeres y sus hijos e hijas para su recuperación social y emocional tras la ruptura con la situación de violencia, **establecen como causa de exclusión: no encontrarse en fase aguda de adicciones y/o problemática de salud mental que imposibiliten el tratamiento especializado de dichas problemáticas.**

2. Lo mismo ocurre con las **mujeres víctimas de violencia de género y sexual o trata y sus hijos e hijas, y personas dependientes a cargo.** Se establece como **causa de exclusión: no encontrarse en fase aguda de adicciones y/o problemática de salud mental que imposibiliten la convivencia y compromiso de adhesión a tratamiento especializado de dichas problemáticas.**

No es baladí manifestar que **el riesgo que tiene una mujer con problemas de salud mental de sufrir violencia por parte de su pareja se multiplica por dos y hasta cuatro veces respecto del resto de mujeres.**

3. Viviendas de semiautonomía para víctimas de violencia de género (en el ámbito de la pareja o expareja). Este recurso del Ayuntamiento madrileño ofrece alojamiento de protección de larga estancia, en modalidad de viviendas compartidas, a mujeres víctimas de violencia de género, encontrando como **requisitos para acceder a estas: no encontrarse**

en fase aguda de adicciones y/o problemática de salud mental que imposibiliten la convivencia, así como el compromiso de adhesión a tratamiento especializado de dichas problemáticas.

- 4. Centro de emergencia para la atención a mujeres víctimas de trata y explotación sexual «Mariana Pineda»:** Este servicio, que también forma parte de los dispositivos de la red municipal de la Comunidad de Madrid, de **nuevo establece como requisito sine qua non que las mujeres no presenten problemas graves de salud mental o adicciones en fase activa que imposibiliten la intervención y la convivencia en el centro.**
- 5. Alojamiento protegido «Casa Pandora» para víctimas de trata y explotación sexual.** Igualmente, **requiere: no presentar problemas graves de salud mental o adicciones en fase activa que imposibiliten la intervención y la convivencia en el recurso.**
- 6. Piso semiautónomo «Malala» para mujeres víctimas de trata y explotación sexual.** El acceso a este recurso se realiza a través de la derivación desde Casa Pandora para dar continuidad a la actividad allí realizada y de nuevo establecen **idéntico requisito de exclusión: no presentar problemas graves de salud mental o adicciones en fase activa que imposibiliten la intervención y la convivencia en el recurso.**
- 7. Puntos municipales del Observatorio Regional de la Violencia De Género.** De nuevo, el **requisito de exclusión es: no encontrarse en fase aguda de adicciones y/o problemática de salud mental que imposibiliten la convivencia y compromiso de adhesión a tratamiento especializado de dichas problemáticas.**
- 8. Prestación de alojamiento alternativo.** Para poder acceder al mismo **se requiere: no tener patología mental que dificulte la convivencia.**
- 9. Apartamentos para personas mayores.** Se exige: no padecer ningún tipo de deficiencias psíquica o demencia que le incapacite para una vida independiente y tener una personalidad apta para una convivencia estable
- 10. Centro de acogida «Beatriz Galindo» para la atención a mujeres sin hogar en situación de grave exclusión.** Se requiere: proporcionar prestaciones básicas de alojamiento, aseo y manutención, así como prestaciones técnicas, de intervención social para mujeres sin hogar en el ámbito de la violencia de género, adicciones y salud mental, que eviten procesos de exclusión y faciliten la inclusión o el acceso a recurso residenciales de otros sistemas de protección.

3.3. Buena práctica

3.3.1. Desarrollo del Proyecto JULIA para combatir las discriminaciones múltiples de las mujeres rurales con problemas de salud mental

Desde un enfoque de derechos humanos, las mujeres rurales con problemas de salud mental tienen que hacer frente a un entramado de discriminaciones múltiples, derivadas de su

condición de mujeres (género), su entorno rural y la estigmatización a la que están sometidos los problemas de salud mental. Estas desigualdades estructurales las sitúan en una situación de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, iniciativas como el **Proyecto JULIA: Mujeres Rurales y Salud Mental**, desarrollado por la **Federación Salud Mental Castilla y León**, han demostrado ser un pilar fundamental para promover su empoderamiento, romper con el aislamiento y mejorar su bienestar.

El Proyecto JULIA nace en 2018 como respuesta a las necesidades detectadas en el **Estudio «Mujer y Salud Mental»** (2018), donde se evidenció que un 81% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia de género y padecían problemas de salud mental agravados por el aislamiento y la falta de recursos en entornos rurales. JULIA tiene como objetivos principales el **empoderamiento de las mujeres, la creación de redes de apoyo y la prevención de la violencia de género**.

Desde su inicio, el proyecto ha alcanzado a 604 mujeres a través de 78 talleres y 5 encuentros anuales «Julia Sigue Tejiendo». Con una metodología participativa y basada en la sororidad, los talleres permiten a las mujeres reflexionar sobre su identidad, fortalecer su autoestima y establecer redes de apoyo en comunidades de menos de 10.000 habitantes, donde la soledad y el estigma son especialmente graves.

Impactos clave: empoderamiento y redes que sanan

Los **resultados del proyecto**, evidenciados a través del **Estudio de Impacto** realizado en 2024, son contundentes:

- **Reducción del aislamiento:** Las mujeres participantes han descrito cómo los talleres las han ayudado a salir de la rutina y a conectar con otras mujeres en su entorno. Una participante comentó: «Salir de casa, estar con otras mujeres y hablar... Me ha dado vida». Este impacto trasciende la participación en los talleres, ya que muchas mujeres han comenzado a socializar fuera del contexto del proyecto, organizando encuentros y apoyándose mutuamente. Esta disminución del aislamiento está directamente asociada con una mejora en su calidad de vida y bienestar emocional.
- **Mejora de la salud mental:** La participación en JULIA ha permitido a muchas mujeres experimentar una mejora significativa en su percepción de bienestar emocional. Las actividades grupales no solo han servido como un espacio de aprendizaje, sino también como un entorno terapéutico donde las mujeres pueden compartir sus experiencias sin temor al juicio. Una participante afirmó: «Tengo la cara más alegre, los ojos más brillantes. JULIA me ha dado un rayo de luz en la vida». Además, romper con el estigma asociado a los problemas de salud mental ha sido una transformación clave para las mujeres participantes, especialmente en entornos rurales donde este prejuicio está más marcado.
- **Prevención de la violencia de género:** El módulo «Libres» de los talleres JULIA ha demostrado ser un momento determinante para que las mujeres reconozcan e identifiquen las violencias que han sufrido a lo largo de sus vidas. En muchos casos, toman conciencia por primera vez de situaciones de abuso y comienzan a buscar apoyo. Una participante mencionó: «Con JULIA me di cuenta de que no estaba sola y que tenía derecho a vivir sin violencia». Esta prevención también se extiende a la formación de redes de apoyo que actúan como un sistema de protección frente a posibles episodios de violencia.

- **Empoderamiento colectivo e individual:** Los talleres no solo han fomentado el crecimiento personal de cada mujer, sino que también han creado un sentido de comunidad y pertenencia. La metodología de JULIA enfatiza la colaboración y el apoyo mutuo, lo que ha permitido a las participantes no solo fortalecer su autoestima, sino también desarrollar habilidades para afrontar las desigualdades estructurales a las que tienen que hacer frente en su vida cotidiana. Una mujer relató: «He aprendido a decir que no y a ponerme como prioridad. Esto es algo que nunca había hecho antes».
- **Creación de redes de apoyo:** Un logro crucial del proyecto ha sido la consolidación de redes de apoyo entre las mujeres, quienes continúan reuniéndose tras finalizar los talleres. Estas redes son fundamentales para combatir el aislamiento y ofrecer un sistema de soporte en comunidades rurales. Por ejemplo, en algunos casos, las participantes han organizado actividades como talleres de salud física o caminatas grupales, consolidando los lazos creados durante el programa.

Análisis desde una perspectiva de derechos humanos

La situación de las mujeres rurales en relación con la salud mental y la igualdad se inscribe en el marco de los derechos humanos como un problema interseccional que afecta múltiples esferas de su vida.

- **Derecho a la igualdad y no discriminación:** Las mujeres rurales se enfrentan a discriminaciones múltiples por género, discapacidad y contexto rural. Este entorno no solo limita su acceso a recursos, sino que también refuerza normas patriarcales que perpetúan su subordinación. El Proyecto JULIA, al **promover la creación de redes y espacios seguros**, actúa como un vehículo para contrarrestar estas desigualdades, reconociendo y garantizando su derecho a la igualdad.
- **Derecho a la salud:** El acceso a una salud mental integral está reconocido como un derecho humano fundamental. Sin embargo, las barreras geográficas y sociales en el ámbito rural dificultan la disponibilidad y accesibilidad de servicios adecuados. Iniciativas como JULIA abordan esta carencia al **proporcionar un modelo de intervención accesible y adaptado a las necesidades específicas de estas mujeres**.
- **Derecho a una vida libre de violencia:** La violencia de género afecta de manera desproporcionada a las mujeres rurales, quienes muchas veces carecen de los medios suficientes para reconocerla, denunciarla y recibir el apoyo necesario. El Proyecto JULIA no solo **brinda herramientas para identificar estas violencias, sino que también fomenta la autonomía y el acceso a recursos de apoyo**, garantizando así un entorno más seguro para sus participantes.
- **Derecho a la participación y toma de decisiones:** El empoderamiento promovido por JULIA habilita a las mujeres a participar activamente en sus comunidades y en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este enfoque **refuerza su capacidad para demandar derechos y mejorar su posición en sus entornos sociales y familiares**.

En este contexto, es fundamental entender que **la promoción de los derechos humanos no solo implica abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres rurales, sino también generar cambios estructurales que transformen los sistemas que perpetúan estas desigualdades**.

JULIA representa un modelo tangible de cómo intervenciones basadas en derechos humanos pueden lograr un impacto significativo y sostenible.

El Proyecto JULIA está demostrando que abordar la interseccionalidad desde una perspectiva feminista y comunitaria puede transformar la vida de las mujeres rurales. Reconocer y garantizar el derecho de las mujeres rurales a la igualdad y la no discriminación pasa por replicar y expandir iniciativas como esta. JULIA es más que un proyecto: es un faro de esperanza para la inclusión social y la justicia en salud mental.

3.4. Recomendaciones

3.4.1. Incorporar los mandatos de género al ámbito de la salud mental

Esto implica un **compromiso público** en torno al reconocimiento del diferente impacto de las violaciones de derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en relación con el hecho de ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo. El fin último es **visibilizar las violencias simbólicas invisibles** y poner medios para que estas no supongan un impedimento para el ejercicio de los derechos.

En este sentido, es esencial la **incorporación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica de las y los profesionales**, a fin de lograr una garantía efectiva de los derechos humanos.

En coherencia con lo anterior, se requiere la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la vida de las mujeres y las niñas con problemas de salud mental.

3.4.2. En el ámbito sanitario

- Adopción de un **enfoque de género en el sistema de salud que cuestione la ciencia y la práctica médica a la luz de los condicionantes que perjudican la salud** por razón de ser mujer u hombre.
- Impulso desde los poderes públicos de **campañas en torno a los mitos relacionados con la maternidad, su interacción con la salud mental y disposición de medios que mejoren la salud mental de las mujeres en todos los procesos relacionados con ella**, lo cual, entre otros aspectos, incluye:
 - Recabar datos sobre salud mental materna.
 - Impulsar la concienciación social y la visibilización de la salud mental materna.

- Crear recursos que promuevan la prevención y detección de los problemas de salud mental materna desde la atención primaria, creando recursos para un adecuado tratamiento de problemas que puedan surgir como: depresión postparto; duelo gestacional y perinatal (muerte del bebé en el útero o en el parto); efectos psicológicos de la violencia machista, etc.
 - Crear protocolos de seguimiento a nivel nacional de la salud mental materna desde el embarazo, recursos psicoterapéuticos y unidades madre-bebé en los hospitales.
 - Diseñar espacios donde las mujeres puedan exponer abiertamente todo lo que les afecte y preocupe en relación con la maternidad y la salud mental, dentro de un ambiente de confianza y libre de prejuicios.
- Proveer **recursos para las mujeres sin hogar con problemas de salud mental**, orientados a la prevención y atención de las violencias sexuales.
 - Realizar **protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación**, tanto a nivel autonómico como local, en los que se incluya a la Red de salud mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
 - Establecer **equipos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente**.

3.4.3. En el ámbito de los servicios sociales

- **Establecer mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y los servicios de protección a la infancia y a la adolescencia**, en el caso de que los problemas de salud mental de las madres, debido en muchos casos a las carencias de recursos de atención, incidan en las funciones de guarda y cuidado y sean la causa del desamparo del niño o la niña; y ello con el fin de procurar a la madre la asistencia apropiada para el desempeño de las funciones de cuidado y los recursos necesarios para garantizar la reintegración familiar.²⁸

3.4.4. En el ámbito del empleo

- **Promover el empleo** de las mujeres con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial).

28. Guilarte Martín-Calero, C. (2025). «La discapacidad psicosocial como causa de desamparo: obligaciones positivas del Estado a la luz del derecho internacional y regional de Derechos Humanos. Comentario a la STS 4227/2024, de 22 de julio». *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, 127.

- **Toma de conciencia proactiva de la importancia de la salud mental en el trabajo**, creando herramientas que detecten qué factores provocan estrés laboral y otros problemas de salud mental, así como **medidas** para mitigarlos. Entre estos factores se encuentran horarios de trabajo prolongados, culturas de «conexión permanente» o expectativas poco claras. Todo ello ha de hacerse tomando en consideración su impacto en las mujeres, lo cual incluye:
 - Adoptar medidas de apoyo y de abordaje del estigma en el puesto de trabajo, creando una cultura laboral en la que se pueda hablar abiertamente de la propia salud mental sin temor a represalias.
 - Atender posibles problemas asociados a la menstruación, la menopausia o la fertilidad, a fin de que las mujeres no tengan que trabajar con dolor y/u ocultando el motivo que les dificulta o impide el desarrollo de sus tareas.
- **Garantizar que las políticas organizativas reflejen la importancia de la salud de las mujeres y creen una cultura en la que puedan hablar abiertamente de su salud** y, en caso de ser necesario, ausentarse del trabajo para atenderla adecuadamente.
- **Comprender y abordar las preocupaciones de las mujeres sobre su seguridad en el trabajo y/o en los desplazamientos inherentes a este**, incluidos los viajes de trabajo. Esto incluye el establecimiento de canales eficaces de denuncia y apoyo por parte de las personas empleadoras, creando una cultura laboral que no tolere ningún tipo de violencia.
- **Implantar políticas y prestaciones favorables a la familia y facilitar el equilibrio entre la vida laboral y personal**. Para ello se atenderá no solo a los permisos relacionados con esta materia, sino también a la reincorporación al puesto de trabajo.
- **Promover una cultura inclusiva**, en la que se haga frente a los comportamientos contrarios a esta y se apoye el derecho de las mujeres a expresarse sin preocupaciones y sentirse en un entorno favorable para denunciar dichos comportamientos.
- **Impulsar un cambio profundo de la cultura empresarial**, a fin de que no obstaculice la retención y el avance profesional de las mujeres.
- **Promover la incorporación de más líderes de igualdad de género**.

3.4.5. En el ámbito de la prevención y detección de la violencia de género e intrafamiliar

- **Proporcionar formación sobre recursos especializados en violencia** a todas las personas profesionales que hacen atención directa a mujeres con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial).

- **Incluir formación y recursos especializados en materia de violencia contra las mujeres con problemas de salud mental** en todos los recursos destinados a violencia de género, con el fin de que estas no se quedan fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica especializada en violencia.
- **Designar psiquiatras de referencia que trabajen con los servicios de atención psicológica especializada** en violencia y **que atiendan de forma preferente** cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia.
- **Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia** entre diferentes instituciones.
- **Incluir la violencia contra las mujeres con problemas de salud mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.**
- **Crear, en los recursos destinados a violencia de género que sean procedentes, un servicio experto en violencia** que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales.
- **Incluir, en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales** —dependencia, desprotección, riesgo de exclusión—, **la violencia en el ámbito de la pareja**, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia y **registrando también la existencia o sospecha de problemas de salud mental.**
- **Incluir a las asociaciones del ámbito de la salud mental en el trabajo sobre prevención y detección de violencia que se realiza con el movimiento asociativo.**
- **Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral**, que adapte las respuestas a las necesidades de cada mujer, contempladas desde un enfoque interseccional.
- **Realizar guías específicas de atención y prevención de violencia de género y mujeres con problemas de salud mental.**

3.4.6. En el ámbito del sinhogarismo

- **Crear instrumentos con perspectiva de género que permitan recabar datos e incluyan indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS**, incorporando preguntas relacionadas con la privacidad personal y la seguridad del hogar en las encuestas y estudios generales que se realizan sobre personas sin hogar.
- **Diseñar e implementar de manera urgente políticas de prevención eficaces que promuevan la detección temprana y eviten que las personas caigan en situaciones de exclusión residencial más severa**, en coherencia con la clasificación mencionada.

- **Abordar tanto la falta de alternativas de vivienda como la violencia de género de manera integrada.**
- **Adoptar un enfoque holístico y comprensivo para desarrollar soluciones efectivas**, protegiendo a estas mujeres de la necesidad de desplegar estrategias de supervivencia perjudiciales.

3.4.7. En el ámbito rural

- Reconocer y garantizar el **derecho de las mujeres rurales a la igualdad y la no discriminación**, facilitando su acceso a recursos y desactivando estructuras patriarcales que las sitúan en posición de subordinación a través de la **creación de redes y espacios seguros** que permitan contrarrestar las desigualdades.
- Garantizar el **acceso a una salud mental integral**, eliminando las barreras geográficas y sociales en el ámbito rural, proporcionando **un modelo de intervención accesible y adaptado a las necesidades específicas de estas mujeres**.
- Creación de herramientas para **identificar la violencia de género**, así como para **favorecer la autonomía y el acceso a recursos de apoyo**.
- Adopción de medidas que favorezcan el **empoderamiento de las mujeres con problemas de salud mental, cauces eficaces para hacer efectivos sus derechos y una mejora de su posición en sus entornos sociales y familiares**.

Testimonios

Testimonio de Adela Montaña,

representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA²⁹

“

Cuenta que vivió sus dos embarazos con mucho miedo, ya que «tenía problemas en la conducta de la alimentación, con lo cual nadie me preparó para que esos nueve meses mi barriga creciera». Con el embarazo de su hija estuvo «tres meses acostada en un colchón en el suelo al lado de su cestito, porque a ella sí le di el pecho, pero pensaba que no era suficiente y que se me iba a morir». Montaña explica que su hijo «era intolerante a la leche de fórmula y vomitaba», y que en esos momentos tampoco tuvo apoyo de nadie. «Al revés, me decían que a lo mejor había heredado lo mío. Así que, aparte de frustración, pues también culpabilidad», afirma. «Lo gestioné como pude», reconoce, y sin ayuda.

Testimonio de Elisabet Lemos,³⁰

representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA

“

Teniendo problemas de salud mental durante la etapa del embarazo, me encontré con una total ausencia de apoyo y falta de seguimiento, provocando una situación de desinformación y paternalismo, cuando ser madre debería ser una decisión personal y libre (...) Me encontré con diversas dificultades, entre ellas con violencia obstétrica, psicológica y sanitaria, ya que en España no existe un protocolo de actuación por parte de los profesionales de la salud mental (...) Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto. Esto provocó que inicialmente tuviese ideas suicidas, depresión, crisis de pánico... y posteriormente, con el aborto, una etapa de duelo y estrés postraumático.

29. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (08/03/2024). «Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

30. *Ibid.*

4. 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.

4.1. Aspectos a tener en cuenta

4.1.1. La salud mental en la infancia y adolescencia: uno de los desafíos sanitarios más grandes de nuestro tiempo

Como se viene denunciando reiteradamente desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes han ido en aumento en los últimos años y están vinculados a importantes **cargas psicosociales, económicas y de salud física**, tanto para las personas menores afectadas, como para quienes se ocupan de su cuidado y sus comunidades de procedencia. Sin embargo, existe muy poco conocimiento y, por tanto, concienciación acerca del sufrimiento, el deterioro funcional, la exposición al estigma y la discriminación y el mayor riesgo de muerte prematura que se asocia con los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, los cuales tienen una importancia obvia para la salud pública. Además, hay que tener en cuenta que los problemas de salud mental forman parte integral del desarrollo infantil, tanto a nivel socio-familiar como cognitivo.³¹

En su Plan Integral de Salud Mental 2013-2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de los y las adolescentes experimentan problemas de salud mental en todo el mundo y **la mitad de todos los problemas de salud mental comienzan antes de los 14 años**. Como señala el documento *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia 2023-2024*, elaborado por UNICEF ESPAÑA, la **salud mental es un componente esencial del bienestar integral de los niños, niñas y adolescentes**, especialmente durante la adolescencia, una etapa de desarrollo crítico en la que se consolidan habilidades emocionales, sociales y cognitivas. Este estudio desprende datos muy interesantes para conocer la **situación de la salud mental de las personas jóvenes que viven en España**. Destaca que el 41,1 % de las personas jóvenes entre 13 y 18 años manifiesta o cree haber tenido un problema de salud mental en el último año, más de la mitad (51,4 %) no ha pedido ayuda, y 1 de cada 3 no ha hablado con nadie sobre estos problemas. Más de la

31. Morón Nozaleda, M.G. *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

mitad cree que es mejor dejar que el tiempo pase y por ello evitan pedir ayuda. El 56 % no busca soporte en su centro educativo porque no confía en las figuras del profesorado u orientación. 4 de cada 10 no pide apoyo porque no sabe ni a quién o dónde acudir. Únicamente entre el 2 % y 5 % de las personas encuestadas está de acuerdo o totalmente de acuerdo con creencias negativas sobre las personas con problemas de salud mental.³²

A la luz de la información publicada por la OMS en el Plan Integral antes mencionado, el Defensor del Pueblo, en su informe anual sobre infancia y adolescencia 2023 (publicado en 2024), subraya que «es efectivo emprender en la infancia acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en este sector de población». Esta institución revela también que «los datos publicados por el Observatorio del Suicidio en España ofrecen un **alarmante incremento de suicidios adolescentes**», de modo que «si en 2021 preocupaba el alto número de suicidios infantiles (22 menores de 15 años), en 2022 el suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones, ha aumentado con 75 suicidios frente a los 53 acaecidos en 2021». Por ello, considera que es esencial seguir incidiendo en la **prevención de los problemas de salud mental** y conductuales en las aulas, y en la formación dirigida tanto al profesorado como a quienes se encargan de la tutela legal de las personas menores. El Defensor aboga por «la **acción conjunta y coordinada del centro educativo**, realizada fundamentalmente a través del orientador u orientadora y la persona coordinadora de bienestar y protección de la infancia y la adolescencia, así como las unidades especializadas o específicas de orientación que actúan en aquellos casos que, por su complejidad o mayor gravedad, requieren de una **intervención multidisciplinar, la familia y los servicios sanitarios especializados** es imprescindible para un adecuado desarrollo personal del alumnado». Es aquí donde esta Institución revela una carencia fundamental: la **falta de mecanismos de coordinación claramente estructurados entre la Administración educativa y la sanitaria**.

En este contexto de medidas preventivas, el Defensor del Pueblo demanda de las Administraciones educativas la «puesta en marcha efectiva de la **figura del coordinador o coordinadora de bienestar y protección**, con la que se pretende reforzar la protección que deben ejercer los docentes en todos los centros educativos, con independencia de su titularidad». Esta figura ha de «velar por el correcto funcionamiento y maximizar los resultados de los preceptivos protocolos de actuación contra los diferentes tipos de abuso y maltrato como acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio, autolesión, o cualquier otra manifestación de violencia, según los artículos 34 y 35 de la Ley de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia».

«La falta de implementación real de esta figura en la mayoría de los centros educativos», revela el informe, «ha sido denunciada por la ONG Educo, en su informe *Coordinador/a de Bienestar y Protección: balance del primer año*, editado en octubre de 2023», en el cual se ponen de manifiesto las siguientes carencias:

32. Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España.

- Insuficiente y diferente desarrollo normativo en cada comunidad autónoma.
- Falta de asignación presupuestaria.
- Necesidad de proporcionar formación para enfrentarse a situaciones complejas como un intento de suicidio o abuso sexual (solo dos comunidades autónomas exigen formación inicial).
- Escasa o nula disponibilidad horaria para el desarrollo de estas tareas.
- Excesiva burocracia a la que se enfrentan en cada caso, y la ausencia de redes de apoyo externas.

En atención a las múltiples funciones y responsabilidades que la vigente normativa atribuye a los centros educativos, el Defensor del Pueblo, señala que «resulta imprescindible que la figura del coordinador de bienestar y protección se erija como elemento de cohesión entre todos los agentes que participan en el proceso educativo, y que actúe en estrecha colaboración con las familias y el resto de las administraciones que tienen competencia en materia de protección a la infancia y la adolescencia».³³

Por otra parte, el estudio de *Cyber Guardians, Uso de Internet y enfermedad mental en niños y adolescentes en España 1997–2021*, destaca que desde 2012 se ha producido un aumento significativo de los problemas de salud mental en jóvenes menores de 20 años, sobre todo en niñas. Asegura, además, que existe una correlación fuerte tanto en chicos como en chicas, entre la disminución de la actividad física y el aumento de problemas de salud mental, y se evidencia también un incremento de tendencia en los patrones de suicidios. Incluye como conclusión la «relación causal, no meramente de correlación, entre **el deterioro de la salud mental en niños y adolescentes y el uso indiscriminado, sin control, de Internet**, en especial desde dispositivos móviles avanzados (*smartphones*, tabletas) para el acceso a redes sociales y servicios digitales, diseñados para ser adictivos ya que sus modelos de negocio se basan en monetizar la atención captada a sus usuarios mediante la explotación publicitaria y/o de los propios datos de los usuarios».³⁴

Ante estas y otras preocupantes informaciones, en el Día de la Pediatría 2024, la Asociación Española de Pediatría (AEP) lanzó un llamamiento urgente para enfrentar el que ya se califica como **uno de los desafíos sanitarios más grandes de nuestro tiempo: la salud mental infantil y adolescente**. Bajo el lema «Pediatría y salud mental: construyendo futuros saludables», desde la entidad se trata de concienciar sobre la importancia de un enfoque integral y especializado ante una problemática que ha crecido de forma alarmante en los últimos años.³⁵

33. Defensor del Pueblo. (2024). *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*. Defensor del Pueblo.

34. Cyber Guardians. (2024). *Uso de Internet y enfermedad mental en niños y adolescentes en España 1997-2021*. Cyber Guardians.

35. Asociación Española de Pediatría (AEPED). (8 de octubre, 2024). *Día de la pediatría 2024*. Asociación Española de Pediatría (AEPED).

4.1.2. Falta de prevención, futuro hipotecado

Los recursos en materia de salud mental infanto-juvenil constituyen una brecha de tal magnitud que se manifiesta como una quiebra que atraviesa todo el sistema sociosanitario, cuyo presupuesto se habrá de incrementar en medidas para atender los graves problemas derivados de la ausencia de medidas preventivas. Desde el ámbito de la psiquiatría se sigue incidiendo en la **vital importancia de la atención temprana, pero el sistema público sigue mostrando su total incapacidad para realizar una intervención eficaz y efectiva** a partir de medidas que permitan actuar en consecuencia de manera preventiva y no reactiva. Las consecuencias de esta falta de atención se revelan en toda su magnitud —demasiadas veces, con fatales desenlaces—.

La saturación del Sistema de Salud Mental y la falta de personal sanitario especializado se erigen como dos importantes retos pendientes de abordaje, lo cual tiene una relación directa con la baja frecuencia de visitas psiquiátricas y psicológicas y la falta de recursos económicos y materiales. Esta circunstancia alimenta, a su vez, la adopción de medidas invasivas y, muchas veces, contrarias a los derechos de la infancia y adolescencia como son la sobremedicación y las medidas de privación de libertad, contención y aislamiento.

La atención sociosanitaria de niños, niñas y adolescentes requiere de unos recursos materiales y profesionales específicos que no se están proporcionando, **dado el todavía escaso recorrido de la especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil y la desatención de los malestares mentales en esta franja de la vida de la persona**, pese a condicionar el bienestar de las personas adultas futuras y de su entorno. La inversión en **prevención** requiere de una **red especializada y perfectamente estructurada** que sigue sin proporcionarse. Por tanto, la inversión **en salud mental en la etapa perinatal, infantil y adolescente redundará en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad, y su ausencia hipoteca su futuro.**

4.1.3. Protección contra la violencia, abuso y acoso

La Observación 22 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2018)³⁶ destaca el derecho de las niñas y los niños a no ser objeto de ninguna forma de violencia, recomendando lo siguiente:

1. **Agilizar la aprobación de leyes que garanticen la protección integral** (vida e integridad física y moral) de las niñas y los niños contra la violencia, **y aseguren su aplicación a todos los niveles.**
2. Empezar una **evaluación amplia del alcance, los factores de riesgo y las características de la violencia** contra los niños y las niñas, **los malos tratos y el descuido**, con miras a formular una **estrategia nacional** amplia para prevenir y combatir esos fenómenos.

36. Organización de las Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño. (5 de marzo, 2018). [Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España \(CRC/C/ESP/CO/5-6\)](#). Organización de las Naciones Unidas.

3. Adoptar un **marco nacional de coordinación entre administraciones e instituciones** para responder adecuadamente a situaciones de violencia contra los niños y las niñas, malos tratos o descuido, prestando especial atención a sus dimensiones de género.
4. Aumentar la disponibilidad de **programas orientados a crear conciencia entre los niños y las niñas**, y ofrecerles educación sobre su derecho a vivir a salvo de la violencia y sobre dónde buscar asistencia en casos de violencia, malos tratos o descuido; consultarles a la hora de diseñar y aplicar esos programas a fin de asegurar que sean pertinentes y útiles.
5. Velar por que se asignen **recursos humanos, técnicos y financieros adecuados** para abordar las causas fundamentales de la violencia contra la infancia, los malos tratos y el descuido.
6. Alentar los **programas comunitarios** orientados a prevenir y combatir la violencia doméstica y los malos tratos y el descuido de los niños y las niñas.

La Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia,³⁷ aprobada en 2022 por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, define como violencia «toda acción, omisión o trato negligente que priva a un niño, niña o adolescente de sus derechos y bienestar, que **amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social**, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, presentándose en múltiples formas que requerirán diferentes estrategias de prevención, detección e intervención» e incluyendo entre ellas «el **maltrato físico, psicológico o emocional**» (artículo 1.2 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, en adelante LOPIVI).

Ante este panorama, la Estrategia reconoce que «España debe tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para garantizar el derecho del niño, niña o adolescente a desarrollarse libre de cualquier forma de violencia, perjuicio, **abuso físico o mental**, descuido o negligencia, malos tratos o explotación». A tal efecto, apunta a «movilizar a la sociedad contra la violencia hacia la infancia y adolescencia», incluyendo medidas de sensibilización y concienciación a la ciudadanía sobre su responsabilidad en la erradicación de la violencia contra la infancia y adolescencia y acabar con los estereotipos sobre los niños, niñas y adolescentes», entre los que se cuentan «los estereotipos asociados a las personas con discapacidad». Destaca que, en este sentido, «se pondrá especial atención a los niños, niñas y adolescentes en los sistemas de protección o reforma, a los menores migrantes no acompañados y a **aquellos más vulnerables por razones de salud mental**». Destaca este mismo documento que, según datos recogidos en el sistema de Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), «cuando se analizan las diferentes formas de violencia, la más notificada es la negligencia, seguida por la **violencia emocional**, la violencia física y la violencia sexual».

Señala esta Estrategia como **actores responsables** a la Administración General del Estado, Ciudades y Comunidades Autónomas, Municipios, Entidades Sociales y Empresas. En los indicadores, establece que se han de considerar aspectos como el desarrollo de un sistema de análisis de riesgos de cada uno de los entornos de los que son responsables, y otro de evaluación

37. Espirales Consultoría de Infancia. (2022). *Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

y supervisión constante de las medidas de mejora necesarias en el **entorno físico y emocional**, para dar respuesta a los riesgos detectados. También destaca la necesidad de «un cambio de paradigma, de cómo vemos a la infancia y adolescencia y a la violencia que se ejerce contra ellos y ellas. Un cambio que coloca los derechos y el **bienestar físico y emocional de los niños, niñas y adolescentes en el centro de las decisiones**, visibilizando la violencia contra la infancia como una prioridad de interés público y social que nos atañe a todas y todos».

En su **Área Estratégica Tres**, establece como objetivo «garantizar que los entornos donde convivan y se relacionen niños, niñas y adolescentes sean **entornos seguros**», lo cual implica un «proceso de consciencia organizacional amplio para las administraciones, entidades u organizaciones responsables del diseño y gestión» de dichos entornos. Este proceso, según señala, «obliga a cada institución o entidad a revisar los entornos ya existentes, introduciendo las mejoras pertinentes y necesarias, así como incluir las medidas contempladas en esta línea estratégica en el diseño de cualquier entorno nuevo, sea un edificio de cualquier uso, un programa o proyecto o un espacio abierto público». Tales entornos se refieren, según este documento, a distintos **ámbitos: familiar, educativo, de protección municipal, autonómico y/o especializado, y sanitario** (centros de salud, hospitales de día, hospitales, centros de atención clínica psicológica, centros de atención a niños, niñas y adolescentes con problemas de conducta o de salud mental o centros de atención temprana). Además, la intervención en todos los ámbitos señalados implica no solo mejorar la infraestructura y la dotación de tales entornos, sino también **la calidez emocional** de estos, por lo que se habrá de disponer un manual de buenas prácticas y estándares para el análisis de riesgos y la evaluación de cada entorno a nivel físico, emocional y social.

El **Área Estratégica Cuatro**, relativa a la atención especializada multidisciplinar, tiene como objetivo «**garantizar una atención especializada y multidisciplinar a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido o ejercido violencia**» a fin de que reciban «una **atención especializada, multidisciplinar y en espacios amigables**». La Estrategia subraya que «esa atención forma parte de su derecho a la salud, a la vida y al desarrollo pleno, y a su derecho a no sufrir ninguna forma de violencia o abuso». El documento destaca la importancia de considerar al niño, niña o adolescente que ejerce violencia también como persona necesitada de atención especializada y, del mismo modo, a los niños, niñas y adolescentes que presencian violencia entre otras personas, sobre todo si les une a ellas un vínculo afectivo; no se les debe considerar solo testigos, sino también víctimas de violencia emocional y a veces incluso física, en línea con lo establecido en el artículo 29.2 de la LOPIVI, que otorga a los niños, niñas y adolescentes hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género el estatuto de víctimas de esa misma violencia.

En este sentido, la Estrategia subraya que la atención especializada y multidisciplinar «debe incluir un **acompañamiento emocional, legal y, si es necesario, socioeducativo y terapéutico** a las familias de estos niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia o que la han ejercido, puesto que son los garantes de su bienestar y sostén emocional durante todo el tiempo que dure el proceso terapéutico».

El **Área Estratégica Cinco** tiene como objetivo el abordaje multidisciplinar, coordinado y eficaz de la violencia contra la infancia y adolescencia, afirmando que: «Ninguna intervención en un caso de violencia contra niños, niñas o adolescentes será protectora y eficaz, si no es interdisciplinar y coordinada por parte de los actores implicados». Se trata, según este documento, «**no solo de prevenir y responder a la violencia física, emocional y sexual, sino de prevenir**

también la violencia institucional y administrativa que la disfunción de las instituciones y administraciones genera».

En los contextos de violencia, las niñas y los niños pueden ver **gravemente comprometida su salud mental**, lo cual condiciona su bienestar. Según un **informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**, disfrutar del más alto nivel posible de **salud física y mental** es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos, definiendo esta última, en el caso de los **niños, niñas y adolescentes**, como «la **capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos**».³⁸

Sin embargo, el **estigma** continúa siendo una de las barreras invisibles fundamentales (si no la más importante) que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible.³⁹ Esa **invisibilización** incrementa su intensidad cuando se trata de niñas y niños, cuyos sufrimientos y dolencias psíquicas han sido tradicionalmente minimizados hasta el punto de convertirse en mitos como el de su natural resistencia y recuperación «espontáneas», el de que «no recuerdan» y «no comprenden», o el de que es difícil el diagnóstico de trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en estas edades.⁴⁰ Ahora bien, no solo la **violencia intencionalmente infligida** tiene devastadoras consecuencias sobre la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Existe también una **violencia estructural** que les impide lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos. Como expresa Alice Miller, «también la crueldad no intencionada hace daño» y «contrariamente a lo que suele creerse, las injusticias, humillaciones, malos tratos y violencias de las que ha sido víctima un ser humano, no se pierden, sino que traen consecuencias».⁴¹ Por lo tanto, intencionada o no, **la violencia ha de abordarse de manera integral, transversal e interdisciplinar** en todas sus formas, haciendo hincapié en aquellos ámbitos en los que se producen mayores cuotas de invisibilización y, en consecuencia, de impunidad. Entre esos factores de invisibilización se encuentran el binomio infancia y adolescencia-salud mental.

Finalmente, es importante destacar la necesidad de incorporar **el concepto de diversidad con una intención práctica**. Es decir, establecer disposiciones que lo definan y delimiten como un principio orientador y un enfoque de obligada incorporación junto con el de género. El objetivo es diseñar e implementar políticas, programas y medidas de erradicación de la violencia en todos los contextos donde esta prolifere, y contribuir a una visión amplia y positiva de la salud mental como condición indispensable para que niñas, niños y adolescentes gocen de bienestar.⁴²

38. Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (31 de enero, 2017). *Salud mental y derechos humanos: informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/34/32)*. Organización de las Naciones Unidas.

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

40. Atenciano Jiménez, B. (2015). *Impacto de la violencia de género en los primeros años: niñas y niños de 0 a 5 años*. [Presentación de PowerPoint]. Comunidad de Madrid, Consejería de Asuntos Sociales, Red de Centros y Servicios para Mujeres; Asociación Centro Trama.

41. Miller, A. (2006). *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño*, p. 239. Barcelona: Tusquets.

42. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). *Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental, 2018*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA., pp. 32-54.

4.2. Denuncia

4.2.1. Falta de recursos especializados en los servicios autonómicos de salud

El documento *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*,⁴³ publicado por el Defensor del Pueblo en 2024, denuncia que «**la falta de recursos especializados, propios o concertados, en los servicios autonómicos de salud** ha hecho que el seguro escolar sirva como alternativa para dar respuesta a las necesidades de tratamiento psiquiátrico intensivo en el caso de adolescentes y jóvenes». En este sentido, el documento señala que la Secretaría de Estado de Seguridad Social y Pensiones confirmó al Defensor del Pueblo que no estaba planteada, en ese momento, una reforma de la regulación a este respecto, aunque efectivamente «el 95 % del gasto en seguro escolar, que ha crecido en estos años, está vinculado a tratamientos neuropsiquiátricos».

Además, las quejas recibidas por el Defensor del Pueblo en materia de salud mental «manifestaban en muchos casos el desacuerdo de los pacientes con las normas de funcionamiento en los centros u hospitales, las actividades, el tratamiento médico o las medidas de carácter restrictivo empleadas».

En otro grupo numeroso de quejas se expresaba la necesidad, normalmente por parte de los familiares, de encontrar una solución en un centro adecuado para la persona con un problema de salud mental, ante la imposibilidad o los riesgos en la convivencia. Y se siguieron recibiendo también las quejas de personas con problemas de salud mental que expresaban la dificultad que encuentran para relacionarse con las entidades y las personas encargadas de prestarles los apoyos de complemento de su capacidad (antiguas entidades tutelares).

4.2.2. Contención y aislamiento como respuesta a las carencias del sistema sanitario en salud mental infanto-juvenil

La carencia de atención especializada aboca en muchos lugares al **ingreso de las personas menores en unidades de adultos**, con el terrible impacto que eso deja en su salud mental. Aun así, ni siquiera la apertura de centros especializados llega a cubrir la tradicional pobreza asistencial en materia de salud mental infanto-juvenil. Por ejemplo, la inauguración de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo no ha logrado cubrir mínimamente el objetivo de garantizar la salud mental de las personas menores en la región, ante una demanda que desborda la oferta, dejando a muchos niños, niñas y

43. Defensor del Pueblo. (2024). *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*. Defensor del Pueblo.

adolescentes sin el espacio adecuado para su tratamiento, y provocándoles aislamiento y miedo. Esto genera desconfianza en el sistema sanitario y una agudización de los trastornos.⁴⁴

Este tipo de medidas restrictivas de la libertad suelen ir acompañadas con mucha frecuencia de **medidas de contención y/o medicación forzada**. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA las ha calificado como vulneraciones de derechos humanos que tienen efectos traumáticos y ha exigido al Gobierno que les ponga fin. Existen otro tipo de medidas menos lesivas para los derechos de niños, niñas y adolescentes como es la **contención verbal**, aunque en todo caso se habría de dirigir y orientar todo el sistema de atención a personas menores hacia la **prevención**, a través de medidas específicamente diseñadas para ellas, como la **educación emocional** (al igual que se asume la necesidad de educación física) y la creación de **entornos favorables a la promoción de su salud mental**.

Se trata de aplicar un nuevo paradigma de cuidados, creado en torno a la dignidad de la persona y basado en la atención individualizada, en la motivación y en la ausencia de sujeciones: la llamada **Norma Libera-Care**. Se trata de una iniciativa de la [Fundación Cuidados Dignos](#), nacida de la preocupación de un grupo de profesionales sanitarios por el excesivo uso de las sujeciones en España, que proporciona una serie de reglas a seguir para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones restrictivas (físicas y químicas) y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada). Señala Jesús Portos Villar, enfermero especialista en salud mental y supervisor de enfermería, que «conceptos como el **abordaje verbal desescalador**, **cuidados ambientales**, **cuidados de enfermería de tipo preventivo y educativo**, tales como claves de autogestión emocional y abordaje dual de las crisis, los **planes terapéuticos compartidos** con la persona usuaria, y **muchos más**, han de ser fundamentos futuros de mejora de la práctica enfermera en salud mental». Especialmente, señala este profesional que los planes terapéuticos compartidos permiten «contar con la participación activa de la persona usuaria cuando la situación clínica lo haga posible y así anticiparnos de mutuo acuerdo a potenciales futuras disfunciones y desencuentros cuando no haya estabilización y se requiera un abordaje más dirigido y menos compartido».⁴⁵

En el peor de los casos, cuando la persona se encuentra ingresada, se trata de proveer la mayor seguridad y confort a las unidades hospitalarias de psiquiatría, conforme a la **estrategia Safewards**, a través de la cual, como señala el doctor Antoni Serrano, director de Salud Mental del Parc Sanitari San Joan de Déu de Barcelona, a través de esta metodología se procura que «la estancia del paciente sea lo más confortable, ordenada y tranquila posible para transmitirle paz», tratando de buscar la conexión emocional con la persona, conocerla mejor. Estas medidas, explica Serrano, se han de tomar «por iniciativa propia debido a la falta de acción gubernamental».⁴⁶

La aspiración a las **«cero contenciones»** no es una entelequia. Hay experiencias que demuestran que es posible. Si no se alcanza, es porque no hay una voluntad sólida que promueva las medidas para ello.

44. Augusto, D. (5 de junio, 2024). [«Psiquiatría de adultos es un infierno para los niños», afirma una madre sobre la nueva unidad del hospital](#). *Vigoe*.

45. Portos Villar, J. (29 de junio, 2021). [«El futuro de los cuidados pasa por el abandono de las medidas restrictivas»](#). SOM 360.

46. Tobalina, A. (18 de febrero, 2024). [«Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: «Pero ¿qué estáis permitiendo que me hagan?!»](#). *20 minutos*.

4.3. Buenas prácticas

4.3.1. 'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género⁴⁷

Cumplidos cuatro años desde su lanzamiento, la herramienta, planteada en el marco de la campaña 'Educación inclusiva. Salud mental positiva', continúa brindándose de manera gratuita para niños, niñas y adolescentes.

Un desarrollo personal fortalecido es aquel que puede sostenerse en aprendizajes positivos: vínculos saludables y herramientas emocionales acertadas. El programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva', coordinado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 en la convocatoria con cargo al 0,7, no solo apunta a esto, sino que tiene presente la importancia de que dichos recursos lleguen tan pronto como sea posible durante el proceso vital.

El programa promueve el **desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales** para responder positivamente a las demandas que presenta la vida cotidiana. Mediante distintas acciones, se busca que, **desde la infancia**, en los entornos educativos se hable con naturalidad y sin tabúes sobre la salud mental, **eliminando el estigma y la discriminación**.

En esta iniciativa se encuadra '**Emoteca**', una **plataforma interactiva** que colabora en el desarrollo de una emocionalidad dotada de recursos desde la niñez. La herramienta está pensada para un **alumnado de entre 8 y 12 años** (agrupado, a su vez, en grupos de 8 a 10 años, y de 10 a 12 años), aunque está abierta a otras edades, si así se requiere.



Portada de la Emoteca

47. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (24 de octubre, 2024). 'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Invita a quien la utiliza a colocarse en el lugar de las y los demás, a experimentar la interacción social desde la **empatía, con su entorno y consigo misma**. Como novedad, a los contenidos que, desde hace tiempo habían comenzado a abordar la diversidad desde una mirada LGBTQ+, **se suma la perspectiva de género**, considerando —y cuestionando— roles socialmente preasignados de masculinidades y feminidades. De este modo, se contemplan en la plataforma distintas **realidades humanas**.

¿Por qué nos pasa lo que nos pasa? Cuando una emoción nos acompaña, ¿sabemos qué es lo que sentimos, realmente? ¿Logramos asignar a la emoción su nombre y sentido más preciso? ¿Podríamos cambiar las cosas, si tomáramos a futuro una decisión diferente? *Spoiler alert*: sí, es posible. Y una vía clave para hacerlo es cultivando la emocionalidad, a partir de una educación inclusiva y humana.



Recurso visual de la Emoteca

A través de casos o 'historias', 'Emoteca' exhibe escenarios que invitan a la **reflexión**, y a la consecuente **gestión de emociones**, como la **alegría**, el **orgullo** y la **autoconfianza**, además de la **tristeza**, la **culpa**, la **vergüenza**, la **ira**, el **miedo** y la **envidia**. Se introduce una escena en la que la persona trabaja su capacidad para **identificar la emoción** que aflora ante estímulos determinados, y, mediante elecciones, se la invita a analizar si desea permanecer en dicha emoción, o no. El ejercicio fomenta la posibilidad de discernir, y promueve, en este sentido, el desarrollo y la **autonomía emocional**.

Educación Inclusiva. Salud Mental Positiva



Recurso visual de la Emoteca

Las distintas escenas llevan a niñas, niños y adolescentes a tomar decisiones a través de ejercicios interactivos que, en definitiva, son **rutras posibles de acción** (análogas a las que se dan en escenarios reales). Las situaciones, los personajes, las vivencias y las dinámicas vinculares específicas llevan al análisis de distintos dilemas con los que una persona puede coexistir en diferentes momentos de su vida: el divorcio de padres y/o madres u otro conflicto familiar; un pleito entre amistades; una crisis de noviazgo o, por qué no, un desánimo personal. Porque las personas no somos todas iguales, las historias de vida con las que más nos identificamos tampoco lo son. En 'Emoteca' se puede trabajar la propia emocionalidad desde el contexto que genere mayor resonancia.

La propuesta se brinda en formato de 'espacio virtual', guiada por profesionales docentes en el aula, complementada con materiales didácticos, como vídeos, guías, fichas y demás apoyo informativo. Se combina la **teoría con aprendizajes prácticos**, para ser implantados en el aula por parte del profesorado, así como para informar y sensibilizar a toda la comunidad educativa. Se incluye, por otra parte, una última fase del programa que consiste en recogida de información y evaluación.

Impacto real

Por **cuarto año consecutivo**, la plataforma se encuentra a disposición de los centros educativos que deseen inscribirse en el programa, de manera **gratuita**, a través de las **entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA**, con implantación nacional.

'Emoteca' tiene impacto real en la vida de niñas, niños y adolescentes. A lo largo de su historia, algunas valoraciones que han sido compartidas con la Confederación refieren a ella como una herramienta «capaz de propiciar el desarrollo de la **inteligencia emocional** como una de las competencias clave, fundamental en el **desarrollo integral** de la persona».

Se destaca el hecho de que la plataforma interpele edades tempranas, favoreciendo «que temas que es muy importante tratar sean abordados, permitiendo que las alumnas y los alumnos aprendan sobre aquello que no conocen, lográndose mucha interacción y participación».

Algunas personas han catalogado a 'Emoteca' como algo «**imprescindible** para trabajar con el alumnado», señalando la cualidad didáctica de los materiales elaborados para reflexionar y motivar la apertura a conversar entre pares sobre las emociones. «Es muy positivo ver cómo el alumnado va acostumbrándose al **lenguaje emocional** y a la expresión más adecuada», expresaron también.



Recurso visual de la Emoteca

Se pone de relieve lo completo de la propuesta y la utilidad que tiene el hecho de que la herramienta tenga total conexión con expresiones y sensaciones de la vida cotidiana, dando lugar a mucho entusiasmo e interés previo a cada sesión de intercambio. «Incluso, se ha llegado a demandar **más tiempo de trabajo**», indicaron desde los centros educativos.

Tal es la valoración positiva respecto de la plataforma, que hubo parte del profesorado que ha llegado a comentar que, para una parte de niñas, niños y adolescentes participantes, la reflexión llevó a conversar sobre «sentimientos que no conocían hasta el momento, permitiendo detectar casos de posibles problemas emocionales a tiempo».

«Hemos podido escuchar, de algunos alumnos, ciertas emociones que tenían **reprimidas** y han salido a flote problemas que después hemos podido resolver. Un alumno ha mejorado su gestión de la ira también», detallaron. Sobre todo, se valora de 'Emoteca' que dé la posibilidad de hablar sobre salud mental de forma normalizada y positiva, rompiendo con el estigma.

El riesgo de problemas psicosociales se debe prevenir desde la infancia, y, por ello, el profesorado, familiares y personas allegadas no solo son figuras de referencia, sino que pueden desarrollar un importante trabajo como **agentes de protección** de la salud mental del alumnado.

En este sentido, cabe señalar que la ejecución del proyecto registra, desde su lanzamiento, en 2019, la participación de **21.080 alumnos y alumnas**, y **1.054 docentes**, correspondientes a **558 centros educativos** del territorio nacional.

No se trata de un 'deber ser', sino de 'ser aquello que necesitamos', desde la construcción de una emocionalidad cimentada. Ante cada circunstancia vital, se llegará mejor si se cuenta con herramientas de desarrollo personal, si se le pone nombre a lo que nos pasa. Las palabras ordenan, el lenguaje organiza las propias ideas y ayuda a identificar emociones, y así distinguir una de otra. **Se gana autonomía**, porque comprender 'ante qué estamos' nos habilita a decidir si allí queremos permanecer, o si nos hace mejor cambiar (de lugar emocional, de actitud).

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se promueve el bienestar psíquico de manera integral, y parte de ello es también el cuidado de las emociones. La invitación al trabajo personal de cara al auto-conocimiento y el auto-desarrollo es para todas y todos.



Recurso visual de la Emoteca

Como lo refleja la plataforma, la vida son rutas. Caminos posibles. Y solo llegamos a conocerlos si los transitamos. Qué mejor que hacerlo desde la reflexión y el aprendizaje emocional.

Cómo acceder al programa

Los centros educativos interesados en implementar este programa lo pueden hacer poniéndose en contacto bien con la Confederación, con la federación correspondiente a su comunidad autónoma, o bien a través de las entidades locales de la red SALUD MENTAL ESPAÑA, que son, en última instancia, las que dan soporte y apoyo continuo a los centros para el desarrollo del programa.



Recurso visual de la Emoteca

4.4. Recomendaciones

En este apartado recopilamos las reivindicaciones efectuadas en años anteriores por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA⁴⁸ y que, por no haberse detectado avances al respecto, siguen siendo pertinentes, así como las publicadas en 2024 por UNICEF España en el documento *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.⁴⁹

4.4.1. Al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas

Los **problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes han ido en aumento en los últimos años** y están vinculados a importantes cargas psicosociales, económicas y de salud física tanto para este sector de la población, como para las personas cuidadoras y sus comunidades de procedencia. El sufrimiento, el deterioro funcional, la exposición al estigma y la discriminación y el mayor riesgo de muerte prematura que se asocia con los trastornos mentales en las personas jóvenes tiene una importancia obvia para la salud pública, teniendo además en cuenta que los problemas de salud mental forman parte integral del desarrollo infantil, tanto a nivel sociofamiliar como cognitivo.⁵⁰

Ante este panorama, cuando una persona menor requiere **asistencia especializada en salud mental**, el camino hacia esta se convierte en una auténtica carrera de obstáculos. El primero de los retos para afrontar es el de la **detección temprana**, un ámbito en el que las carencias son acuciantes y que constituye una zona auténticamente crítica para la inclusión, los derechos y el bienestar de la infancia con problemas de salud mental. De hecho, la **prevención prenatal** es una cuestión todavía prácticamente inexplorada a efectos prácticos, aunque se conozca de su importancia vital a nivel científico.⁵¹

El siguiente reto es el de la **saturación del Sistema de Salud Mental y la falta de personal sanitario especializado**, lo cual tiene una relación directa con las dificultades para afrontar otros retos importantes como son los de acabar con la sobremedicación, la baja frecuencia de visitas psiquiátricas y psicológicas y la falta de recursos económicos y materiales.⁵² En esta

48. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016-2024). [Informes sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

49. Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). [La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024](#). UNICEF España.

50. Morón Nozaleda, M. G. *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

51. *Ibid.*

52. *Ibid.*

misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), destaca la importancia de la **atención a la salud mental de la mujer embarazada y del bienestar psicosocial y del acceso a servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes**, subrayando asimismo la especial importancia de las actividades psicosociales y de salud mental en entornos de conflicto o pobreza extrema, tanto de tratamiento como de prevención y promoción, y de la vigilancia del abuso y la violencia contra menores.^{53,54}

Así, el **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental actualizado**, sigue insistiendo en la necesidad de adoptar un **enfoque que abarque toda la vida** y en aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todos y todas, prevenir los problemas de salud mental entre las personas en grupos de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental.

Como hemos mencionado en el apartado 4.1.2, la atención sociosanitaria de niños, niñas y adolescentes necesita de unos recursos materiales y profesionales específicos, para cuya consecución todavía queda mucho, debido a la **corta trayectoria de la especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil y a una escasa concienciación sobre los malestares mentales en estas etapas de la vida de la persona**, siendo todavía tabú para buena parte de la sociedad o, simplemente, ignorados y, en consecuencia, escasamente atendidos.

La atención a este sector de la población es, además de un derecho humano, una potente inversión en **prevención** que requiere de una **red especializada y perfectamente estructurada** para que funcione con la eficacia que se requiere, tocando todos los aspectos críticos que se mencionan en este documento.

En coherencia con lo anterior, se requiere:

1. Fortalecer los programas y servicios de prevención, detección precoz y atención de la salud mental para los niños, niñas y adolescentes en ámbito de la Atención Primaria y los sistemas sanitarios autonómicos.

Esto implica:

- **a.** Reforzar los **programas y servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud y en los sistemas sanitarios autonómicos**. Esto supone asegurar **recursos suficientes y especializados** y mejorar **los mecanismos de coordinación dirigidos a la prevención, la detección precoz y la atención de calidad**. Como elemento central, se debe garantizar que estos servicios sean accesibles en todas las regiones del país, tanto en áreas urbanas, como rurales, lo que requiere, al menos:

53. World Health Organization (WHO), 71st World Health Assembly. (10 de mayo, 2018). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): early childhood development, Report by the Director-General (A71/19 Rev.1)*. World Health Organization (WHO).

54. Morón Nozaleda, M. G. *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

- Promover y consolidar la **perspectiva preventiva** de la salud mental en la Atención Primaria y en los sistemas sanitarios autonómicos. Es necesaria una mayor integración y desarrollo de los programas de prevención y detección precoz dirigidos a niños, niñas y adolescentes, asegurando que ellos y ellas, así como sus familias, reciben apoyo especializado antes de que los problemas se agraven. Todo ello, en consonancia con la **línea estratégica 5 de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, dedicada a la salud mental en la infancia y en la adolescencia (período 2022-2026) que persigue:
 - Promover la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades.
 - Atender a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
 - Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
 - **Identificar** a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental y ofrecerles tratamiento y apoyo adecuados, así como derivar, según corresponda, a otros niveles de atención.
 - Impulsar la creación de mecanismos de **información actualizada, no sesgada y con perspectiva de género** orientada a la importancia del cuidado de la salud mental, así como de los **factores de riesgo del consumo de drogas** y su posible relación con los trastornos mentales.
 - Impulsar **políticas de atención a los factores sociales de riesgo** que tienen una incidencia clara en la salud mental de los niños, las niñas y su entorno social: exclusión social, pobreza, etc.
 - Aplicar **medidas de diagnóstico y detección precoz de problemas de salud mental de eficacia reconocida**, coordinadas con otras disciplinas en patologías graves y situaciones de alto riesgo en las distintas etapas del desarrollo.⁵⁵
 - Proporcionar una **intervención temprana a través de programas psicosociales basados en la evidencia y otras intervenciones no farmacológicas basadas en la comunidad**, evitando la institucionalización y medicalización.
 - Disponer recursos para prevenir **conductas adictivas con o sin sustancia** (ciberadicción y ciberacoso).
 - **Formar al personal sanitario y docente en detección temprana**, así como en **mecanismos de coordinación**.
 - **Formar en detección temprana de problemas de salud mental a las personas que, en el entorno del deporte y del ocio y tiempo libre, tengan un contacto habitual con las personas menores de edad**.
 - Elaborar **planes de formación a pediatras para que detecten el problema del Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), a equipos de salud mental, a equipos de asesoramiento pedagógico y al profesorado**, así como dotar de recursos de apoyo a las familias afectadas.

55. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2009). Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes, p. 71. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

■■■■■ **b.** Desarrollar una **red específica y especializada de salud mental de calidad para la atención de 0 a 18 años**, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el Estado. Esta red debe seguir el modelo de atención comunitaria y contar con las asociaciones de familiares y profesionales en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales. Esto requiere, como mínimo, lo siguiente:

- **Consolidar la especialidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil**, para llevar a cabo cualquier actuación en materia de salud mental durante la infancia y la juventud. Esto incluye aumentar el número de plazas anuales convocadas de Psicólogo Interno Residente (PIR) y también el número de plazas anuales convocadas del MIR en la especialidad de Psiquiatría hasta la completa cobertura de las necesidades.
- Impulsar el **perfil de psicología** en las intervenciones destinadas a la población infanto-juvenil, ya que se aprecia una carencia evidente.
- Crear recursos específicos para la atención de la **salud mental perinatal y en primera infancia**.
- Crear recursos específicos para la atención de la **patología dual**.
- Incrementar el número de **profesionales dedicados a la salud mental en los servicios de Atención Primaria y de salud mental infantil**, sobre todo con formación especializada en salud mental infanto-juvenil. Los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental tienen derecho a recibir atención en recursos especializados y por profesionales con formación específica en salud mental infanto-juvenil, lo cual implica también la garantía de la formación del personal médico de Atención Primaria para que puedan efectuar adecuadamente la detección y derivación, desde una «intervención» que promueva la cercanía, la escucha activa y la empatía, con un enfoque multidisciplinar y que incluya la atención temprana.
- Poner el acento en la promoción de **unidades especializadas en la detección y atención temprana** de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, desde un enfoque interdisciplinar e integral. La **intervención temprana** es esencial y requiere, asimismo, **programas centrados en este sector de la población y su familia y/o vínculos afectivos**, distinguiendo las especificidades de la infancia y la adolescencia, así como la necesidad de atención primaria de la salud, la escuela y la comunidad.
- Desarrollar **recursos sociosanitarios intermedios (CSIs)**, orientados de manera específica a la atención a la población infanto-juvenil y en los que se puedan abordar los problemas de salud desde una perspectiva basada en derechos. Unos recursos en los que se tenga como referencia la empatía y la escucha activa tanto al menor como a su entorno. Esto permitiría evitar el recurso a hospitales de agudos y regular la utilización de otros servicios sanitarios como visitas y urgencias.

Según destaca el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en su informe *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y*

propuestas de futuro,⁵⁶ además de lo anterior, «el principal beneficio de este tipo de cuidados, como así lo recogen los estudios disponibles, es la satisfacción del paciente que recibe esta modalidad de atención», generando «una atención centrada en el paciente, motivada fundamentalmente por su recuperación en un entorno lo más comfortable posible».

- Crear **para los casos de adopción una unidad especializada con equipos de intervención integral para facilitar el despliegue psíquico del niño, niña o adolescente y la relación con su familia adoptante**. Se trata de ir más allá de etiquetas diagnósticas y la medicalización para ver lo que los niños, niñas y adolescentes dicen con sus síntomas.
 - Poner en marcha un **teléfono público de atención a la salud mental**, exclusivo para la infancia y la adolescencia.
 - Desarrollar el **conocimiento y las habilidades de los trabajadores y las trabajadoras de salud generales y especializados** para brindar servicios basados en la evidencia, servicios de atención social y de salud mental culturalmente apropiados y orientados a los derechos humanos, para niños, niñas y adolescentes, entre otros: introduciendo la salud mental en los planes de estudio de pregrado y posgrado; y a través de la formación y la tutoría en materia de salud.
- ■ ■ ■ ■ **c. Impulsar actuaciones planificadas (normas, políticas, programas o proyectos) destinadas a alcanzar el objetivo de cero contenciones**. Esto incluye:
- Adoptar medidas de mejora de la atención hospitalaria, prevención de los ingresos involuntarios y, en caso de producirse, de humanización de estos, evitando el aislamiento y, en la medida de lo posible, la separación de las figuras afectivas de las personas menores y de sus iguales.
 - Promover la hospitalización a domicilio en la población infanto-juvenil.
 - Promover el tratamiento psicoterápico.
 - Mejorar la atención ambulatoria de salud mental en la infancia y adolescencia.
 - Invertir en recursos de los Centros de Salud Mental (CSM) para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.
- ■ ■ ■ ■ **d. Fomentar la competencia intercultural con niños, niñas y adolescentes**, identificando las posibles barreras de acceso sanitario para las personas menores y sus familias (económicas, geográficas, estigma, creencias...), entendiendo, entre otros aspectos, el impacto de la diversidad de idiomas en la adaptación y funcionamiento de la persona menor, la posible existencia de prejuicios culturales en torno al tratamiento, las diferencias culturales en cuanto a la percepción de su desarrollo y las expresiones de malestar y la posible historia de trauma personal o familiar en relación con el proceso migratorio—duelo, violencia— (Pumariega, JAACAP 2013).

56. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). (2016). (octubre, 2016). *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro*. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), Madrid.

- ■ ■ ■ ■ e. Promover **soluciones alternativas a los centros de menores cuando las y los menores tengan problemas de salud mental.**

- ■ ■ ■ ■ f. Garantizar que las **intervenciones respeten los derechos de los niños, niñas y adolescentes** de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

- ■ ■ ■ ■ g. Cubrir **las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes en situaciones de emergencia**, es decir, que han estado expuestos a desastres naturales y disturbios civiles, incluidos aquellos que han estado asociados con fuerzas armadas o grupos armados, ya que requieren una atención especial.

2. Mejorar el conocimiento y comprensión de la situación actual de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

- ■ ■ ■ ■ a. Contar con **datos** oficiales actualizados, comparables y desagregados que permitan conocer la situación de la salud mental de la infancia, la adolescencia y la juventud en España, a fin de contar con unas **estadísticas oficiales** que permitan una prevención más efectiva de los problemas de salud mental y no se vean afectadas por una infradeclaración o mala clasificación de los suicidios.

- ■ ■ ■ ■ b. Incluir **módulos específicos** sobre el estado de la salud mental de la infancia y la juventud en todas las ediciones de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), realizada por el Ministerio de Sanidad.

- ■ ■ ■ ■ c. Garantizar una **periodicidad de la Encuesta Nacional de Salud** que asegure que las Administraciones públicas disponen de datos fiables y un diagnóstico riguroso y multicausal que permita el diseño de soluciones concretas.

4.4.2. Al Ministerio de Educación y a las Consejerías de Educación de las comunidades autónomas

La falta de ajustes y apoyos en todos los niveles educativos a las personas con discapacidad psicosocial implica, por parte de estas, una **inversión de esfuerzo que excede lo que humanamente sería exigible a cualquier persona en sus circunstancias** y en ello tiene mucho que ver, como en otros ámbitos, la **falta de conocimiento y conciencia de lo que es la accesibilidad psicosocial**. Nos constan casos de **niños, niñas y adolescentes aislados/as en sus domicilios, sin poder asistir a clase con sus iguales, por no existir ajustes y apoyos que les permitan ejercer su derecho a la educación en igualdad de condiciones**. La capacidad y las competencias de una persona no se han de confundir con la efectiva existencia de barreras originadas por la no contemplación de los ajustes adecuados al tipo de discapacidad, puesto

que es responsabilidad del sistema educativo disminuirlas o eliminarlas, así como los daños que produzca la pasividad ante este tipo de situaciones. Por tanto, incluso en caso de obtener un buen rendimiento, si este se produce a costa de la salud de la persona, el objetivo de igualdad de oportunidades y no discriminación en modo alguno se habrá alcanzado y se estarán infringiendo sus derechos en esta materia.

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

Además, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha venido reclamando de manera reiterada la **implantación de una asignatura de educación para la salud, que integre la educación emocional, del mismo modo que existe la de educación física**, en todos los centros educativos de España, como herramienta para prevenir el suicidio y otros problemas relativos a la salud mental. En definitiva, se trata de educar a los niños y niñas para la salud, enseñarles que «la vida no es de color de rosa» y darles herramientas para enfrentarse a las dificultades. Se trata de no esperar a la validación externa, sino de aprender a confiar en el propio criterio y valorarse. De ahí la importancia de incorporar esta asignatura que, además de promover la prevención, enseñe respeto por la diversidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se recomienda:

1. Promover el rol clave del ámbito educativo para la promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

- a. Introducir y reforzar las actuaciones planificadas (normas, políticas, programas o proyectos) de **promoción del bienestar y aprendizaje emocional en los centros educativos como espacios protectores**. Se trata de potenciar el desarrollo de las capacidades emocionales de los alumnos y las alumnas, ya que existe una evidente continuidad entre los problemas de salud mental en la infancia y los que se desarrollan en la edad adulta.

Estos programas deben brindar herramientas a los y las estudiantes para la prevención y detección del malestar emocional, a través del desarrollo de habilidades sociales y emocionales que les permitan gestionar el estrés, resolver conflictos de manera saludable y mejorar su autoeficacia e identidad personal.

En el curso de estas actuaciones se ha de diseñar e implementar una asignatura de educación para la salud en los centros educativos, **que integre la educación emocional, del mismo modo que existe la educación física**, que permita el desarrollo de las capacidades de gestión emocional de alumnos y alumnas, a fin de promover su salud mental y prevenir la aparición de los trastornos mentales en la infancia y, consecuentemente, en la vida adulta.

- ■ ■ ■ ■ **b.** Fortalecer la **definición de indicadores de riesgo** en el sistema educativo, promover actuaciones de **prevención y detección precoz** de problemas de salud mental y mejorar la **coordinación del centro educativo con las instituciones sanitarias y sociales**.

- ■ ■ ■ ■ **c.** Impulsar la regulación y la formación habilitante de la figura de **Coordinación de Bienestar y Protección de la Infancia** establecida en la LOPIVI; y asegurar su adecuada implementación en los centros educativos como figura clave tanto en la prevención y en la promoción de la salud mental de los y las estudiantes, como en la coordinación con los diferentes actores de la comunidad educativa e instituciones implicadas.

2. Formar, concienciar y sensibilizar.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Promover la **formación de los y las profesionales del ámbito educativo para detectar señales tempranas de problemas emocionales y actuar de manera oportuna**, brindando apoyo directo o derivando a los y las estudiantes a servicios especializados. Además, será necesario impulsar **formaciones especializadas en salud mental de la infancia y la adolescencia**.

- ■ ■ ■ ■ **b.** **Sensibilizar y formar a la comunidad educativa y al alumnado sobre qué es un problema de salud mental y su alcance**, diferenciándolo del sufrimiento emocional temporal propio de las diferentes experiencias vitales.

- ■ ■ ■ ■ **c.** Desarrollar **programas de alfabetización mediática informacional (AMI)** que les permitan identificar la intencionalidad de los mensajes que reciben principalmente de las redes sociales.

3. Impulsar medidas preventivas.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Desarrollar **actividades de promoción y prevención en el ámbito escolar**, con carácter universal y dirigidas, que incluyan, por ejemplo, programas de vida y habilidades, programas para contrarrestar el acoso y la violencia, programas para contrarrestar la estigmatización y discriminación de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), sensibilizando sobre los beneficios de una vida saludable estilo de vida y los riesgos del consumo de sustancias y la detección e intervención temprana de niños y adolescentes con problemas de comportamiento (incluidos los trastornos alimentarios) o trastornos del neurodesarrollo.

- ■ ■ ■ ■ **b.** Generar un **mecanismo de supervisión**, en el que se preste **especial atención a las situaciones de acoso escolar o bullying**. La escuela debería ser siempre un espacio en el que sentirse seguro. Sin embargo, para muchos niños y niñas su colegio o instituto se ha convertido en la fuente de un tipo de violencia.

- ■ ■ ■ ■ **c.** Abordar la **discriminación en las instituciones educativas** y promover el pleno acceso a las oportunidades educativas y laborales.

- ■ ■ ■ ■ **d.** Aprobar e implementar **políticas y normas de prevención y protección a los y las menores de la violencia en las aulas**, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

- ■ ■ ■ ■ **e.** Dotar a los centros educativos de **formación e información sobre las ideas autolíticas y pensamientos suicidas** y de ese modo estar prevenidos para posibles situaciones de crisis.

4.4.3. A las Administraciones públicas de ámbito estatal, autonómico y local

Invertir en salud mental en la etapa perinatal, infantil y adolescente es una forma de **invertir en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad**. Según el estudio *Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action*, financiado por la Comisión Europea, «cada niño es un individuo que tiene derecho a crecer feliz y saludable, a llevar una vida plena, desarrollar competencias individuales y tener acceso a la igualdad de oportunidades». Partiendo de esa premisa, para este informe se consultó a niños, niñas y adolescentes como actores principales a la hora de diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Este reconocimiento individual incluye el apoyo a los grupos de mayor riesgo (por ejemplo, niños, niñas y adolescentes LGTBIQ+, que sufren acoso, que viven en condiciones de pobreza, tienen problemas emergentes o sufren la confluencia de dos o más de esos factores). La **falta de una buena información y formación** constituye una de las principales barreras para abordar los problemas de salud mental en este contexto.⁵⁷ No es la primera vez que la Comisión Europea se pronuncia a este respecto. El que fuera comisario europeo de Salud y Seguridad Alimentaria, Vytenis Andriukaitis, recordó en sede parlamentaria la **conexión de la salud mental de los menores con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas**, afirmando que «en 2019, el Grupo director de la Comisión sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles ha decidido dar prioridad a la salud mental, motivo por el cual determinará las mejores prácticas en materia de salud mental para su ampliación y difusión».⁵⁸

Los problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes han ido en aumento en los últimos años y están vinculados a importantes cargas psicosociales, económicas y de salud física tanto para los niños y niñas afectados, como para las personas que los cuidan y

57. Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Champion, J., Carta, M. G., Daniëlsdóttir, S., Holte, A., Huurre, T., Matloňová, Z., Méndez Magán, J. M., Owen, G., Paulusová, M., Radonic, E., Santalahti, P., Sisask, M. y Xerri, R. (2016). *Joint Action on mental health and schools: situation analysis and recommendations for action*. European Union.

58. Redacción Médica. (2 abril, 2019). «La UE reconoce que los niños deben tener un buen abordaje en salud mental». *Redacción Médica*.

sus comunidades de procedencia. Sin embargo, existe muy poco conocimiento y, por tanto, concienciación acerca del sufrimiento, **el deterioro funcional, la exposición al estigma y la discriminación y el mayor riesgo de muerte prematura** que se asocia con los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, los cuales tienen una importancia obvia para la salud pública, teniendo además en cuenta que los problemas de salud mental forman parte integral del desarrollo infantil, tanto a nivel sociofamiliar como cognitivo.⁵⁹

En la edición 2021 del informe Estado Mundial de la Infancia, *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF publica el análisis más completo realizado por esta organización internacional sobre la salud mental de los niños, las niñas, los adolescentes y las personas cuidadoras en el siglo XXI, y **revela que incluso antes de la COVID-19 la infancia y la juventud ya sufrían problemas de salud mental sin que se hicieran las inversiones necesarias para solucionarlos. El documento señala que la pandemia no es más que la «punta del iceberg»** de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, y advierte que, sin más inversión en salud mental con servicios accesibles y de calidad, este problema podría extenderse durante mucho tiempo.⁶⁰

Organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, como Save the Children, subrayan este problema. En su informe *Crecer saludable(mente). Análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*,⁶¹ esta entidad revela que **la pandemia ha traído a la vida de niños, niñas y adolescentes nuevas preocupaciones, miedos, infelicidad y ha puesto de manifiesto la magnitud de los problemas de salud mental que sufren los niños y las niñas en nuestro país**. Así, según este documento, los trastornos mentales han aumentado exponencialmente y, por ello, incluye recomendaciones para que se implemente la Estrategia de Salud Mental.

Se han disparado los porcentajes de población infantil atendida en los diferentes recursos sociosanitarios por problemas de salud mental como, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria, la falta de control de los impulsos, etc. El fuerte aumento de la tensión en las diferentes esferas (familia, educación, relaciones sociales...) en las que se relaciona la población infantil, joven o adolescente ha provocado además un incremento elevado de los casos relacionados con pensamientos de autolesión o de suicidio, aumento de los ingresos hospitalarios y crecimiento en las atenciones psiquiátricas por hechos postraumáticos que anteriormente habían podido sobrellevarse.

Así, 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 adversos sobre nuestra sociedad. Algunos se han materializado en forma de pérdidas irreparables, cuyo duelo, en muchos casos, todavía no ha sido transitado; otros vienen derivados de las secuelas arrastradas

59. Morón Nozaleda, M. G. *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

60. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

61. Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P. y Vall, J. (2021). *Crecer saludable(mente): un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the Children España.

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.

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** y, aún hay que decir más, la **atención perinatal**. Esta última, desde la gestación hasta, al menos, los tres años de edad evita sufrimientos a bebés, madres, padres y familiares cercanos y previene posibles alteraciones psicológicas futuras que pueden acompañar al bebé en su vida adulta y transmitirse a futuras generaciones. Así lo expone el documento *Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones*, elaborado por [Conecta Perinatal](#). El informe plantea, entre otros aspectos, los factores de riesgo y la posible prevención en salud mental perinatal desde el embarazo, el parto, el puerperio, como etapas de especial vulnerabilidad y recoge los principales factores, entre ellos, los problemas de lactancia, las pérdidas perinatales, la separación del bebé de sus padres por sufrir estos problemas de salud mental, etc. Este documento, auspiciado por el Consejo General de la Psicología de España, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Asociación Salud Mental Infantil (ASMI), busca poner en valor y dar a conocer a la sociedad lo relevante que resulta para la salud integral de las personas el cuidado de la salud mental de los y las bebés y de sus familias, desde el momento del embarazo, garantizando recursos y estrategias sociosanitarias preventivas y de atención especializadas y adaptadas a las necesidades de las familias. Para ello, aporta evidencias basadas en conocimientos científicos, así como argumentos fundamentados en experiencias de diferentes países europeos e hispanoamericanos, que impulsen el desarrollo de planes nacionales y políticas sanitarias y sociales, dirigidas a cuidar la salud mental perinatal de forma especializada, así como el de instrumentos para concretar, organizar y ordenar los objetivos y actuaciones de dichos planes.

Por ello, se efectúan las siguientes recomendaciones:

1. Promover la coordinación interadministrativa.

2. Potenciar la escucha activa y la participación de niños, niñas y adolescentes en clave de salud mental en todos los espacios de decisión.

- **a.** Promover una mayor **implicación de niños, niñas y adolescentes en cuanto al diálogo con personas tomadoras de decisiones**, situando la salud mental como una cuestión prioritaria.
- **b.** Asegurar el derecho a la **participación de niños, niñas y adolescentes, como protagonistas de las propuestas y de las campañas de concienciación social de salud mental y erradicación del estigma**. Esto marcará la diferencia, de cara a alcanzar cambios culturales y transformaciones políticas. La salud mental también es cosa de niños, niñas y adolescentes.

3. Apoyar a las familias y personas cuidadoras en la atención de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

- a. Ofrecer **programas de formación**, así como recursos específicos y recomendaciones elaboradas por expertos y expertas para familias y tutores legales, de cara a que cuenten con las herramientas necesarias para crear un entorno seguro y emocionalmente saludable para sus hijos e hijas o menores a cargo.
- b. Establecer y fortalecer **redes de apoyo para familias** donde puedan compartir experiencias, así como recibir orientación profesional. El enfoque de equidad y comunitario de la salud será clave para garantizar el acceso al mayor número de familias, especialmente, a las más vulnerables.

4. Promover entornos seguros y protectores.

- a. Promover y generar una **cultura de protección organizacional**, cuyo objetivo sea la protección a la infancia y adolescencia en todas las entidades e instituciones responsables de entornos donde convivan o se relacionen niños, niñas y adolescentes.

Esto implica un proceso de transformación y de consciencia organizacional por parte de las instituciones y entidades responsables de la gestión de cada entorno, lo cual supone un posicionamiento institucional claro en el que se asuma de forma transparente y manifiesta el compromiso de la entidad, institución u organización de mejora del entorno y se incluyan los mecanismos de rendición de cuentas necesarios. Con este fin, se adoptarán las siguientes medidas:

- Desarrollo de **estándares y marcos comunes** de actuación para los planes y programas de prevención y protección a la infancia y adolescencia (art. 23 de la LOPIVI).
- Creación de **estructuras de protección interna** dentro de cada entidad o institución responsable de entornos donde convivan o participen niños, niñas y adolescentes. Esta estructura de protección incluirá:
 - La figura **responsable de coordinar el trabajo técnico** en el proceso de implementación de la Política de Protección. Esta función debe ser asumida por una persona o un equipo de personas, en función del número de niños, niñas y adolescentes a los que se atiende en los diversos entornos gestionados por la entidad o institución. La ratio a establecer deberá partir de un análisis de riesgos previo para cada entorno. Deben ser figuras con la formación necesaria y dedicación suficiente, y de ellas dependerán todos los referentes de protección establecidos.
 - Un **referente de protección por cada grupo de niños, niñas y adolescentes que participen en las diferentes actividades desarrolladas en cualquiera de los ámbitos mencionados**. En los centros educativos son los tutores y las tutoras, en cooperación con los coordinadores y las coordinadoras de Bienestar y Protección, y en el ámbito deportivo y de ocio el delegado o delegada de Bienestar y Protección.

- Mejora de los **entornos físicos donde convivan o participen niños, niñas y adolescentes** que están bajo la responsabilidad de cada institución o entidad en todos los ámbitos señalados, tanto en la infraestructura como en su dotación, así como en la **calidez emocional de estos y en su accesibilidad universal**. Este proceso implica la elaboración de un manual de buenas prácticas y estándares para el análisis de riesgos y la evaluación de cada entorno a nivel físico, emocional y social. Dichos estándares tendrán en cuenta la evaluación de variables a nivel físico (accesibilidad, seguridad en los accesos, los servicios sanitarios, los espacios de recreos, comedores, salas de juegos, salas de visitas y otros espacios comunes) así como las variables a nivel emocional (la calidez del entorno, la luz suficiente y necesaria, la temperatura adecuada, la personalización de su decoración, los elementos de trabajo simbólico o el acceso a elementos de naturaleza).
 - Desarrollar **planes formativos específicos para profesionales que trabajan en el ámbito del tiempo libre** de los niños, niñas y adolescentes, a fin de reconocer y entender los signos de aparición de problemas de salud mental; orientar a los y las menores hacia la búsqueda de ayuda; y garantizar que estos espacios sean inclusivos.
- **b. Crear servicios amigables o adaptados.** Se trata de establecer **sistemas que garantizan el respeto y la efectiva realización de todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes al más alto nivel posible**, teniendo presentes en particular los principios de participación, de no discriminación, del interés superior y de supervivencia y desarrollo. Esto supone, en particular, que la concepción y el funcionamiento de los servicios tales como la justicia, los servicios sociales y sanitarios se adaptan a las necesidades específicas de cada niño, niña o adolescente y protegen su integridad, dignidad y privacidad, son accesibles, disponibles, diligentes, cuentan con profesionales formados y formadas en materia de infancia y adolescencia, y comunican de forma adaptada a las capacidades, edad y madurez del niño, niña o adolescente. Los entornos seguros generan espacios cálidos que brindan al niño, niña o adolescente la seguridad emocional necesaria para poder ser protagonista de las decisiones que le afectan. Los sistemas amigables son **multidisciplinares, practican la atención integral y comunican y se coordinan entre ellos poniendo el bienestar del niño, niña o adolescente en el centro**. Evitar la revictimización o victimización secundaria es uno de sus objetivos.
- **c. Generar servicios de ocio y tiempo libre, así como espacios de encuentro y participación comunitaria**, que promuevan vínculos solidarios y garanticen contextos de identificación de demandas y necesidades concretas de los y las adolescentes.

5. Aprobar una estrategia nacional de la infancia y adolescencia con discapacidad.

6. Promover la regulación normativa de la accesibilidad psicosocial, así como la adopción de medidas para su implementación, concienciación y formación al respecto.

7. Garantizar la existencia de servicios de soporte social a la vivienda, formación e inserción pre-laboral y laboral para adolescentes.

8. Revisar el modelo actual de atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental vinculados al sistema de protección social, con el fin de garantizar una atención más ajustada a sus necesidades.

9. Desarrollar actuaciones preventivas en situaciones de riesgo social.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Impulsar **políticas de atención a los factores sociales de riesgo** que tienen una incidencia clara en la salud mental de las familias como, por ejemplo, la falta de conciliación con la vida familiar, las situaciones de paro o la calidad o inestabilidad de la vivienda, entre otras.

- ■ ■ ■ ■ **b.** Desarrollar **programas de seguimiento y acompañamiento individualizado** para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave, potenciando la figura de los y las profesionales del Trabajo Social y la Educación Social.

10. Impulsar el ocio inclusivo desde un enfoque de salud mental.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Crear **recursos de ocio y tiempo libre ajustados a las necesidades y preferencias** de niños, niñas y adolescentes, dada la importancia del abordaje de todas las esferas que les afectan.

- ■ ■ ■ ■ **b. Informar sobre los recursos y/o actividades ofertadas**, ya que cuando irrumpe un problema de salud mental, suele venir acompañado de una ruptura del proyecto de vida y de las relaciones sociales tanto de los y las menores como de las familias. De ahí la importancia de ofrecer la información de este tipo de recursos y /o actividades para recobrar esa parte perdida.

11. Apoyar a las familias.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Ofrecer **información clara y sencilla** a las familias sobre los recursos existentes y su modo de acceso.

- ■ ■ ■ ■ **b.** Ofrecer **apoyo social y psicológico** para iniciar y transitar por el proceso de recuperación. Es preciso aumentar la presencia de los perfiles profesionales de trabajo social y psicología.

- ■ ■ ■ ■ **c.** Favorecer el **apoyo familiar como factor clave para la recuperación de muchos problemas de salud mental que afectan a las personas LGTBIQ+**, proporcionando información, formación y recursos.

12. Prevenir la violencia, el abuso y el acoso.

En los contextos de violencia, las niñas y los niños pueden ver gravemente comprometida su salud mental, lo cual condiciona su bienestar. Según un **informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**, disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos. La salud mental, en el caso de los niños, niñas y adolescentes, se define como «la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos».⁶²

En este sentido, la **Observación 22 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2018)**⁶³ ha destacado el derecho de las niñas y los niños a no ser objeto de ninguna forma de violencia, recomendando lo siguiente:

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

62. Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (31 de enero, 2017). *Salud mental y derechos humanos: informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/34/32)*. Organización de las Naciones Unidas.

63. Organización de las Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño. (5 de marzo, 2018). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España (CRC/C/ESP/CO/5-6)*. Organización de las Naciones Unidas.

**A fin de prevenir la violencia, el abuso y el acoso,
se efectúan las siguientes recomendaciones**

En materia de medidas preventivas

- Desarrollar **sistemas que permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones.**
- Avanzar hacia un **modelo de atención individualizada e integral**, que adapte las respuestas a las necesidades de cada niña, niño o adolescente, contempladas desde un enfoque interseccional.
- Promover **mecanismos de autoprotección y resiliencia** que permitan enfrentar el trauma desde la más tierna infancia a través de los lazos afectivos y, cuando sea el momento, de la expresión de las emociones, a fin de construir un entorno social predispuesto a contribuir al desarrollo del niño o la niña, que le permita construir vínculos con el mundo que le rodea y disponer de herramientas a nivel biopsíquico para reparar el daño y desarrollarse a partir de la integración en su biografía de un modo positivo.⁶⁴
- Desarrollar **actuaciones coordinadas por parte de las Administraciones públicas de sensibilización, prevención, asistencia y protección** frente a cualquier forma de **maltrato infantil**, con especial consideración al factor salud mental como elemento clave para garantizar su éxito.
- Incorporar el **principio de igualdad** en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica del personal que atiende a este colectivo.
- Impulsar **medidas formativas específicas en materia de salud mental y violencia para el personal sanitario, educativo, jurídico, de los servicios sociales y de los medios de comunicación** con el fin de erradicar el estigma, la discriminación y la violencia.
- Consensuar **criterios diagnósticos en salud mental y guías de práctica clínica** a fin de reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención.⁶⁵
- Fomentar la **investigación básica, traslacional y aplicada en la salud mental, la violencia y el desarrollo** de niñas, niños y adolescentes.

64. Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, pp. 46 y 215. Barcelona: Gedisa.

65. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2009). [Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes](#), p. 71. *Cuadernos Técnicos*, 14. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

- Poner en marcha **sistemas de información específicos de trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos** en todo el territorio nacional.⁶⁶
- Favorecer hábitos de buena crianza desde el inicio del embarazo y primera infancia, favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo.⁶⁷
- Incorporar el concepto de diversidad con una intención práctica. Es decir, establecer disposiciones que lo definan y delimiten como un principio orientador y un enfoque de obligada incorporación junto con el de género. El objetivo es diseñar e implementar políticas, programas y medidas de erradicación de la violencia en todos los contextos donde esta prolifere, y contribuir a una visión amplia y positiva de la salud mental como condición indispensable para que niñas, niños y adolescentes gocen de bienestar.

En materia de atención sanitaria y social

- Desarrollar **programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias** con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave como es el encontrarse o haberse encontrado en un contexto de violencia.
- Desarrollar la **cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud en los aspectos específicos de atención a la salud mental** de niñas, niños y adolescentes que han vivido o viven en contextos de violencia.⁶⁸

En materia de regulación y actuaciones judiciales

- Promover una **cultura jurídica y judicial** que favorezca la implementación de las diversas disposiciones, como, por ejemplo, la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal «para las víctimas de la violencia doméstica» que incluye, además de a la mujer, a los y las menores a su cargo.

66. *Ibid.*

67. *Ibid.*

68. *Ibid.*

- Establecer **mecanismos adaptados para el acceso de los niños y las niñas a los tribunales para el ejercicio de sus derechos**, incluyendo los medios humanos y materiales para atenderles debidamente en el ámbito judicial, teniendo en consideración su salud mental.
- Adecuar físicamente los espacios en los juzgados donde deben realizarse las entrevistas y donde deben esperar los niños y las niñas, así como disponer del material técnico y audiovisual que permita llevar a cabo la participación en los procesos sin tener que ver a su agresor ni tener que prestar declaración en una sala llena de personas adultas desconocidas.
- Establecer **mecanismos de mejora de la garantía del derecho de los niños y las niñas a que se les escuche debidamente durante los procedimientos**, tanto judiciales como administrativos, teniendo en consideración su salud mental.
- Establecer un **equipo de profesionales de apoyo especialistas en salud mental**. Además de la preparación para la atención directa, es esencial que en las valoraciones psicológicas de los niños y las niñas se cuente con la intervención experta de profesionales de la psicología, en coordinación con otros ámbitos de conocimiento técnico (trabajo social, medicina, educación), de cuya valoración va a depender en gran medida la decisión que se adopte por parte del órgano judicial. La relevancia de esta intervención requiere una mayor especialización, regulación y definición de las competencias, derechos y obligaciones de los y las profesionales en el desempeño de sus funciones.⁶⁹
- Regular el **derecho a la información y la asistencia legal** de las niñas, niños y adolescentes durante los procesos, formando a los y las profesionales que les atiendan para que aprendan a escucharles con especial consideración a su salud mental.⁷⁰
- Establecer mecanismos de supervisión y denuncia por la actuación de los operadores jurídicos, cuya eficacia sea evaluada periódicamente.⁷¹
- Establecer y regular la coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia.

69. Rodríguez, V., Román, Y., y Escorial, A. (2012). *Infancia y Justicia: una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España*. Save the Children España.

70. *Ibid.*

71. *Ibid.*

En materia de educación y acoso escolar

- Aprobar e implementar **políticas y normas que protejan** a los y las menores de la violencia en las aulas, además de reforzar las medidas de prevención y respuesta en las escuelas.
- Crear **campañas de concienciación y mecanismos** adecuados para que las sociedades y las personas a nivel individual respalden a las y los estudiantes a la hora de denunciar actos de violencia, trabajando para cambiar la cultura dentro de las aulas y en las sociedades y comunidades.
- Recabar mejor **información**, desglosada, sobre violencia contra los niños y las niñas en la escuela y en el entorno escolar, y compartir esos datos entre todos los actores implicados.
- Impulsar **políticas de prevención y promoción de la convivencia en el ámbito escolar**, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

En materia de delitos contra la libertad sexual

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

En materia de violencia de género

- Proporcionar **formación en violencia y recursos especializados a profesionales que realizan atención directa a mujeres con trastorno mental** (discapacidad psicosocial), especialmente cuando tienen menores a su cargo.

- Modificar los **reglamentos de las casas de acogida** para que ninguna víctima con discapacidad pueda ser rechazada por este motivo, como sucede en la actualidad. Concretamente, se trata de eliminar las barreras que impiden el acceso a los recursos destinados a las mujeres víctimas de la violencia de género, cuando concurra la condición de tener un problema de salud mental, especialmente cuando se tenga hijos e hijas menores a cargo.
- Designar **psiquiatras de referencia** que atiendan de forma preferente cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia, incluyendo profesionales especialistas en psiquiatría infanto-juvenil para atender a los y las menores que pudieran estar a su cargo.
- Diseñar e implementar **medidas para abordar los efectos psicológicos de la violencia de género**, estableciendo equipos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente.
- Realizar **protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación**, tanto a nivel autonómico como local, en los que se incluya a la red de salud mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (discapacidad psicosocial).
- Incluir la **violencia contra las mujeres con trastorno mental (discapacidad psicosocial) en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios**, incorporando la situación de las hijas y los hijos menores a su cargo.
- Crear en los recursos destinados a violencia de género que sean procedentes, un **servicio experto en violencia que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales**.
- Incluir, en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales (dependencia, desprotección, riesgo de exclusión), la violencia en el ámbito de la pareja, diferenciándola de la **violencia procedente de otros miembros de la familia. Registrar también la existencia o sospecha de trastorno mental**.
- Incluir a las **asociaciones del ámbito de la salud mental** en el trabajo sobre prevención y detección de violencia que se realiza con el movimiento asociativo.
- Impulsar la **participación de los hombres en los programas relacionados con el cuidado**, así como crear grupos de hombres que trabajen, desde una óptica de nuevas masculinidades, en la asunción de los valores propios de la ética del cuidado.
- Realizar **guías específicas de atención y prevención de violencia de género y mujeres con problemas de salud mental**.

En materia de identidad de género, violencia y salud mental⁷²

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

En materia de control de la efectividad de la normativa

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

72. Nodin, N., Peel, E., Tyler, A., y Rivers, I. (2015). *The rare research report: LGBT&T mental health, risk and resilience explored*, pp. 33, 66, 67 y 68. London: PACE.

4.4.4. A las instituciones públicas y privadas y a los medios de comunicación

1. Concienciar para normalizar la atención a la salud mental y combatir el estigma: la salud mental como componente esencial del bienestar de la infancia y de la adolescencia.

- ■ ■ ■ ■ a. Promover **campañas de concienciación y movilización a favor de la salud mental** de niños, niñas y adolescentes, **como un tema prioritario de la agenda política y social**, y en las que se subraye la necesidad de un **cambio cultural**, en el que buscar ayuda se vea como un signo de responsabilidad y cuidado personal, libre de estigmas o prejuicios. Estas campañas deberán abordar la necesidad y urgencia de conocer en profundidad esta problemática, desde un enfoque clínico, y también como un componente esencial de la salud y del bienestar general. Apelar para que la salud mental sea una responsabilidad de todos y todas, ya que solo así se podrá asegurar el bienestar y desarrollo de todos los niños, niñas y adolescentes y del conjunto social.

4.4.5. Al sector privado

1. Fomentar el rol del sector privado como catalizador de cambio y promotor de bienestar de la salud mental de niños y niñas.

- ■ ■ ■ ■ a. Impulsar **acciones y programas que promuevan la salud mental positiva**, centrados en la sensibilización, la promoción y la prevención, incluyendo a los grupos más vulnerables. Estas iniciativas se podrán llevar a cabo en entornos relevantes, incluyendo la familia, la escuela, la comunidad y el entorno digital. Para ello, también, se tendrá en cuenta el impacto de los productos y servicios de ocio, cultura, entrenamiento, entre otros dirigido a niños, niñas y adolescentes.
- ■ ■ ■ ■ b. Contribuir a que los **decisores políticos establezcan la salud mental de la infancia y la juventud como una prioridad en la agenda pública**.
- ■ ■ ■ ■ c. Promover campañas de **sensibilización y movilización sobre la importancia de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes**, la necesidad de eliminar el estigma y promover un enfoque inclusivo. Apoyar la creación de **información y recursos dirigidos a las familias**, para que cuenten con herramientas que les ayuden a velar por la salud mental de los niños, niñas y adolescentes a su cargo y, también, para cuidar de la suya propia.
- ■ ■ ■ ■ d. Promover el **derecho a la participación de la infancia y adolescencia** en sus espacios de consulta y decisión en materia de salud mental.

2. Fomentar un espacio digital en clave de bienestar emocional.

- ■ ■ ■ ■ **a.** Supervisar que los **contenidos de bienestar emocional y salud mental a los que acceden en Internet** los niños, niñas y adolescentes, pero también las personas adultas, sean rigurosos y que aborden desde el malestar emocional hasta la existencia de un problema de salud mental.

- ■ ■ ■ ■ **b.** Visibilizar el acceso a los **servicios de ayuda profesional en los espacios digitales.**

- ■ ■ ■ ■ **c.** Elaborar **recursos audiovisuales**, en formatos adecuados a los distintos tramos de edad, que faciliten **la canalización hacia los servicios de ayuda profesional.**

- ■ ■ ■ ■ **d.** Establecer **pautas de higiene digital** en el ámbito familiar sobre el uso de la tecnología que eviten su consumo temprano, intensivo y sin acompañamiento.

- ■ ■ ■ ■ **e.** Mantener un **diálogo con las familias sobre el uso de la tecnología**, apoyarse en las herramientas de control parental y seguir las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría en lo relativo a la exposición a pantallas por edades.

- ■ ■ ■ ■ **f.** Exhortar a las plataformas y servicios digitales a establecer **controles de acceso por edad, pautas de uso y mecanismos que aseguren la protección** ante contenidos inadecuados, comportamientos dañinos, contactos inseguros o una exposición comercial abusiva.

5. Toma de conciencia

Artículo 8. CDPD

En este precepto, los Estados parte se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para sensibilizar y luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos aquellos que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida. También se comprometen a promover la toma de conciencia respecto a sus capacidades y aportaciones, así como a fomentar en todos los niveles del sistema educativo (incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana) una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad.

5.1. Aspecto a tener en cuenta

5.1.1. Salud mental y acceso de las personas jóvenes a los derechos económicos, sociales y culturales

El acceso de las personas jóvenes a los **derechos económicos, sociales y culturales** en una sociedad que les ofrece más incertidumbres que certezas dentro de un contexto de subida del coste de la vida, requiere que se le preste una especial atención a la protección contra la pobreza y la exclusión social, el acceso a la vivienda, el acceso al empleo y la participación en las políticas y la toma de decisiones relacionadas con los derechos sociales y económicos.

El aumento del **coste de la vida**, el **empleo precario** y los **problemas de acceso a la vivienda**, entre otros, han impactado gravemente sobre la seguridad económica y la **inclusión social** de la juventud. Además, está la cuestión de las **barreras al empleo**. De por sí, la población joven se encuentra con dificultades para acceder al mercado laboral en unas condiciones que les permita contar con estabilidad económica. Ahora bien, si además existen problemas de salud mental las barreras se hacen prácticamente insalvables. En la *Guía para el cuidado de la salud mental en entornos laborales y la prevención de los riesgos psicosociales*,⁷³ publicada por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, se destaca la poca información que sigue habiendo acerca de los diferentes trastornos de salud mental, un desconocimiento que genera una serie de **prejuicios** asociados por parte de la sociedad en general hacia las personas que los tienen. Además, un entorno laboral que no tiene en cuenta el bienestar mental de las personas puede conducir a **problemas de salud física y mental, el uso nocivo del alcohol u otras sustancias, el absentismo y la pérdida de productividad**.

Según publica el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) «dos esferas críticas se destacan entre las personas jóvenes como piedras angulares del bienestar y el éxito futuro: **la empleabilidad**

73. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2021). *Guía para el cuidado de la salud mental en entornos laborales y la prevención de los riesgos psicosociales*, Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

y la salud mental». Así, «por un lado, nos encontramos con un mercado laboral incierto, poco esperanzador y precario para jóvenes» y, por otro, «su salud mental parece estar cada vez más debilitada, entre otras cuestiones, por la cuestión laboral».⁷⁴ Efectivamente, según el estudio *Jóvenes y salud mental la experiencia del proyecto «PasaXT Hacia el Empleo»* (2024),⁷⁵ las dificultades de la población joven en el acceso al mercado laboral y con empleos de calidad son superiores si tiene alguna condición que incrementa su vulnerabilidad. De hecho, destaca este informe, el grupo de las personas jóvenes con discapacidad menores de 25 años es el que sufre una mayor tasa de paro (48,1%) y las personas con discapacidad psicosocial son uno de los colectivos más vulnerables en el mercado laboral, «debido al **estigma social** y a otros factores como la **ausencia de adaptaciones en el puesto de trabajo**, el **desconocimiento en torno a los problemas de salud mental** y, en ocasiones, la **falta de formación**». De ahí, la imperiosa necesidad de apoyar a estas personas y dotarlas de «las herramientas y/o recursos para fomentar o reforzar sus habilidades, conocimientos, destrezas y estrategias personales y profesionales». Este mismo estudio destaca que «la inclusión sociolaboral es un proceso complejo y requiere la consideración de un buen número de variables y la aproximación desde múltiples niveles». Por ello, «este proceso debe ser acompañado de una red de colaboraciones con **recursos comunitarios** (sanitarios, sociales, educativos, etc.) **y empresariales**, con el fin de dar una **atención integral** a la persona joven». Revela este estudio que el elevado índice de inactividad de la población joven con discapacidad psicosocial «no es comparable con ningún otro colectivo en edad activa», sus «niveles de paro también son muy superiores y, por consiguiente, las aspiraciones de autonomía y reconocimiento social se ven muy limitadas». Por lo tanto, «la inserción laboral de las personas jóvenes con discapacidad psicosocial presenta un reto importante debido a la tendencia de esta condición a manifestarse durante la fase inicial de la juventud, cuando la persona se forma y se prepara en el desarrollo de habilidades y competencias profesionales para futuras ocupaciones, lo cual conlleva a una restricción considerable en su potencial de empleabilidad posterior». En este sentido, señala este documento, «una **intervención temprana** posibilita mayores tasas de recuperación» y, asimismo, «mejora su nivel de empleabilidad, incrementando, por ende, su capacidad para desarrollar una vida independiente y facilitar su retorno al sistema educativo, si fuera el caso».

Ante la evidente existencia de barreras que limitan la inclusión de personas jóvenes con discapacidad en la sociedad (especialmente en el caso de la discapacidad psicosocial) y su vida independiente y autónoma en igualdad de condiciones, es imprescindible fomentar la colaboración y desarrollar estrategias integrales para promover los derechos y el bienestar de las personas jóvenes y, para ello, es esencial atender a su salud mental desde un enfoque preventivo y de manera integral, en el contexto de una cultura laboral que fomente la inclusión. Para impulsar este cambio, el papel de las Administraciones Públicas es esencial, fomentando, entre otros aspectos, el rol del sector privado como catalizador de cambio y promotor de bienestar de la salud mental de la población joven.

74. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). (2024). «[Plataforma para la Salud mental y la Empleabilidad juvenil: una experiencia de éxito de Fundación Santa María la Real para la atención a jóvenes en desempleo o en precariedad laboral](#)». *Cuadernos del mercado de trabajo* n.º 11, abril 2024. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).

75. Lozano de las Morenas, A. (Coord.); Cabrera Carrasco, N. y Sánchez San José, J. (2024). [Jóvenes y salud mental la experiencia del proyecto «PasaXT Hacia el Empleo»](#). *Estudio de impacto*. Federación Salud Mental Castilla y León.

6. Accesibilidad

Artículo 9. CDPD

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

6.1. Aspectos a tener en cuenta

6.1.1. La accesibilidad psicosocial como asignatura pendiente

La **accesibilidad psicosocial** es la característica de los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que permiten la acogida y la inclusión de las personas con problemas de salud mental, promoviendo mecanismos preventivos y de eliminación de las barreras actitudinales, contextuales, administrativas y sistémicas o simbólicas que son alzadas por el estigma, los prejuicios y, en definitiva, el desconocimiento de las dificultades que tales personas enfrentan por su condición. Para ello, las personas prestadoras 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 las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial). En el anexo 2 del informe anual sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental correspondiente al año 2023⁷⁶ la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA publicó un documento de consenso en esta materia.

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) ha defendido la accesibilidad universal como un «requisito previo» en el ejercicio de todos los demás derechos de las personas con discapacidad y ha asegurado que supone un «elemento central» dentro de la estrategia de esta plataforma a la hora de situar en la agenda política todos los asuntos capitales para las personas con discapacidad y para la defensa de sus derechos y los de sus

76. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2024). [Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2023](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

familias.⁷⁷ Por ello y por tratarse de una cuestión de derechos humanos, no se puede omitir la existencia de barreras, generalmente invisibles, que afectan principalmente a las personas con problemas de salud mental, de ahí la importancia de destacar esta especificidad, habida cuenta el lugar central que la accesibilidad ocupa en la agenda de inclusión de las personas con discapacidad y su importancia de cara a garantizar la igualdad de oportunidades y la participación activa de todas las personas en la sociedad.

Las Administraciones públicas han de conocer qué barreras específicas se alzan ante las personas con problemas de salud mental y habrán de promover la accesibilidad de este grupo de población, adoptando medidas individuales y estructurales que eliminen los obstáculos para el efectivo ejercicio de sus derechos y que favorezcan el respeto a su autonomía, voluntad y preferencias. Las **barreras invisibles alzadas por el estigma y la ignorancia**, generalmente unidas, impiden a las personas con problemas de salud mental ejercer sus derechos y ser incluidas en los procesos de toma de decisiones en igualdad de condiciones con las demás. El estigma crea obstáculos en todos los aspectos de la vida cotidiana. Alimenta la proliferación de conductas discriminatorias y afecta, entre otros, al acceso a recursos sanitarios adecuados, a la justicia, al empleo, a la educación, a la participación política y a las actividades religiosas, culturales y sociales.

El Observatorio de Accesibilidad afirma que esta es una condición necesaria para la participación social de las personas con distintas limitaciones funcionales y garantía de un mejor diseño para todos.⁷⁸ En este sentido, el concepto de accesibilidad se ha ido desarrollando a partir de la **consideración de la persona y su entorno como un todo**. Por ello, además de adoptar medidas para promover su autonomía, se ha de intervenir sobre el medio en el que se desenvuelve, para diseñarlo con el fin de garantizar sus derechos.

En el Anexo mencionado anteriormente se describe un amplio abanico de variables que conciernen a la accesibilidad psicosocial.

Sin embargo, ahora, nos centraremos en un aspecto muy concreto, menos desarrollado en ese documento y del que desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se llama la atención: La necesidad de **entornos pensados en clave de comunidad**.

¿Y de qué estamos hablando cuando hablamos de comunidad? Partimos de la definición de comunidad dada por la arquitecta y urbanista Adriana Ciocoletto, entendida como un «grupo diverso de población que se relaciona en un entorno próximo... compartiendo espacios comunes donde conviven y desarrollan su vida cotidiana», pero que «también implica a su vez convivencia, asociación, solidaridad y afecto, red de relaciones sociales».⁷⁹

77. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (20 de mayo, 2021). «El CERMI defiende la accesibilidad universal como un «requisito previo» en el ejercicio de todos los demás derechos de las personas con discapacidad». Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

78. ONCE. La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social. ONCE.

79. Ciocoletto, A. (2011). Un entorno con comunidad. En *Construyendo entornos seguros desde la perspectiva de género*, p. 156-168. Col·lectiu Punt 6.

Esta autora considera que estando una **comunidad** formada por un grupo de personas que conviven en un espacio físico particular, es preciso describirla en sus **dos dimensiones: física y social**. Afirma que «el diseño de los espacios afecta a las relaciones entre las personas» y puede «favorecer la convivencia, el intercambio y la socialización de las personas de manera igualitaria, contribuyendo al desarrollo de las redes sociales y fortaleciendo la pertenencia a la comunidad» o todo lo contrario.

Necesitamos espacios psicosocialmente saludables, que las personas con problemas de salud mental se apropien de ellos y que, a través de ellos, sientan en todo momento la pertenencia a una comunidad que les ofrece cauces de participación. De alguna manera, con la arquitectura saludable y la neuroarquitectura se apuesta por convertir los espacios construidos en **terceros cuidadores**, poniendo en el centro la salud y el bienestar físico, mental y social de las personas. Se trata de prestar atención a aspectos como la disposición de los espacios, el cuidado de la luz, la acústica, los materiales, la calidad del aire, el tratamiento del color y la biofilia...

En el *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción* ya se hace referencia a la necesidad de **«rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades**, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas», así como de «establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales». Todo ello dotado «de **profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas**».⁸⁰

Se habrán de instaurar prácticas que hagan de estos servicios **espacios psicosocialmente accesibles**, en los que se prime el punto de vista rehabilitador y terapéutico por encima de las medidas coercitivas, con el fin de procurar una mejora de la autonomía y, promoviendo el proceso de recuperación, fomentar la inclusión social.

La accesibilidad psicosocial tiene que ver con el diseño de alternativas reales de atención por parte del personal sociosanitario, que eviten la coerción o el abandono y permitan superar las situaciones de sometimiento y desamparo a las que con demasiada frecuencia se ven sometidas las personas con problemas de salud mental. Se trata de impulsar las relaciones terapéuticas y las necesarias alianzas entre estas personas y las y los profesionales. La **perspectiva de la accesibilidad psicosocial** contribuye a evitar la normalización de prácticas que vulneran derechos humanos, ofreciendo un cauce para transformar los discursos y culturas en los que estas se sustentan, así como las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

La presidenta del Observatorio de Arquitectura Saludable, la arquitecta Rita Gasalla, en el reportaje de la *Revista CERCHA* «Espacios que ayudan a mantener la calma», puso de relieve cómo **los espacios sanitarios pueden ayudar a mantener la calma a las personas trabajadoras**

80. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2016). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

y usuarias. Por ejemplo, humanizando los espacios hospitalarios, para que tranquilicen y contribuyan a la curación, se puede evitar el conocido como «síndrome de la bata blanca», que consiste en el miedo y la inquietud que muchas personas experimentan al acudir a consultas médicas u hospitales. También, aterrizando estas ideas a la salud mental, posiblemente se podrían evitar los efectos traumáticos provocados por intervenciones involuntarias sobre los y las personas con un problema de salud mental que acuden a un centro sanitario.

El Observatorio de Arquitectura Saludable es una iniciativa pionera en el mundo creada dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, por un grupo de reconocidos y reconocidas profesionales del mundo académico, médico, empresarial, de la ingeniería y de la arquitectura. Su objetivo es el de **integrar la arquitectura y el urbanismo en la conversación de Salud Pública** y, con ello, fomentar medidas que concluyan en un nuevo marco regulatorio que garantice la **seguridad sanitaria de la ciudadanía en los espacios que esta ocupa**.⁸¹

Hablar de entornos en clave de comunidad, implica también, más allá de lo físico, las **culturas que condicionan las conductas y**, por tanto, las **redes afectivas**, que afectan a todos los planos de la vida de las personas. Por ejemplo, para favorecer la accesibilidad psicosocial en el ámbito del empleo, hay que cambiar la cultura de trabajo. La entidad empleadora ha de disponer de un plan de **medidas para abordar los factores intralaborales de carácter psicosocial**. Entre ellas, se cuenta el **análisis ambiental**, el **diseño de los espacios** y la **organización de profesionales y actividades**, orientada hacia la acogida y la inclusión. También se encuentra la promoción de **factores protectores** que garanticen dicha 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).

El análisis del espacio público requiere también, dada su configuración androcéntrica, un análisis desde la **perspectiva de género**. Por ejemplo, la falta de unidades madre-bebé en los hospitales dificulta o impide la prevención de la aparición o agravamiento de problemas de salud mental.

6.1.2. Acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental

El trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación, al tiempo que promueve sociedades más inclusivas. Además, para las personas con problemas de salud mental tiene una función terapéutica, desplazando el rol de «persona enferma» por el rol de «persona trabajadora». Sin embargo, en España, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud mental se erige en una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, además de la pérdida de capital humano que esto supone. Las personas con problemas de salud mental tienen habilidades, capacidades y

81. Observatorio de Arquitectura Saludable-OAS.

destrezas como cualquier otra, y, muchas veces, lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas.

Esta carencia tiene su raíz en los prejuicios generados por el estigma, que alzan numerosos obstáculos y barreras —la mayoría de las veces, invisibles y prácticamente imposibles de sortear— para las personas con problemas de salud mental. Por tanto, se ha de ir más allá de la percepción del empleo como una mera fuente de ingresos, y poner el foco en la promoción del bienestar y la prosperidad de las personas, en especial de aquellas más vulnerables. Así, se precisa desarrollar e implementar un concepto de **empleo sostenible**, tanto público como privado, orientado a la consolidación de una sociedad mejor, y derribar las barreras alzadas por el estigma. Adoptando esta perspectiva, un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para acceder al empleo.

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 y, para ello, es preciso que se tome conciencia de la necesidad de adaptación del sistema a sus necesidades específicas mejorando, reforzando e impulsando medidas para que puedan acceder al empleo: formación, adaptación del puesto de trabajo, cuotas de reserva de empleo, creación de cooperativas sociales, entornos protegidos enfocados a la inclusión social, etc.

El objetivo de **inclusión laboral** no se puede materializar sin facilitar al colectivo de personas con problemas de salud mental todos los apoyos necesarios que potencien el ejercicio de sus derechos, puedan tomar las riendas de sus vidas y encabezar en primera persona iniciativas, acciones y propuestas. Esto implica el desarrollo del concepto de accesibilidad universal, incluyendo la accesibilidad psicosocial —además de la física, la sensorial y la cognitiva— e itinerarios laborales en el que tengan cabida todas las personas con discapacidad sin excepciones por el tipo de discapacidad.

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 empleo, progresar profesionalmente y adaptarse a la evolución de la tecnología y de las condiciones del mercado de trabajo.

6.2. Recomendaciones

1. **Modificar el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y aprobar el correspondiente Reglamento**, a fin de establecer y regular la accesibilidad psicosocial y sus condiciones básicas de exigencia y aplicación.

2. **Impulso de políticas inclusivas** orientadas a personas con problemas de salud mental, garantizando la **igualdad de trato para este colectivo dentro del cupo de reserva**.
3. **Desarrollo de ajustes razonables y soportes específicos para personas con problemas de salud mental**, incluido el acompañamiento psicosocial, que serán garantizados en todo caso, tanto en los procesos de contratación como en el mantenimiento del puesto en las empresas privadas como en el empleo público.
4. **Capacitación de los agentes empleadores, tanto en el ámbito público como en el privado, en materia de salud mental, mediante:**
 - **Sensibilización** sobre discapacidad psicosocial para garantizar igualdad de trato y evitar sesgos.
 - Desarrollo de **planes de formación y capacitación** para el empleo, adecuados a las necesidades y particularidades de las personas con problemas de salud mental.
 - Impulso de una **cultura del trabajo que favorezca la salud mental**, a través de:
 - Actuaciones planificadas dirigidas a facilitar promover la concienciación y adquisición de las habilidades necesarias para impulsar una cultura del trabajo que favorezca la salud mental y la acogida en los casos en los que esta pueda verse afectada. Para ello, se han de promover factores protectores que favorezcan una salud mental positiva, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto laboral. 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 (en especial, la asistencia personal en salud mental), existencia de un sistema de reconocimiento por la labor efectuada, normas claras y justas, etc.
 - Red de apoyos adecuada para cada caso, incluida la asistencia personal, según la metodología de apoyo de pares.
 - Plan de sensibilización ambicioso y efectivo, en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.
 - 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 y formadas en prácticas centradas en la persona y recibiendo una capacitación para una comunicación sensible y adaptada.
 - Perspectiva de género. Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social.

- 5. Acreditación de la necesidad de ajustes razonables más allá de la certificación de un determinado grado de discapacidad.**

- 6. Colaboración con organizaciones,** a fin de instaurar la participación activa de entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad psicosocial en la implementación de estas medidas, favoreciendo en todo momento una interlocución fluida con las mismas y así favorecer la colaboración para 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 las personas con problemas de salud mental. En este plan de colaboración y/o actuaciones conjuntas, se podría llevar a cabo un análisis ambiental y rediseñar 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.

7. Derecho a la seguridad y protección en situaciones de riesgo, emergencias humanitarias y desastres naturales

Artículo 11. CDPD

Este precepto obliga a los Estados parte a adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

7.1. SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer colaboran para apoyar psicológicamente a las víctimas de la DANA

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer (FVF) han firmado un convenio de colaboración con el objetivo de impulsar proyectos de reconstrucción de la zona afectada por la DANA en la Comunidad Valenciana, así como ofrecer apoyo psicosocial y gestión emocional a las personas que se han visto afectadas por esta catástrofe en diferentes ámbitos de la zona. Para ello, la Fundación Vicente Ferrer ha realizado una aportación económica con la meta de poner en marcha dichos proyectos, en colaboración con la Confederación.⁸²

Según Nel González Zapico, presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, «esta colaboración supone un hito muy importante, ya que la dilatada experiencia de la Fundación Vicente Ferrer en la ayuda humanitaria, unido a nuestro firme compromiso con el bienestar de las personas más vulnerables, permitirán que ambas entidades contribuyamos a mejorar la salud mental de quienes se han visto afectadas y afectados por la DANA, una catástrofe sin precedentes en nuestro país». Por parte de la Fundación Vicente Ferrer, Carles Coarasa Pérez, gerente de la FVF, destaca: «Es fundamental participar en la reconstrucción a través del tejido comunitario de Valencia, porque la recuperación no solo pasa por reconstruir lo material, sino también por fortalecer a las personas y las redes de apoyo que sostienen a la comunidad. Colaborar en el ámbito del apoyo psicosocial es determinante para que las personas damnificadas puedan

82. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (26 de febrero, 2025). [SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer colaboran para apoyar psicológicamente a las víctimas de la DANA](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

afrontar las secuelas emocionales de la DANA con acompañamiento y herramientas que les ayuden a seguir adelante».

Para el presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, «el apoyo psicosocial es clave ahora mismo. Esperamos que el trabajo conjunto de la Confederación y la FVF se traduzca en una mejora de la situación emocional de estas personas y en ayudarles a encontrar esperanza en estos tiempos difíciles». Por su parte, Luz María Sanz Masedo, directora general de la FVF, resalta: «Este convenio nos permite impulsar una respuesta integral, que no solo atiende la emergencia emocional de las personas afectadas, sino que también apuesta por generar aprendizajes colectivos que perduren en el tiempo. La sinergia entre nuestra experiencia en cooperación y el conocimiento de SALUD MENTAL ESPAÑA en el ámbito psicosocial es una gran oportunidad para contribuir a un modelo de recuperación basado en la resiliencia y el bienestar comunitario».

La colaboración de ambas entidades se materializa en tres proyectos. Por un lado, el establecimiento y desarrollo de una comunidad de aprendizaje con las asociaciones que agrupan a las personas damnificadas de la DANA, el volcán de La Palma y el terremoto de Lorca. El objetivo es crear un espacio de conocimiento compartido en el que se promueva la creación de buenas prácticas. De la comunidad de aprendizaje surgirán criterios para el diseño de herramientas, metodologías y sistemáticas para el desarrollo de grupos de apoyo dirigidos a la gestión del estrés y fomento de la resiliencia de la población.

También se deriva de esta iniciativa la elaboración de materiales específicos para la puesta en marcha del segundo proyecto: los grupos de apoyo mutuo de personas afectadas por la DANA. La meta es generar espacios de apoyo emocional y de intercambio de experiencias y ayuda mutua entre iguales. Serán entornos seguros para personas de diferentes perfiles, en los que se contarán con recursos de apoyo que darán respuesta a las necesidades específicas de las personas participantes, con la pretensión de mejorar su bienestar. Para ello, se impartirá formación a personas facilitadoras en función de las distintas temáticas seleccionadas por la comunidad de aprendizaje.

Por último, se desarrollará un estudio sobre el impacto en la salud mental de la población afectada por la DANA y su relación con el bienestar. Se generarán espacios en los que puedan participar personas con experiencia propia en salud mental que hayan sido afectadas por la catástrofe, sus familiares y diferentes agentes implicados. El objetivo es ofrecer respuestas y recomendaciones que favorezcan la promoción de la salud mental y la prevención de la exclusión, siempre desde una perspectiva de género.

A raíz de la catástrofe de la DANA, la Fundación Vicente Ferrer ha empezado a actuar por primera vez en España, lo que supone un hito histórico en la trayectoria de la organización, que marca el compromiso de esta organización con las personas más vulnerables. En este contexto, el pasado mes de diciembre la entidad lanzó la acción 'Reconstruir la esperanza' con el objetivo de colaborar en la recuperación de las zonas afectadas. Dentro de esta campaña, la fundación dio a conocer un vídeo que, bajo el título 'Heridas que se llevan dentro', relató la situación de las personas afectadas por la DANA, en colaboración con la Federació Salut Mental Comunitat Valenciana.

8. 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.

8.1. Aspecto a tener en cuenta: Impacto de la reforma civil y procesal en materia de capacidad

8.1.1. A modo de introducción

La Ley de 2 de junio de 2021 que instaura un nuevo sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad se adoptó en cumplimiento de la obligación positiva que se impone a los Estados firmantes de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de adoptar un sistema de apoyos respetuoso con los principios fijados en el artículo 12 y su interpretación por parte del Comité de los Derechos de las Personas con discapacidad. Expresamente se establece que las medidas que puedan necesitarse deberán ser proporcionales al grado en que afecten a los derechos e intereses de las personas, adaptadas a sus circunstancias y de carácter temporal y, en todo caso, deberán respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona y garantizar que no haya conflicto de intereses e influencia indebida.

A estos principios, deben sumarse los enumerados en el artículo 3 CDPD, en particular y en relación con el ejercicio de la capacidad jurídica, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.

Respetando estos postulados, el legislador de 2021 diseña un sistema flexible que permite dar una respuesta jurídica distinta a la diversidad de situaciones personales, familiares, sociales, comunitarias y patrimoniales en que pueden encontrarse las personas con discapacidad: solo se proveerá el correspondiente apoyo si se necesita y cuando se necesite, de manera que el sistema articula mecanismos ágiles que permiten dar respuesta a la necesidad puntual de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica (guarda de hecho, defensor judicial) y mecanismos estables

cuando la necesidad de apoyo es de carácter más continuo (curatela, poder preventivo). Y éste puede considerarse el gran acierto de la reforma: la articulación de un sistema de apoyos general, basado en la autodeterminación como manifestación de libertad y autonomía, que integra una pluralidad de apoyos formales e informales.⁸³ En este sentido, se ha de tener en cuenta lo siguiente:

- a. Los apoyos informales implican una situación de hecho, en la que el apoyo para la toma de decisión se realiza de modo natural a través del entorno familiar social o comunitario y si, excepcionalmente, se exige acreditar la representación legal, el guardador de hecho puede solicitar una autorización judicial que le otorgue la legitimación exigida en Derecho para actuar en nombre de otro.
- b. Los apoyos formales, en cambio, son aquellos que requieren para su adopción la observancia de las prescripciones legales establecidas y que deben ser inscritas para su conocimiento por terceros. Estos, a su vez, son voluntarios (poderes preventivos y acuerdos de apoyos) y judiciales (curatela y defensor judicial).

8.1.2. Impacto de la reforma en la vida de las personas con problemas de salud mental

Todavía no tenemos una base de datos completa del impacto que ha tenido la reforma en las personas con problemas de salud mental, de manera que nos permita conformar una fotografía integral de lo que está ocurriendo con las personas con problemas de salud mental en esta materia. Desde luego, si hubiera de plantear una propuesta, esta sería ya la primera: estudiar la situación y hacer un diagnóstico. Más allá de todo ello, la experiencia de lo vivido y recorrido en estos años de vigencia de la Ley 8/2021, revela algunos aspectos que es importante considerar.

La reforma de la legislación civil y procesal que contiene la Ley 8/2021 se presenta como una herramienta diseñada para mover lo que hasta entonces se percibía como inamovible. Un paso decisivo en la adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la Convención internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que en su artículo 12 proclama que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, imponiendo el cambio de un sistema en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona.

Sin duda, la Ley incluye a todas las personas con discapacidad, pero la primera pregunta que surge es ¿lo hace el contexto en el que dicha Ley se aplica? El terreno en el que la norma aterriza cuenta. Y mucho. Un terreno en el que todavía hay foros en los que se cuestiona la discapacidad de las personas con problemas de salud mental, avalando la legitimidad de que sus derechos

83. Guilarte Martín-Calero, C. (2025). «La discapacidad psicosocial como causa de desamparo: obligaciones positivas del Estado a la luz del derecho internacional y regional de Derechos Humanos». Comentario a la STS 4227/2024, de 22 de julio. *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, 127.

queden en suspenso por su propio bien y por el de los demás. Y no se ve más allá. El miedo a lo desconocido no invita a la creatividad, a la búsqueda constructiva de soluciones. El miedo duele y solo invita a combatirlo como sea: conteniendo, aislando y quitando de la vista lo que causa miedo. Es lo que se acostumbra a hacer y es a lo que todavía se pretende que nos resignemos a aceptar. Este es el músculo de los prejuicios que dificultan o impiden el ejercicio de sus derechos por parte de las personas con problemas de salud mental.

A través de la modificación del Código Civil en materia de capacidad la Ley 8/2021 se sientan las bases del nuevo sistema. Así, se parte de una nueva redacción del Título XI del Libro Primero del Código Civil, que pasa a rubricarse 'De las medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica', de suerte que la idea central del nuevo sistema es la de capacidad que, tal y como plantea la Observación General número 1 de 2014 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, engloba tanto la capacidad de ser titular de derechos (capacidad jurídica) como la de actuar en consecuencia (legitimación para actuar).⁸⁴

Por tanto, se ha de proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que, en todo momento, precisen para el ejercicio de sus derechos; apoyo que, como señala la Observación General, puede ser de diferente naturaleza: apoyo entre pares, medidas de accesibilidad, posibilidad de planificar anticipadamente para tener en cuenta las distintas preferencias, etc. Medidas de apoyo de las que podrá beneficiarse cualquier persona, con independencia de si su situación de discapacidad ha obtenido algún reconocimiento administrativo.

Ahora bien, cuando hablamos de discapacidad psicosocial, es imprescindible tener presente que el ejercicio de la capacidad jurídica se va a proyectar, fundamentalmente, en la esfera de la salud y, por ello, además, hay que considerar lo dispuesto en el artículo 25 CDPD que expresamente impone a los Estados firmantes las obligaciones positivas de proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad (apartado b), y de exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado (apartado d).

Pues bien, esta materia se regula en el derecho interno en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En su artículo 2.3 consagra el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; en su artículo 3 define el consentimiento informado, como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un o una paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a

84. Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (19 de mayo, 2014). *Observación general n.º 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/GC/1)*. Organización de las Naciones Unidas. pp. 3-9.

su salud. Este derecho a decidir se limita en el artículo 9.3, cuando el o la paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico o la médica responsable de la asistencia, cuando su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación; (apartado a), y cuando el o la paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia (apartado b). Asimismo, se regula, en el artículo 11, la posibilidad de otorgar instrucciones previas por una persona mayor de edad, capaz y libre, que manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud.

Además, tampoco debe olvidarse que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante, LEC) regula el internamiento forzoso autorizado judicialmente, en clara vulneración de lo dispuesto en el artículo 14 CDPD y que, en la práctica, se desenvuelve de forma automática y refleja, con clara preeminencia del dictamen médico psiquiátrico sobre la voluntad de la persona que, desde el momento en que debuta con una primera crisis, es tratada por el sistema como una verdadera incapaz a la que no le corresponde la toma de decisión sobre su salud y su libertad.

El Tribunal Supremo, por su parte, al aplicar el nuevo sistema de apoyos regulado en el Código civil a casos de discapacidad psicosocial, se alinea con el enfoque médico-rehabilitador y admite la posibilidad de que las medidas de apoyo se ejerzan en contra de la voluntad manifestada por la persona con discapacidad psicosocial (STS 24 de septiembre de 2024).

En este marco normativo —que no se ha adaptado a la reforma de 2021 y en el que se aprecian importantes inconsistencias legales cuya reforma debe afrontarse a la mayor brevedad, pues implican vulneración de lo dispuesto en los artículos 12, 14 y 25 CDPD—, quedan aprisionadas las personas con discapacidad psicosocial: una ley que no garantiza los derechos de la persona, una norma procesal que permite su ingreso forzoso —y que, con frecuencia, alcanza también a los tratamientos involuntarios— y una medida de apoyo que puede ejercitarse en contra de su voluntad en el ámbito de la salud.

Los datos que se recogen en el Informe sobre *La situación de la salud mental en España: Análisis del movimiento asociativo 2023*, elaborado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña son estremecedores: el 30 % de quienes tienen un diagnóstico en salud mental considera que, en alguna ocasión, se ha vulnerado su autonomía o poder de toma de decisión, y el 59,8 % considera que no ha participado activamente en el diseño de su programa de atención. Menos de un 7 % participa en un Plan Individualizado de Atención, y solo un 8,2 % participa activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento farmacológico; el 40,3 % de las personas diagnosticadas de un trastorno mental considera no haber recibido información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno. Entre las personas que estaban tomando psicofármacos, el 46,3 % dice no haber recibido información adecuada acerca de los efectos secundarios de su medicación.⁸⁵

85. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; Fundación Mutua Madrileña.

Ello pone de manifiesto, una vez más, que los sistemas de apoyo no sirven a su fin si no se construyen desde el acompañamiento y el protagonismo de la persona. Si esto es cierto en todos los casos en los que es preciso el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, en salud mental es imprescindible.

8.1.3. Problemas que nos hemos encontrado por el camino a la hora de implementar la norma

La efectividad de la aplicación de la Ley es aleatoria y depende del juzgado en el que se abra el expediente y de su nivel de especialización. Entre los problemas detectados se encuentran los siguientes:

- **Hay juzgados, sobre todo los de localidades pequeñas, que han adoptado como criterio** (así, lo dicen, «nuestro criterio es...»): **Guarda de hecho para todos**. Es cierto que la norma refuerza la figura de la guarda de hecho, pero «cuando se manifiesta como suficiente y adecuada». Sin embargo, una mala comprensión del artículo 255 del Código Civil (en adelante, CC) conduce a este tipo de automatismo, haciendo imposible la constitución de ninguna otra figura de apoyo que no sea la guarda de hecho.
- **Otro problema es la excesiva burocratización**. Sabemos que la guarda de hecho, como su propio nombre indica, no requiere una investidura judicial formal. Para los casos en que se requiera que el guardador realice una actuación representativa, se prevé la obtención de una autorización judicial *ad hoc*, previo examen de las circunstancias, evitando la apertura de un procedimiento general de provisión de apoyos. Sin embargo, advertimos de nuevo la rigidez de las estructuras en situaciones que, dando la espalda a la realidad, **abocan a las figuras de guarda a un peregrinaje judicial para obtener autorizaciones conforme al artículo 264 CC**, abriendo continuos expedientes de jurisdicción voluntaria que, aunque revelen una clara insuficiencia de la guarda como figura de apoyo en esos casos, no conducen a la adopción de cualquier otra medida judicial (sin perjuicio de lo previsto en el régimen general de autorizaciones para el curador representativo fijado en el artículo 287 CC).
- **Réplica automática de los anteriores esquemas con distintos nombres**. Se han detectado también automatismos en el pase de la tutela a la curatela representativa.
- **Creación de «limbos» a la espera de que se revise el caso**. En ellos, las personas a las que no se les ha revisado su situación permanecen sin ningún tipo de salvaguarda de sus derechos. La rigidez de las estructuras se revela también en las Instituciones Tutelares. Se están produciendo situaciones de desentendimiento de sus funciones desde la entrada en vigor de la Ley. De modo que, ante reclamaciones de actuación por el agravamiento del estado de salud de las personas a su cargo, responden que no pueden hacer nada, porque la normativa ha cambiado y hay que esperar a que la revisen.
- **«Que cada uno se cuide a sí mismo»**. Esta es una de las respuestas que se da a las personas, afectadas y familiares por parte de quienes deberían proveer los apoyos. La explicación se traslada a la persona como si se tratara de un niño o niña, porque tampoco se sabe nada de accesibilidad psicosocial y de cómo dirigirse a una persona con problemas de

salud mental ni, por extensión, a sus familias. Lo que vienen a decir en algunos juzgados con términos simplistas es que «ya no hay procedimiento y que no pueden hacer nada».

- **No se están promoviendo las voluntades anticipadas en salud mental de manera generalizada**, como medida de apoyo alternativa preferente a la judicial.
- **No se está implantando la figura de la persona facilitadora en todos los territorios por igual**. Hay juzgados que la contemplan para otras discapacidades, pero no para personas con problemas de salud mental, y otros que, directamente, niegan su virtualidad como referente adecuado durante los actos judiciales.
- **Abuso del recurso al ingreso y tratamientos involuntarios**. Todavía se producen situaciones en las que estos se producen y se sostienen en el tiempo sin el preceptivo control judicial.
- **No se está cumpliendo el plazo de revisión previsto por la Ley**. Se advierte, por tanto, en muchos casos, desconocimiento o mala comprensión de la norma, identificando libertad con inacción por parte de los poderes públicos, sin que se sientan concernidos por la salvaguarda de los derechos de la persona. Se advierte también una perversión del principio de igualdad, identificado con dar a todas las personas lo mismo, sin atender a lo que cada una necesita. En el fondo, se adopta una nueva versión del «café para todos» del que ya veníamos, pero dándole otro sabor. Se sigue, en demasiados casos, sin mirar a la persona.

8.1.4. ¿Qué proponemos?

1. **Aplicar mucha pedagogía**. En este sentido, la formación de los operadores jurídicos es esencial.
2. **Crear un sistema de apoyo flexible y proporcional a las necesidades de cada persona con discapacidad psicosocial, que contemple la metodología de apoyo entre pares y la asistencia personal en salud mental**. Esto ha de llevar aparejada una ampliación de las carteras de servicios de servicios sociales para la inclusión de prestaciones orientadas a este apoyo. Una normativa nueva sostenida por estructuras viejas corre el riesgo de desmoronarse por algún lado.⁸⁶
3. **Contemplar la naturaleza asistencial de la curatela y solo de manera excepcional la función representativa**. En muchos casos parece olvidarse que la principal actuación de esta institución es la asistencia y el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica.
4. **Para ello, se habrá de definir bien la noción de cuidado**, un valor esencial que ha de estar orientado al bienestar de la persona, conforme a sus necesidades concretas y lejos de visiones paternalistas. No podemos dar por sentado que la noción de cuidado, desde un enfoque de derechos humanos, se comprenda y esté extendida en todos los ámbitos donde este se ha de proveer.

Además, todavía está pendiente de aprobar la asignatura de quién proporciona esos cuidados, remunerados o no. El ámbito de los cuidados está copado fundamentalmente por mujeres —muchas veces incluso con problemas de salud mental—, cuya capacidad no se cuestiona a la hora de ponerlas a cargo, por ejemplo, de personas mayores. Esta tarea se realiza

86. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de noviembre, 2024). *Todas las personas somos capaces con apoyos*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

muchas veces sin obtener remuneración alguna y/o en condiciones muy precarias. Y si bien, como señala el Preámbulo de la Ley, «las nuevas concepciones sobre la autonomía de las personas con discapacidad ponen en duda que los progenitores sean siempre las personas más adecuadas» para promover la autonomía de su hijo o hija con discapacidad, todavía los cuidados se siguen proporcionando mayoritariamente por padres y madres, fundamentalmente, por las madres que, muchas veces desbordadas, afrontan esta tarea sin apoyos desde el ámbito público.

- 5. Crear un protocolo de acceso a la justicia** que contribuya al ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y contemple las diferentes especificidades y ajustes procedimentales. Por ejemplo, es esencial que existan equipos multidisciplinares asesorando a los juzgados, de lo contrario, muy difícilmente se pueden garantizar los derechos a la defensa o la tutela judicial efectiva.
- 6. Proceder al desarrollo reglamentario de la figura de la persona facilitadora**, que se ha de extender a todos los territorios y ha de contemplar, por su puesto, a las personas con problemas de salud mental.
- 7. Garantizar que la información sea completa y accesible**, es decir, que alcanza al posible diagnóstico, la intervención psicoterapéutica, el tratamiento farmacológico (si es necesario), los recursos de apoyo, las alternativas existentes y los derechos de las personas durante todo el proceso terapéutico. No debe olvidarse que la información es un requisito del consentimiento y es manifestación del derecho constitucional a la integridad física según nuestro Tribunal Constitucional.
- 8. Comprender que el concepto de accesibilidad también concierne a las personas con problemas de salud mental.** Sobre esta materia se puede consultar el Informe Anual sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2023, donde se desarrolla ampliamente esta cuestión.⁸⁷
- 9. Incorporar la metodología de apoyo de pares, de manera que llegue a todos los espacios de la vida de una persona, incluido el sociosanitario.**
- 10. Formar en medidas de apoyo, concienciación y sensibilización para que haya un cambio de mentalidad en los operadores jurídicos y en los agentes sociales que han de aplicar la Ley**, más cerca de los parámetros de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y más lejos de modelos capacitistas.
- 11. Construir mecanismos eficaces que garanticen los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.** Esto exige un enfoque específico que atienda a la realidad en la que se desenvuelve la vida de estas personas y ello no solo exige una adecuada y general implementación de los sistemas de apoyo, común a todas las personas que precisan apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica, sino la construcción de mecanismos eficaces que garanticen que en el proceso terapéutico se respeta la voluntad de la persona, que esta se encuentre acompañada por la persona de su confianza y apoyada por el grupo de pares elegido por ella, y que su voluntad anticipada pueda plasmarse en un documento vinculante, fruto de la alianza terapéutica entre la persona y el o la profesional de referencia.

87. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2024). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2023*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

- 12. Definir el papel de las entidades del tercer sector como colaboradoras de la Administración de Justicia.**
- 13. Crear en todos los colegios de abogados un turno de oficio especializado para personas con discapacidad, con formación completa y específica en salud mental.**
- 14. Abrir la reforma a la creación de medidas que eviten los ingresos y tratamientos involuntarios.**
- 15. Revisar el papel de las entidades tutelares.**
- 16. Promover las voluntades anticipadas en salud mental.**
- 17. Invertir económicamente.** Necesitamos previsión presupuestaria e inversión financiera en nuevos recursos sociales, acordes a los requerimientos de la Ley.

Se trata de invertir en un cambio de estructuras y de amparar de verdad los derechos de quienes más a la intemperie los tienen. Solo así se cumplirá con lo establecido en el artículo 12.4 CDPD, que exige que las medidas de apoyo se adapten a la situación de la persona y ello implica tener en cuenta que el ejercicio de la capacidad jurídica en contextos de salud mental requiere una respuesta específica del Derecho, desde un enfoque basado en los derechos humanos que garantice la libertad y la autonomía para la toma de decisión.

Entre tanto esta imperiosa reforma se lleva a término, las personas con discapacidad psicosocial cuentan con un valioso instrumento, el acuerdo notarial de apoyos admitido en el artículo 255 CC, que les permite nombrar a una persona de su confianza que actuará por ella en los casos allí previstos (contextos de crisis, por ejemplo) y lo hará respetando fielmente las instrucciones consignadas en el acuerdo (en relación con los ingresos y tratamientos, la esfera familiar, la esfera patrimonial, etc.).

Testimonios

Testimonio de Rosa María Álvarez Redondo,

miembro del Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y de la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA⁸⁸

“

Todas las personas somos capaces con apoyos (...) Transitamos durante nuestras vidas por momentos críticos en los que una crisis puede situarnos en estados de extrema vulnerabilidad». Es allí cuando «los apoyos son imprescindibles para una recuperación... momentos puntuales que aportan mucho sufrimiento y que, con los apoyos adecuados y suficientes», pueden propiciar para la persona un «resurgir.

“

Hay lugares donde no llegan las leyes, con paredes más altas que los muros de una institución: son espacios libres de conciencia, un sistema hostil». Porque es allí, «en la base de la pirámide de una institución», donde «hace mucho frío» y, se sabe, «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.

88. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de noviembre, 2024). *Todas las personas somos capaces con apoyos*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

9. Acceso a la Justicia

Artículo 13. CDP

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.

9.1. Logro

9.1.1. La Comunidad de Madrid incluye a las personas con problemas de salud mental como beneficiarias de los servicios de la persona facilitadora en los procesos judiciales⁸⁹

La Comunidad de Madrid se convierte en la primera región de España que regula la figura del facilitador judicial para dar apoyo a personas con discapacidad en las sedes judiciales de la región, juzgados adscritos a alguno de los 21 partidos judiciales de la región, la Audiencia Provincial y el Tribunal Superior de Justicia. La Federación Salud Mental Madrid, entidad miembro de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, junto con otras entidades del movimiento asociativo de personas con discapacidad, había reivindicado la regulación de esta figura ante la Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local de la Comunidad de Madrid.

La figura de Facilitador Judicial es una de las muchas e importantes novedades que trajo la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas adultas con discapacidad*, que prevé que en los procesos judiciales en los que participen se harán los ajustes necesarios para evitar cualquier tipo de discriminación.

En un principio, esta figura se había diseñado para atender las necesidades de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, pero tras el trabajo reivindicativo de la Federación Salud Mental Madrid en relación a esta cuestión, y en concreto la Oficina de Defensa de Derechos de las Personas con Problemas de Salud Mental, con el apoyo del CERMI Madrid (Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid), se consiguió que se extendiera a todas las personas con discapacidad (sin importar su tipo). Este paso supone un importante avance a la hora de garantizar el acceso universal a la justicia a las

89. Federación Salud Mental Madrid. (30 de septiembre, 2024). *Facilitador Judicial, una figura pionera para las personas con discapacidad*. Federación Salud Mental Madrid.

personas con discapacidad psicosocial, incluyendo al colectivo de personas con problemas de salud mental, un sector de la población que es especialmente vulnerable al estigma presente en la sociedad, en general, y en el ámbito jurídico y judicial, en particular.

La persona facilitadora tiene como misión fundamental acompañar a las personas con algún tipo de discapacidad en cualquier procedimiento y/o fase judicial para servir de puente entre el juez y la persona con discapacidad, en aras de que esta última comprenda el proceso en el que se encuentra. Su cualificación profesional incluye la especialización en Psicología, Derecho, Logopedia, Criminología, Trabajo Social, Educación Social o Terapia Ocupacional, así como formación específica como persona facilitadora para apoyar a personas con discapacidad en procesos judiciales, acreditando una duración mínima de 100 horas de formación específica para tal fin.

El servicio de Facilitador Judicial, recurso público y gratuito, estará incluido dentro del Protocolo de Peritos Judiciales. Además, se instruirá a todas las personas profesionales de psicología y trabajo social de la Red de Oficinas de Asistencia a Víctimas de Delito (OAVD) para que ejerzan esta función y apoyen a las personas con discapacidad en situación de víctima o parte perjudicada. Serán estas quienes se encarguen de evaluar las necesidades concretas de apoyo que necesiten las personas, con el fin de adecuar a dichas necesidades las explicaciones sobre en qué consiste el procedimiento judicial que les afecte, el lugar donde se desarrollará y las personas presentes durante el mismo.

El servicio lo podrá solicitar la propia persona con discapacidad, su familia, su asociación de referencia e incluso el propio Juzgado de Oficio, mediante escrito de solicitud sin ninguna formalidad jurídica.

Este logro ha supuesto un hito al constituir un soporte muy importante para las personas con problemas de salud mental que tengan que enfrentarse a un juicio en la condición que sea (testigo, víctima, persona investigada, etc.) y sin sufrir discriminación alguna, posibilitando que se puedan prevenir así muchas vulneraciones de derechos que se han venido sucediendo en este ámbito.

Finalmente, entre otras reivindicaciones de la Federación Salud Mental Madrid, se encuentra también que en los espacios policiales y judiciales se genere un clima libre de estímulos y ruidos, de manera que el Facilitador asesore a las Fuerzas Policiales y Judiciales sobre cómo la discapacidad psicosocial puede condicionar un testimonio, comprendiendo, por ejemplo, que si la persona pierde el control de sus impulsos puede tratarse de un síntoma de su discapacidad, entre otros.

10. Derecho a la libertad y seguridad

Artículo 14. CDPD

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

10.1. Aspecto a tener en cuenta

10.1.1. La senda marcada por la Recomendación del CDBIO sobre respeto a la autonomía en salud mental

Desde 2014 el Comité Directivo de Derechos Humanos en los campos de la Biomedicina y la Salud del Consejo de Europa (en adelante, CDBIO) ha estado trabajando en un proyecto de Protocolo adicional al conocido como Convenio de Oviedo:⁹⁰ 'Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntario'. Este proyecto tiene su origen en una Recomendación de 2004,⁹¹ previa a la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) y contradictoria con sus preceptos, tanto en su objeto como en su propósito, al validar la confusión entre coerción y cuidados mediante la legitimación del ingreso y los tratamientos involuntarios de las personas con discapacidades psicosociales —afectando, por tanto, a las personas con problemas de salud mental.

Desde que se conoció el contenido de este Protocolo, se produjo una fuerte movilización de la sociedad civil dentro y fuera de nuestro país a través de organizaciones de todo tipo— fundamentalmente, de personas con discapacidad y, en particular, de personas con problemas de salud mental, de familiares, de profesionales y de defensa de los derechos humanos—. También manifestaron su firme oposición diferentes órganos internacionales y titulares de mandatos de procedimientos especiales: el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas

90. Consejo de Europa (4 de abril, 1997). [Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina](#). Consejo de Europa..

91. Council of Europe, Committee of Ministers. [Recommendation No. Rec \(2004\) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder](#). Council of Europe.

con Discapacidad, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, el Relator Especial sobre el derecho a la salud,⁹² el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la detención arbitraria, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos⁹³ y la propia Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

Por ello, en mayo de 2022, el Comité de Ministros del Consejo de Europa tomó la decisión de suspender su adopción hasta finales de 2024, encargando al CDBIO que en ese lapso de tiempo redactara una recomendación para promover el uso de medidas voluntarias en los servicios de atención de salud mental y un informe sobre la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en materia de salud mental, a los cuales se puede acceder en su página web.⁹⁴ Cumplido este plazo, el Comité de Ministros ha remitido el proyecto de Protocolo a la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, para que emita un dictamen.

La regulación del uso de la coerción en psiquiatría genera importantes conflictos éticos y jurídicos entre las obligaciones de los Estados en el plano regional (Consejo de Europa) y en el plano internacional (CRPD), amén de la incoherencia que se produce con las disposiciones de la propia Asamblea Parlamentaria en este sentido:

- Resolución 2291 (2019), en la que, bajo el título ‘Poner fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos’, se insta a los Estados miembros a iniciar de inmediato la transición hacia la abolición de las prácticas coercitivas en el ámbito de la salud mental.⁹⁵
- Recomendación 2158 (2019), en la que el Comité de Ministros invita a reorientar los esfuerzos de la redacción del Protocolo adicional a la redacción de directrices sobre el fin de la coerción en la atención de la salud mental.⁹⁶
- Recomendación 2275 (2024), en la que el Comité de Ministros insta a que se asuma urgentemente el cambio global en la atención de la salud mental hacia un enfoque más moderno y basado en los derechos humanos, en consonancia con la CDPD.⁹⁷

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA defendemos la imperiosa necesidad de que se siga la senda marcada por Recomendación presentada por el CDBIO sobre respeto a la autonomía en salud mental,⁹⁸ en contraposición a lo dispuesto en el proyecto de Protocolo adicional al Convenio de Oviedo y cumpliendo sus objetivos con la diferencia sustancial de no

92. European Disability Forum. (28 de mayo, 2021). [UN Rights experts call on Council of Europe to stop legislation for coercive mental health measures](#). European Disability Forum.

93. Mijatović, D. (16th, March 2021). [Hearing on deinstitutionalisation of persons with disabilities](#). Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, Parliamentary Assembly.

94. Council of Europe. [Human Rights and Biomedicine](#). Council of Europe.

95. Council of Europe, Parliamentary Assembly. (26 de junio, 2019). [Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach \(Resolution 2291\)](#). Council of Europe.

96. Council of Europe, Parliamentary Assembly. (26 de junio, 2019). [Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach \(Recommendation 2158\)](#). Council of Europe.

97. Council of Europe, Parliamentary Assembly. (24 de mayo, 2024). [Ending the detention of «socially maladjusted» persons \(Recommendation 2275\)](#). Council of Europe.

98. Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health of the Council of Europe (6th September, 2024). [Draft Recommendation on respect for autonomy in mental healthcare](#).

dar lugar a graves vulneraciones de derechos humanos que provocan daños muchas veces irreversibles. En este documento se recomienda que los gobiernos de los Estados miembros:

1. Demuestren liderazgo en la incorporación del respeto por la autonomía en la atención de la salud mental, velando por que las directrices contenidas en esta Recomendación se reflejen en la legislación, las políticas y las prácticas nacionales;
2. Tomen las medidas adecuadas para garantizar que se asignen recursos suficientes a la atención de la salud mental, de modo que estas directrices puedan aplicarse.

En la línea de lo que se apunta en esta Recomendación, tanto la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA como la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental (AEN), la [Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona](#) y la [Federación VEUS](#), firmaron en 2016 el Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción,⁹⁹ donde se advierte que tales prácticas vulneran derechos humanos, que su erradicación es un objetivo a conseguir, que existen alternativas para no tener que recurrir a ellas y que para lograr implementarlas hay que transformar discursos, culturas y servicios.

Como afirma la Asamblea Parlamentaria en su última recomendación –2275 (2024)–, «ha llegado el momento de abandonar el concepto discriminatorio de excluir a determinados grupos de la protección de los derechos humanos».

10.2. Recomendaciones

- **Aprobar normas, diseñar políticas y adoptar medidas** que instauren prácticas que garanticen el respeto por la autonomía en la atención de la salud mental en consonancia con lo dispuesto en la citada Recomendación presentada por el CDBIO.
- **Adoptar las medidas adecuadas para garantizar que se asignen recursos suficientes a la atención de la salud mental**, de modo que estas directrices puedan aplicarse. En este sentido, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha elaborado junto con el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid *el Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: Análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial*

99. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2016). [Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción](https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena/). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-espanal-manifiesto-cartagena/>

en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos¹⁰⁰, en el que, previo análisis minucioso de la situación en España y un estudio de derecho comparado, se insta a promover que se termine con los automatismos en la atención a la salud mental que supongan una vulneración de derechos, y que haya cauces para que las personas puedan decidir cómo quieren ser tratadas en un entorno sanitario, de atención y cuidados conforme a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Testimonios

Testimonio de Lidia (tres fragmentos)¹⁰¹.

“

Me subieron a la planta psiquiátrica sin que pudiese hablar con mis padres. Los teléfonos móviles, prohibidos. No podía parar de llorar. Al día siguiente de mi ingreso en planta, me dieron un ordenador, me conectaron a una videollamada de Skype y una mujer me leyó la orden de ingreso involuntario que habían decidido adoptar en el juzgado siguiendo el consejo médico.

“

Llaman a esas cintas «contenciones mecánicas», la forma menos cruel y más políticamente correcta de definir las.

Nos teníamos que duchar con las puertas abiertas y nos vigilaban en todo momento. Entraban varias veces en nuestras habitaciones para registrarlas. No sé, puedo llegar a entender todo esto, pero a veces me sentía como un preso al que el funcionario de prisiones le registra la celda.

100. Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid y Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). [Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

101. Tobalina, A. (18 de febrero de 2024). [«Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: «Pero ¿qué estáis permitiendo que me hagan?!»](#). 20minutos.

11. Respeto del hogar y de la familia

Artículo 23. CDPD

Este precepto establece que los Estados parte habrán de tomar medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás.

11.1. Aspectos a tener en cuenta

11.1.1. El derecho de las personas con discapacidad al respeto al hogar y la familia en el marco internacional de derechos humanos

El artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que «la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado» y «los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna» a formarla. Este derecho ha sido desarrollado y actualizado, en lo que a las personas con discapacidad respecta, en el artículo 23 CDPD, reconociendo el derecho de estas a:

1. Contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia.
2. Decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.
3. Mantener su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

Para ello, los Estados parte habrán de tomar las medidas efectivas y pertinentes que pongan fin a la discriminación contra estas personas en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la maternidad/paternidad y las relaciones personales y garantizar «los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares», velando siempre por el interés superior del niño o la niña. Eso sí, todo ello se habrá de encuadrar en un contexto que preste «la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos».

La CDPD destaca también que los Estados parte tienen la obligación de asegurar «que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia» y, para hacerlos efectivos, con el fin de prevenir «la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación», tales Estados «velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los y las menores con discapacidad y a sus familias». Además, «asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño o la niña», pero «en ningún caso se separará a un o una menor de sus progenitores por razón de una discapacidad del o de la menor, de ambos progenitores o de uno de ellos». También, habrán de hacer «todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño o niña con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar».

En este sentido, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha elaborado una lista preliminar de indicadores ilustrativos sobre el derecho de las personas con discapacidad al respeto al hogar y a la familia que forman parte del Paquete de Recursos de los ODS-¹⁰²CDPD,¹⁰³ incluyendo, entre otros aspectos:

- Existencia o no de legislación promulgada en esta materia y que prevea el derecho de las personas con discapacidad y sus familias a recibir apoyo o asistencia.
- Adopción de normas y políticas destinadas a garantizar el igual acceso a los servicios destinados a la salud sexual y reproductiva y a los servicios de planificación familiar.
- Disposición de legislación que prohíba la separación de los niños y las niñas de sus progenitores a causa de la discapacidad de uno o ambos, o de la discapacidad del niño o la niña.
- Disposición de legislación que garantice el derecho de los niños y las niñas con discapacidad sin cuidado parental a recibir cuidados alternativos en un entorno familiar dentro de la comunidad.
- Adopción de una política nacional para la desinstitutionalización de niños y niñas con discapacidad, incluyendo plazos y objetivos medibles.
- Adopción de una política nacional para garantizar el apoyo a las familias de niñas y niños con discapacidad, con el fin de prevenir la separación familiar, incluyendo la prestación de servicios sociales apropiados y adecuados a ofrecer opciones de cuidado alternativo familiar de calidad, a fin de garantizar el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a una vida familiar y a la inclusión en la comunidad.
- Presupuesto asignado a medidas para brindar apoyo o asistencia a madres y padres con discapacidad para que puedan ejercer sus responsabilidades en la crianza.
- Número y proporción de profesionales de los ámbitos judicial, notarial, sociosanitario y otros afines que cuenten con capacitación en materia de no discriminación por motivos de

102. Organización de las Naciones Unidas. [Objetivos de Desarrollo Sostenible](#). Organización de las Naciones Unidas.

103. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2020). «[Article 23: List of illustrative indicators on respect for the home and the family](#)». En *The Human Rights Indicators on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. United Nations.

discapacidad, en particular en lo relativo al derecho al matrimonio, el derecho a fundar una familia, los derechos sexuales y reproductivos, la adopción, la patria potestad, la obligación de proporcionar ajustes en los procedimientos judiciales, ajustes razonables, formas de comunicación accesibles y alternativas, etc.

- Presupuesto asignado a medidas para la desinstitucionalización de niños y niñas con discapacidad, en comparación con el presupuesto asignado a la atención institucional.
- Número y proporción de personal de instituciones residenciales para niños y niñas, así como de personal capacitado sobre los derechos de los niños y las niñas con discapacidad para facilitar su desinstitucionalización;
- Presupuesto asignado a medidas para garantizar la prestación de apoyos a los niños y las niñas con discapacidad y sus familias, y para brindar atención alternativa en un entorno familiar dentro de la comunidad.
- Campañas y actividades de sensibilización para promover e informar a las personas con discapacidad, sus familias y al público en general, sobre los derechos de las personas con discapacidad en la vida y las relaciones familiares (incluido el acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva), sobre el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a vivir en un entorno familiar dentro de la comunidad, y para combatir las actitudes negativas, los mitos y los estereotipos conexos.
- Procesos de consulta llevados a cabo para garantizar la participación activa de los niños, niñas y personas adultas con discapacidad, incluso a través de sus organizaciones representativas, iniciativas lideradas por niños y niñas, etc., en el diseño, la aplicación y el seguimiento de leyes, reglamentos, políticas y programas relacionados con los derechos de las personas con discapacidad en la vida y las relaciones familiares, incluido el derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, a vivir en un entorno familiar dentro de la comunidad.
- Proporción de denuncias recibidas sobre el derecho al respeto del hogar, la familia y las relaciones afines, que aleguen discriminación por motivos de discapacidad o que involucren a personas con discapacidad, que se hayan investigado y resuelto; proporción de las que se han resuelto a favor de la persona denunciante, etc.
- Proporción de mujeres y niñas que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva (según el indicador 5.6.1 de los ODS) por edad, discapacidad y ubicación geográfica (ídem 6.19).
- Número de personas con discapacidad víctimas de discriminación por razón de su condición en relación con la vida y las relaciones familiares.
- Número y proporción de hogares con niños y niñas que cuenten con al menos un progenitor con discapacidad.
- Número de personas con discapacidad que acceden a servicios generales de asistencia y apoyo para el ejercicio de la patria potestad, desglosado por sexo, edad y discapacidad, tipo de asistencia o apoyo, y proporción que representan estas personas con respecto a otras que acceden a dichos servicios.
- Número de personas con discapacidad que acceden a servicios específicos de asistencia y apoyo para ellas en el ejercicio de la patria potestad, desglosado por sexo, edad y discapacidad, tipo de asistencia o apoyo, y proporción que representan respecto a todas las personas con discapacidad que solicitan dichos servicios.

- Nivel de satisfacción de las personas con discapacidad con los servicios de apoyo para el ejercicio de la patria potestad.
- Número de niños y niñas con discapacidad y sus familias que acceden a servicios de asistencia y apoyo, desglosado por sexo, edad y discapacidad, tipo de asistencia/apoyo y proporción que representan respecto al total de familias que solicitan dichos servicios.
- Número y proporción de niños y niñas con discapacidad en acogimiento alternativo en comparación con el total de niños y niñas en dichos tipo de acogimiento (en un entorno familiar u otros centros de acogimiento residencial), desglosado por sexo, edad, discapacidad y tipo de entorno.

11.1.2. Vulneración del derecho de las personas con problemas de salud mental al respeto del hogar y la familia

En informes anteriores, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha denunciado la **grave discriminación en la salvaguarda de este derecho al respeto del hogar y la familia en cuanto uno o varios componentes de dicha familia tienen problemas de salud mental**. Hay una idea extendida y consolidada en el sentido de que no se puede confiar en estas personas para el cuidado de otras. En su *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2017*, la Confederación se hizo eco de lo declarado por Enric Arqués, psicólogo y presidente de la Federació Fòrum-Salut Mental, en el sentido de que **el diagnóstico «se utiliza para descalificar a los futuros padres** y se les ponen trabas al considerar que no están cualificados para hacer frente a una crianza», lo cual describe como «una **actitud paternalista** que llega al punto de denegar el derecho a ser padres». Además, este profesional añadía que **igual que «hay casos de mujeres que suspenden la quimioterapia para ser madres, también puede pasar lo mismo con la medicación para un trastorno mental»¹⁰⁴**.

Pese a que los estándares de derechos humanos, como se ha visto, reclaman que se establezcan sistemas específicos de apoyos en este sentido, **en España no se ha dado un paso adelante en la creación de un sistema de apoyos específico ni de medidas alternativas acordes con dichos estándares**. De hecho, como ha denunciado la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, en los procesos de separación, el diagnóstico se sigue utilizando como arma arrojadiza para lograr la custodia de los hijos o las hijas menores. Esto es así, como ha señalado Carme Adell, abogada experta en derecho de familia, «incluso cuando los trastornos mentales son transitorios y los ha causado el propio proceso de separación»¹⁰⁵.

En este mismo sentido, con motivo de la celebración el 8 de marzo de 2024 del Día Internacional de la Mujer, SALUD MENTAL ESPAÑA reivindicó **que se atienda la salud mental perinatal de forma adecuada** ya que, en la actualidad, no existen suficientes recursos ni estrategias de prevención a nivel estatal. Bajo el *hashtag* #SaludMentalFeminista, la Confederación difundió una serie de

104. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2018). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2017*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

105. *Ibid.*

infografías y vídeos con testimonios, entre los que se incluían relatos de mujeres pertenecientes a la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA, que han vivido situaciones de desamparo y de soledad respecto a su maternidad «iniciativa que ha contado con la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030»¹⁰⁶.

Según datos que recoge el informe de Conecta Perinatal '*Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal*'¹⁰⁷, un 7% de las mujeres sufre depresión durante el embarazo, y entre el 11% y el 15%, trastornos de ansiedad. En el posparto, un 14% de las mujeres tiene depresión y un 8% ansiedad. El documento refleja también que existe un **elevado infradiagnóstico** (entre el 50% y el 75%) de la depresión posparto, por lo que es necesario implementar estrategias que permitan su detección y su prevención. Tal y como explica Rosa M.ª Bayarri, representante de la Junta Directiva de SALUD MENTAL ESPAÑA, «la depresión posparto es la patología más frecuente en la maternidad, pero el estigma y el miedo a las consecuencias llevan a la mujer a ocultar su situación de salud mental. Esto conlleva un infradiagnóstico y hace que no se invierta en los recursos realmente necesarios, como la atención psicológica de progenitores y bebés durante los tres primeros años de vida».

La salud mental perinatal se refiere a los cuidados necesarios para el **bienestar emocional y psicológico de las mujeres durante su período perinatal** (es decir, concepción, embarazo, parto y posparto). Incluye la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención en las familias durante todo el proceso que rodea al nacimiento, y contempla además la importancia de establecer un vínculo saludable entre la madre, el bebé y la familia.

La soledad y la falta de apoyo a los que se enfrentan muchas madres pueden afectar a su salud mental en momentos especialmente vulnerables, como son el embarazo y el posparto, períodos en los que se puede sufrir un elevado nivel de estrés.

Adela Montaña, representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA, cuenta que vivió sus dos embarazos con mucho miedo, ya que «tenía problemas en la conducta de la alimentación, con lo cual nadie me preparó para que esos nueve meses mi barriga creciera». Con el embarazo de su hija estuvo «tres meses acostada en un colchón en el suelo al lado de su cecito, porque a ella sí le di el pecho, pero pensaba que no era suficiente y que se me iba a morir». A todo esto, se añadió que su hijo «era intolerante a la leche de fórmula y vomitaba», y en esos momentos tampoco tuvo apoyo de nadie: «Al revés, me decían que a lo mejor había heredado lo mío. Así que, aparte de frustración, pues también culpabilidad». De modo que reconoce que lo gestionó sin ayuda y como pudo.

Asimismo, Elisabet Lemos, representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA narra que «teniendo problemas de salud mental durante la etapa del embarazo, me encontré con una total ausencia de apoyo y falta de seguimiento, provocando una situación

106. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (08 de marzo, 2024). *Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto.* Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

107. Conecta Perinatal (Alianza hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia). (2023). *Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal: documento de la alianza hispanohablante por la salud mental perinatal y de la familia 'Conecta perinatal'.* Conecta Perinatal (Alianza hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia).

de desinformación y paternalismo, cuando ser madre debería ser una decisión personal y libre». Relata que se encontró «con diversas dificultades, entre ellas con **violencia obstétrica, psicológica y sanitaria, ya que en España no existe un protocolo de actuación por parte de los profesionales de la salud mental**». Revela que incluso llegaron al punto de quitarle la medicación sin explicarle los riesgos «y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto». Esto, manifiesta, provocó que «inicialmente tuviese ideas suicidas, depresión, crisis de pánico... y posteriormente, con el aborto, una etapa de duelo y estrés postraumático». En este sentido, reconoce que le hubiese gustado «tener una atención diferente, con un seguimiento psicológico acorde a los derechos humanos».

Natalia Valverde, psicóloga perinatal, coincide en que **la etapa perinatal es, «para muchas mujeres, un momento de mucha vulnerabilidad emocional** por los cambios que atraviesan cuando van a convertirse en madres, no solo físicos, sino también emocionales, psicológicos, de cambio de identidad... por lo que muchas mujeres, en torno a un 15% o un 20%, pueden desarrollar cierta sintomatología más o menos grave. Por ejemplo, un cuadro ansioso-depresivo o también por cosas que puedan suceder en ese momento, como un parto traumático o un duelo perinatal».

En ocasiones, las mujeres no piden ayuda debido al sentimiento de culpa frente al imperativo social de «tener que» ser feliz en esta etapa y debido también al miedo al estigma y a la dificultad para reconocer que la salud mental se está viendo afectada. Esta profesional asegura que «**en España, todavía estamos lejos de ofrecer el cuidado adecuado a las familias**» y que «gracias a asociaciones, alianzas que están desarrollando su trabajo en las últimas décadas, cada vez estamos mejorando más la detección y la atención en esta etapa perinatal tan importante, pero nos queda mucho por hacer».

Entre los **factores de riesgo** que pueden intervenir para tener una mala salud mental perinatal, se encuentran: la **falta de redes de apoyo** y el **bajo soporte social**, la **falta de coparentalidad y reparto de responsabilidades con la pareja en una sociedad heteropatriarcal**, la **precariedad laboral**, el **juicio externo sobre la maternidad**, o **haber vivido una historia de abuso o violencia intrafamiliar**.

11.2. Recomendaciones

- **Abordar la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal y todo lo relacionado con la maternidad de las mujeres con problemas de salud mental**, incluyendo la puesta en marcha de los recursos necesarios como las unidades de hospitalización conjunta madre-bebé.
- **Recabar datos sobre salud mental materna e impulsar la concienciación social y la visibilización.**
- **Establecer protocolos de seguimiento a nivel estatal de la salud mental materna desde el embarazo.**

- **Crear espacios en los que las mujeres puedan exponer abiertamente todo lo que les preocupe sobre la maternidad**, incluyendo cuestiones relacionadas con la infertilidad.
- **Impulsar la detección de los problemas de salud mental materna desde la Atención Primaria.**
- **Formación continua de los y las profesionales de Ginecología y Obstetricia en este ámbito.** Todo esto evitaría sufrimiento a bebés, madres, padres y familia, permitiría el desarrollo del vínculo madre-bebé, y reduciría el riesgo de automedicación con psicofármacos.
- **Establecer mecanismos de coordinación entre los servicios de protección a la infancia y a la adolescencia y los servicios sociosanitarios**, cuando los problemas de salud mental de los padres y las madres incidan en las funciones de guarda y cuidado; y ello, con el fin de procurarles la asistencia apropiada para el desempeño de las funciones de cuidado y los recursos necesarios para garantizar la reintegración familiar.¹⁰⁸
- **Adoptar programas de apoyo, acompañamiento y supervisión de los progenitores.** Tales programas podrían incluirse en el plan individualizado de protección en el que se establezcan los objetivos, la previsión y el plazo de las medidas de intervención a adoptar con la familia de origen, incluido, en su caso, el programa de reintegración familiar (artículo 19 bis.1 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor –LOPJM–). Y todo ello en cumplimiento de la obligación que incumbe a los servicios de protección de la infancia y la adolescencia de adoptar medidas que garanticen el derecho a la reunificación familiar de los hijos e hijas declarados/as en situación de desamparo.

Para mayores garantías, este plan de intervención debería ser objeto de control judicial con el fin de verificar que efectivamente los servicios sociales cumplen con la obligación que les incumbe de adoptar las medidas necesarias para que aquella reunificación tenga visos de prosperar.

108. Guilarte Martín-Calero, C. (2025). «La discapacidad psicosocial como causa de desamparo: obligaciones positivas del Estado a la luz del derecho internacional y regional de Derechos Humanos». Comentario a la STS 4227/2024, de 22 de julio. *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, 127.

12. Derecho a la educación

Artículo 24. CDPD

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

12.1. Aspecto a tener en cuenta

12.1.1. Necesidad de educación en salud tanto física como emocional

La educación **es uno de los derechos que más capacidad tiene para romper el círculo de la pobreza y la exclusión social**. Es por ello, por lo que es imprescindible que se garantice la igualdad en el acceso a dicho derecho. El **estigma y la consecuente invisibilización u ocultación de los problemas de salud mental**, no debe hacernos olvidar su existencia. Cuando salen a la luz, en forma de problemas de conducta u otros, se revela que no se ha realizado una adecuada prevención.

Por este motivo, la Confederación sigue reforzando sus acciones para visibilizar, ya no solo la importancia **desarrollar la educación en salud en las escuelas, incluyendo la educación emocional al igual que la física**, sino también su urgencia. La **educación emocional permite dotar a las personas menores de las herramientas personales necesarias para afrontar las situaciones complejas de la vida y, por tanto, es esencial en la promoción de la salud mental y actúa como muro de contención frente a conductas adictivas**.

Además, es importante contemplar el bienestar personal como un derecho humano, algo fundamental para que se dé cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial, el ODS 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.

Sin embargo, **hace falta un compromiso firme por parte de las Administraciones Públicas con el futuro de niñas, niños y adolescentes** —y, por tanto, de nuestra sociedad—, que no puede construirse sanamente sin la promoción de la salud mental en el ámbito educativo, a partir de herramientas que proporcionen información objetiva y actualizada sobre sus problemas de salud mental, de la incorporación de la educación emocional al igual que se incluye la física (educación en salud integral) y medidas orientadas a crear entornos educativos saludables e inclusivos en los que se hable de salud mental con naturalidad, contribuyendo a la erradicación del estigma y prejuicios existentes.

La OMS estima que aproximadamente entre el 5%-15% de la población infantil presenta trastornos psicológicos que, además de afectar a su vida social, disminuyen sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales. Existe, además, una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta, por lo que **intervenir y prevenir desde las edades más tempranas constituye un factor diferencial a la hora de gozar de bienestar emocional y una buena salud mental en la edad adulta.**¹⁰⁹

12.2. Denuncia

12.2.1. Déficit de apoyo económico para garantizar el acceso a la educación

Muchos de los beneficios destinados a garantizar una educación igual para todos y todas –por ejemplo, becas o provisión de apoyos– **se asocian a la disposición de un certificado de discapacidad.** Sin embargo, en el caso de las personas menores o jóvenes con problemas de salud mental, este reconocimiento meramente administrativo a edades tan tempranas es algo contraproducente y es muy posible que muchas de ellas no tengan ese documento acreditativo justo en el momento vital que coincide con su periodo formativo. Además, también existe el condicionante de la «gravedad» para obtener ayudas, cuando los problemas de salud mental evolucionan y se ha de aspirar a que, precisamente, se alejen de la cronicidad, de ahí la importancia de regular el abordaje de estas situaciones desde un enfoque de derechos humanos, es decir, atendiendo al caso concreto en consonancia con el modelo social de la discapacidad.

La **irrupción de un problema de salud mental puede suponer en muchas ocasiones un esfuerzo económico muy elevado para las familias,** que deben asumir con fondos propios lo que debería garantizar la red pública de atención, pero que no lo hace con la intensidad requerida y necesaria, debido al déficit de recursos humanos y a la falta presupuestaria que acompaña a la salud mental.

En este contexto, lamentablemente, es harto frecuente que se produzcan situaciones de gestión deficiente en el acceso a los servicios educativos de las personas con problemas de salud mental, incluidas las menores, a lo que se une la ineficacia en las derivaciones a recursos y/o la absoluta inexistencia de apoyos específicos. Esto obliga, en el mejor de los casos, a recurrir a recursos privados, con el desgaste económico y emocional que ello conlleva para las familias que se lo pueden permitir. En caso de no poderse permitir, además de lo anterior, las personas están abocadas a la absoluta exclusión del sistema.

109. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2023). [«Escuela inclusiva, salud mental positiva: Escuela inclusiva y niños, niñas y adolescentes con problemas mentales graves»](#). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Cuadernos Técnicos*, 22.

Dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a la educación condiciona el nivel de empleabilidad de las personas y, por tanto, su futuro. La **falta de ajustes y apoyos en todos los niveles educativos** a las personas con discapacidad psicosocial (problemas de salud mental) tiene mucho que ver, como en otros ámbitos, con la falta de conocimiento y conciencia de lo que es la accesibilidad psicosocial. En la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se tiene constancia de casos de personas, mayores y menores de edad, aisladas en sus domicilios, sin poder asistir a clase con sus iguales, por no existir ajustes y apoyos que les permitan ejercer su derecho a la educación en igualdad de condiciones. La proliferación de barreras originadas por la no contemplación de los ajustes adecuados al tipo concreto de discapacidad es una cuestión de derechos humanos y es responsabilidad del sistema educativo disminuirlas o eliminarlas, así como los daños que produzca la pasividad ante este tipo de situaciones. Por ello, **no se pueden obviar en la norma las necesidades de apoyo educativo de las personas con problemas de salud mental y es preciso que se incluyan expresamente las ayudas y subsidios.**

Incluso en caso de obtener un buen rendimiento, si este se produce a costa de la salud de la persona, el objetivo de igualdad de oportunidades y no discriminación en modo alguno se habrá alcanzado y se estarán infringiendo sus derechos en esta materia.

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

12.3. Buena práctica

12.3.1. La IV edición del programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva'

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desarrolla el programa de sensibilización 'Educación inclusiva. Salud Mental positiva', que en 2024 llegó a **14.428 alumnos y alumnas de 8 a 12 años** y a **759 docentes**, de un total de **195 centros educativos** de 17 comunidades autónomas.¹¹⁰

Se trata de un programa estatal financiado en la convocatoria con cargo al 0.7 del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, que se enmarca en la estrategia de sensibilización de la Confederación, cuyos objetivos se dirigen tanto al alumnado, como al profesorado. El programa aspira a:

110. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (11 de febrero, 2025). [*La IV edición del programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva' llega a más de 14.000 estudiantes de todo el territorio español.*](#) Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

1. Promover entre el profesorado y demás integrantes de la comunidad escolar un **mayor y mejor conocimiento y comprensión sobre salud mental** y malestar psicológico en el alumnado.
2. Promover una **adecuada gestión y expresión emocional** en el alumnado para prevenir problemas de salud mental, así como facilitar el acercamiento a las personas que los padecen, eliminando estigmas y estereotipos.
3. Sensibilizar, mediante piezas audiovisuales, basadas en testimonios de personas expertas en salud mental, sobre la **importancia del cuidado de la salud mental en el ámbito educativo como clave de inclusión social real y efectiva**.

Los testimonios y las valoraciones de los talleres evidencian la calidad del programa y el alto grado de aceptación por parte de quienes han participado en estos. Según los datos extraídos del cuestionario de evaluación destinado a las entidades participantes, que coordinan la aplicación del programa en los territorios y que recogen la información de los centros educativos participantes, el **48,6 %** de las entidades **puntúa con un 5 este aspecto** (en una escala de 1 a 5, donde 5 es la mayor puntuación), ya que considera que **el programa contribuye en gran medida a concienciar y entender la salud mental por parte del alumnado**. El **42,9 % puntúa con 4 este aspecto**, mientras que el **8,6 % restante lo hace con un 3**.

Uno de los aspectos más valorados por las y los docentes reside en la calidad y adecuación de los materiales, para las edades a las que se dirige el programa, de manera que permiten «desarrollar habilidades socioemocionales, mejorar el ambiente en el aula», así como «trabajar y combatir los estereotipos y reducir el estigma ya desde la Educación Primaria».

El programa de 'Educación inclusiva. Salud Mental positiva' va dirigido a alumnos y alumnas de 8 a 10 años y de 10 a 12, ofreciendo materiales distintos para cada grupo.

Para las niñas y los niños **de 8 a 10 años**, las dinámicas se basan en el contenido del audiovisual basado en el libro *Mía y Teté descubren las emociones*,^{III} elemento principal del programa, ya que vertebró todo el trabajo posterior sobre las emociones y su conocimiento y gestión en la infancia. A partir del cuento original (cedido por la entidad FEAFES Almendralejo), se ha elaborado un material audiovisual, disponible también en catalán, gallego y euskera. Su objetivo es conseguir que los niños y las niñas logren relaciones positivas con las demás personas y consigo mismos y mismas, apoyadas en una buena salud mental. A través de sus protagonistas, Mía y Teté, los niños y niñas pueden aprender a identificar y gestionar emociones como el miedo, la ira, la vergüenza, la tristeza, la alegría, el orgullo, la envidia y la culpa.

El **profesorado**, asimismo, dispone de una guía didáctica y fichas de trabajo. Pero, además, el proyecto implica también a las **familias y personas allegadas** a través de un vídeo informativo, que busca llamar la atención sobre la necesidad de promover una adecuada gestión emocional en la infancia para prevenir futuros problemas de salud mental.

III. Rubiales, I. y Cabrera, Y. (2019). *Mía y Teté descubren las emociones*. FEAFES Salud Mental Almendralejo.

Para las alumnas y los alumnos **de 10 a 12 años**, el elemento principal de trabajo es la *Emoteca: Conect@ con tus emociones*,¹¹² una actividad interactiva que sigue la estructura de los libros «Elige tu propia aventura». Para ello se han desarrollado 6 historias en las que los y las jóvenes tienen que elegir diferentes opciones sobre cómo abordar una situación, siempre ligada a una emoción.

Asimismo, los y las docentes cuentan con una guía para el desarrollo de la actividad, y para las familias y las personas allegadas, se han elaborado folletos, así como vídeos informativos. El primero, «Educación Inclusiva, Salud Mental Positiva», busca llamar la atención de familias y personas allegadas sobre la necesidad de prestar atención a la salud mental de niños y niñas para prevenir futuros problemas de salud mental, y a utilizar las herramientas y recursos disponibles para ello, además de informarles sobre el Programa que se está desarrollando con sus hijas e hijos. El segundo, es un vídeo de promoción de la Emoteca.

12.4. Recomendaciones

- **Educar en salud, incorporando la asignatura de educación emocional al mismo nivel que la educación física**, con el fin de promover una **adecuada gestión y expresión emocional** en el alumnado para prevenir problemas de salud mental, así como facilitar el acercamiento a las personas que los padecen, eliminando estigmas y estereotipos.
- **Desvincular los beneficios destinados a garantizar la educación**—por ejemplo, becas o provisión de apoyos— **de la disposición de un certificado de discapacidad o de la condición de «gravedad»**, atendiéndose a cada caso en concreto desde un enfoque preventivo y de derechos humanos.
- **Formar al profesorado y demás miembros de la comunidad escolar en materia de salud mental y malestar psicológico** en el alumnado.
- **Sensibilizar sobre la importancia del cuidado de la salud mental en el ámbito educativo como clave de inclusión social real y efectiva.**

112. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (24 de octubre, 2024). *'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

13. Derecho a gozar del más alto nivel posible de 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.

13.1. Aspectos a tener en cuenta

13.1.1. Equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud y salud mental

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

Específicamente, en nuestro país las personas con problemas de salud mental sufren en el contexto sociosanitario una violencia insuficientemente tratada en la normativa civil y políticas públicas, normalizándose situaciones incompatibles con las convenciones y estándares internacionales de derechos humanos. Estas carencias tienen mucho que ver con la perspectiva médico-asistencial de la salud mental que conduce a no considerar el recorrido vital de las personas afectadas, desde las primeras etapas de la vida hasta la madurez.

En 2017 el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental emitió un Informe centrado de manera específica en el derecho de toda persona a la salud mental, denunciado, entre otros aspectos, que: **«La salud mental es un ámbito que se ha descuidado con frecuencia y en el que, cuando se le destinan recursos, prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales. Esto ha dado lugar a la situación actual, en que manifiestamente no se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos. Personas de todas las edades, cuando**

tienen necesidades en materia de salud mental, con demasiada frecuencia sufren la falta de atención y apoyo, o como resultado de servicios ineficaces y perjudiciales».¹¹³

Según apunta el documento, las personas con problemas de salud mental encuentran en el ejercicio de sus derechos «barreras derivadas de una deficiencia real o supuesta y, por consiguiente, están extremadamente expuestas a las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental». Además, el Relator estima que «durante decenios, los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista que ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de las personas con discapacidad psicosocial». Por ello «se deberían ampliar las intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario y abandonar la cultura de la coacción, el aislamiento y la medicalización excesiva» y facilitar así «la transición hacia la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzosos y el aislamiento», que conlleve «un cambio de paradigma basado en la recuperación y la atención comunitaria».

Estas deficiencias son ya acuciantes en España, donde la provisión de profesionales con especialización en salud mental (psicología y psiquiatría) es muy deficitaria, y discontinua, lo que dificulta el vínculo asistencial.

13.1.2. Aumento de los problemas de salud mental entre el alumnado de los centros educativos de España

El estudio de IO Investigación, ANPE y Satse, *Diagnóstico de la salud mental en las aulas*, revela que los problemas de salud mental han aumentado entre el alumnado de los centros educativos de España, destacando el TDAH —trastorno por déficit de atención e hiperactividad— (81%); la ansiedad (66,4%) y los intentos autolíticos y/o autolesiones (65,9%). Sobre este último problema, el 62,7% afirma que ha habido algún caso de intento autolítico entre su alumnado. Según este documento, el 93,2% de los profesores afirma que hay un incremento de los problemas de salud mental, mientras que el 85,3% de las enfermeras afirma que tiene algún alumno o alumna con diagnóstico relacionado. El 50,79% de las familias, además, dice conocer a algún estudiante con ese tipo de problemas.

Por todo ello, el 95,5% de los y las docentes considera necesaria algún o alguna profesional de la sanidad —como la enfermera o el enfermero escolar— trate la salud de forma regular e integral (física y mental) en el propio centro educativo.^{114,115}

113. Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (28 de marzo, 2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/35/21)*. Organización de las Naciones Unidas.

114. RTVE.es (4 de junio, 2024). *Problemas de salud mental en los centros educativos de España: crecen la ansiedad, el TDAH y las autolesiones*. RTVE.es.

115. IOInvestigación, ANPE y Satse. (2024). *Diagnóstico de la Salud Mental en las aulas*. IOInvestigación, ANPE y Satse.

El informe destaca también los déficits en la salud mental del profesorado, señalando que los factores que más influyen en que esta se vea afectada son el exceso de burocracia (80,2%); el exceso de alumnado (70,9%); los problemas de convivencia en las aulas (70,8%); la escasez de recursos (61,3%); la falta de dignificación social (60,3%); el exceso de responsabilidad (55,9%) y el exceso de horario lectivo (33,8%). Además, el 90,9% indica que no se contemplan, por parte de la Administración educativa, recursos o programas de apoyo para la salud mental del profesorado en el lugar de trabajo; y el 59,9% señala que no ha realizado cursos de formación sobre bienestar emocional y salud mental. El 53% de los profesores y profesoras dice que no existen protocolos de prevención, detección y formación sobre la salud mental del alumnado en los documentos de organización y funcionamiento de su centro.¹¹⁶

13.2. Recomendaciones

- **Adoptar en las políticas públicas un enfoque basado en los derechos humanos** en el que, entre otros aspectos, se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones de las decisiones en materia de salud mental desde una **perspectiva intersectorial**.
- **Enfoque preventivo y detección temprana:** Implementar las recomendaciones efectuadas en el apartado destinado a niños y niñas de este mismo informe.
- **Desarrollar iniciativas sobre salud mental en centros educativos**, como promover actividades en las que jóvenes con problemas de salud mental compartan su experiencia con otras personas de su edad en centros escolares.
- **Humanización del sistema**, poniendo a la persona en el centro, de modo que no sean las personas las que deban adaptarse al sistema, sino que se desarrolle un sistema saludable al servicio de las personas.
- **Participación de las personas con problemas de salud mental como sujetos activos** y no como objetos de tratamiento, generando equipo con los distintos y distintas profesionales, en el que puedan estar presentes las PEP y las familias.
- Sin negar su necesidad en los casos que sea procedente, **apertura de un debate que lleve al análisis riguroso del fenómeno de la sobremedicación**, incluyendo también los factores sociales.
- **Incorporar un enfoque más equilibrado entre lo bio y lo psicosocial**.
- **Cuidar el vínculo terapéutico**, mediante la continuidad de la asistencia con profesionales de la Psiquiatría o Psicología de referencia o un equipo coordinado que comparta la historia exhaustiva de la persona, de manera que no se tenga la sensación de empezar de nuevo en cada consulta.

116. *Ibid.*

- **Desarrollar sistemas abiertos en las Unidades Hospitalarias de Agudos**, con personal motivado y formado en humanización y con la inclusión de otros profesionales que provean de actividades y diversas terapias a los servicios y tratamientos de la unidad, siguiendo las experiencias de buenas prácticas europeas.
- **Disponer medidas para cuidar a quienes cuidan**, en este caso, al colectivo sanitario.
- **Reforzar los primeros niveles de atención**: Inversión en Atención Primaria como puerta de entrada al sistema.
- **Dar a conocer la realidad de las personas con problemas de salud mental para despertar conciencias** sobre la base de su propio testimonio y generar cercanía con la situación, al tiempo que se pone el **énfasis en la capacidad de recuperación**.
- **Crear sistemas de control, seguimiento y corrección que garanticen el cumplimiento de los derechos**.

14. Derecho a trabajar en igualdad de condiciones que las demás personas

Artículo 27. CDPD

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

14.1. Aspectos a tener en cuenta

14.1.1. Cuando el trabajo duele

La psiquiatra y comisionada de Salud Mental, Belén González, señala que, pese a que hay evidencia de que el trabajo puede dañar la salud mental, en España no se reconoce entre las enfermedades profesionales ninguna relacionada con esta y reivindica «cambiar las condiciones laborales para que el trabajo deje de doler» y de llenar las consultas de salud mental, teniendo en cuenta que «no tener trabajo», también es causa de sufrimiento psíquico.¹¹⁷

El artículo 27.1 de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad obliga a los Estados a garantizar que las empresas realicen los **ajustes razonables necesarios** para que las personas con discapacidad puedan ejercitar su derecho al trabajo, incluso en aquellos casos en los que esta condición sea sobrevenida con posterioridad. En este sentido, la Directiva 2000/78/CE del Consejo de la Unión Europea, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y en la ocupación, destaca la importancia de las medidas de adaptación como herramienta fundamental para terminar con la discriminación por motivos de discapacidad, por lo que respecta tanto al sector público como al privado, incluidos los organismos públicos» (artículo 3). Concretamente, su artículo 5, destinado a los ajustes razonables para las personas con discapacidad, establece:

117. Alonso, O. y Fernández, B. (20 de febrero, 2024). *Belén González, comisionada de Salud Mental: El trabajo tiene que dejar de doler*. EFE.

A fin de garantizar la observancia del principio de igualdad de trato en relación con las personas con discapacidades, se realizarán ajustes razonables. Esto significa que **los empresarios tomarán las medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta, para permitir a las personas con discapacidades acceder al empleo, tomar parte en el mismo o progresar profesionalmente, o para que se les ofrezca formación**, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario. La carga no se considerará excesiva cuando sea paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado miembro sobre discapacidades.

Por tanto, siempre que no supongan una carga excesiva para ella, las empresas han de adoptar medidas de ajuste (en instalaciones, equipamientos, pautas de trabajo, asignación de funciones o medios de formación) que permitan a las personas con discapacidad ejercer su derecho al trabajo y, al mismo tiempo, conformar un sistema productivo más inclusivo.

El artículo 7.2 de la Directiva, relativo a la acción positiva y medidas específicas, entiende que el **principio de igualdad de trato**, por lo que respecta a las personas con discapacidad, no ha de constituir «un obstáculo al derecho de los Estados miembros de mantener o adoptar disposiciones relativas a la protección de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, ni para las medidas cuya finalidad sea crear o mantener disposiciones o facilidades con objeto de proteger o fomentar la inserción de dichas personas en el mundo laboral». En definitiva, como destaca su artículo 8, se trata de establecer unos estándares mínimos, por lo que los Estados miembros «podrán adoptar o mantener disposiciones más favorables».

Toda esta nueva estructura ha de alimentarse con el **diálogo entre los interlocutores sociales**, «a fin de promover la igualdad de trato, incluido el control de las prácticas en el lugar de trabajo, convenios colectivos, códigos de conducta, y mediante la investigación o el intercambio de experiencias y buenas prácticas» (artículo 13); así como con «las correspondientes organizaciones no gubernamentales que tengan, con arreglo a las legislaciones y prácticas nacionales, un interés legítimo en contribuir a la lucha contra la discriminación basada en alguno de los motivos contemplados» por la Directiva (artículo 14).

Esta normativa ha sido interpretada por la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, de 18 de enero de 2024 (asunto C-631/22), que señala que **España incumple la norma europea, cuando permite a la empresa extinguir el contrato de una persona trabajadora declarada en situación de incapacidad permanente total sin estar obligada a valorar la posibilidad de acometer ajustes razonables**.

También los artículos 2.m) y 40.2 del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, inciden en los mismos aspectos, definiendo lo que son los ajustes razonables, tanto en lo que al ambiente físico se refiere como al social y actitudinal, incidiendo en «las necesidades específicas de las personas con discapacidad» y en la obligación que su cobertura implica para las empresas, «salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario». Lo contrario, como reza el artículo 63 del mismo texto legal, vulnera el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

14.2. Denuncia

14.2.1. Se sigue sin promover un empleo sostenible para las personas con problemas de salud mental

El trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación, al tiempo que promueve sociedades más inclusivas. Además, para las personas con problemas de salud mental tiene una función terapéutica, desplazando el rol de «enfermo» por el rol de «trabajador». Por tanto, se ha de ir más allá de la percepción del empleo como una mera fuente de ingresos, y poner el foco en la promoción del bienestar y la prosperidad de las personas, sobre todo de aquellas especialmente vulnerables.

Como revela el estudio *La situación de la salud mental en España*, de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña,¹¹⁸ «el cuidado de la salud mental no tiene un exclusivo carácter sanitario, sino que tiene que ver con una proyección de vida y de futuro, con oportunidades laborales, condiciones de trabajo dignas, políticas de vivienda y leyes de dependencia que protejan el bienestar de las personas cuidadoras».

En este sentido, el documento destaca que «en el caso de las personas con experiencia propia con problema de salud mental grave, la participación en el mercado de trabajo es una de las asignaturas pendientes» y, dado que «el trabajo es una fuente principal de participación en la sociedad», es imperativo ofrecer a la persona «la seguridad de que puede incorporarse al mercado laboral y, si sufre una descompensación, puede recuperar su pensión y su plaza en un centro de rehabilitación, para volver a reincorporarse a su puesto de trabajo una vez se encuentre recuperada». Estrechamente relacionada con esta cuestión está la necesidad de que «se posibilite al máximo que las personas sigan con su educación reglada durante los internamientos» y «que se promueva el desarrollo de algún tipo de capacitación profesional para aquellas personas que han tenido dificultad para continuar con sus estudios».

Adoptando esta perspectiva y disponiendo los recursos oportunos, un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para acceder al empleo. Sin embargo, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud mental se erige en una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, además de la pérdida de capital humano que esto supone.

Las personas con problemas de salud mental tienen habilidades, capacidades y destrezas como cualquier otra. Muchas veces, lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas

118. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). [La situación de la salud mental en España](#). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; Fundación Mutua Madrileña.

y esta carencia tiene su raíz en los prejuicios generados por el estigma, que alcanzan numerosos obstáculos y barreras —la mayoría de las veces, invisibles y prácticamente imposibles de sortear.

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 imprescindible que, desde las Administraciones públicas, se promueva y facilite que las personas con problemas de salud mental puedan acceder a un empleo público y mantenerlo, y para ello es preciso que se tome conciencia de la necesidad de adaptación del sistema a sus necesidades específicas en todos los procesos que llevan a ello. Es decir, es preciso derribar las barreras alzadas por el estigma, siguiendo criterios de igualdad y no discriminación, y procediendo a la reparación de una exclusión histórica de la población con problemas de salud mental, que demanda políticas de inclusión activa específicas y, por tanto, un compromiso real de dichas Administraciones con la diversidad social.

El escaso o nulo conocimiento de las barreras que afectan a las personas con problemas de salud mental, unido a la falta de concienciación sobre la necesidad de derribarlas, perjudica gravemente sus derechos. Por este motivo, es urgente mejorar, reforzar e impulsar medidas para que estas personas puedan acceder al empleo público como son: 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, etc.

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.

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. Esto se traduce en garantizar el acceso de las personas con discapacidad desde el inicio de todo proceso, desde el acceso al mantenimiento del puesto, por medio de los ajustes y soportes que sean necesarios. De ahí la importancia de desarrollar el concepto de accesibilidad universal, incluyendo la accesibilidad psicosocial —además de la física, la sensorial y la cognitiva— e itinerarios laborales en el que tengan cabida todas las personas con discapacidad sin excepción.

Concretamente, en lo que al empleo público se refiere, además de estas prescripciones, es preciso garantizar la inclusión mediante la reserva de empleo público para las personas con problemas de salud mental, lo cual demanda una acción afirmativa dentro del cupo de reserva, habida cuenta de que las personas con discapacidad psicosocial son las que mayores tasas de inactividad y mayores tasas de desempleo presentan de manera recurrente dentro del colectivo de personas con discapacidad (INE).

14.3. Recomendaciones

- **Reservar un cupo de plazas para personas con discapacidad psicosocial en el acceso al empleo público.** Dentro del cupo general destinado a personas con discapacidad, se habrá de destinar un subcupo específico de mínimo del 1% para personas con problemas de salud mental.
- **Garantizar ajustes razonables y soportes destinados a personas con discapacidad psicosocial,** disponiendo de adaptaciones específicas en los procesos selectivos, que serán garantizadas en todo caso. Ello incluye la posibilidad de acompañamiento psicosocial durante las fases del proceso.
- **Disponer que la acreditación de la necesidad de esos ajustes razonables se pueda realizar más allá de la certificación de un determinado grado de discapacidad.** La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no discrimina según porcentajes y prevé la disposición de ajustes razonables cuando estos son necesarios. Por tanto, es importante que en el texto de este Real Decreto se considere que, en los casos en los que sea necesaria una adaptación acreditada mediante informe médico, aunque no se llegue al 33 por ciento en el reconocimiento del grado de discapacidad, esta se adopte igualmente.
- **Capacitar a los órganos de selección.**
- **Concienciar y sensibilizar a la sociedad en materia de discapacidad psicosocial** para garantizar igualdad de trato y evitar sesgos.
- **Disponer planes de formación y capacitación para el empleo,** adecuados a las necesidades y particularidades de las personas con problemas de salud mental.
- **Establecer un plan de sensibilización ambicioso y efectivo,** en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.
- **Promover actuaciones planificadas dirigidas a facilitar y promover la concienciación y adquisición por parte del funcionariado de las habilidades necesarias para impulsar una cultura del trabajo que favorezca la salud mental y la acogida en los casos en los que esta pueda verse afectada.** Para ello, se han de promover factores protectores que favorezcan una salud mental positiva, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto laboral. 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 (en especial, la asistencia personal en salud mental), existencia de un sistema de reconocimiento por la labor efectuada, normas claras y justas, etc.
- **Impulsar una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental.**

- **Establecer una red de apoyos amplia y flexible, que permita la adecuación a cada caso, incluyendo la asistencia personal y la metodología de apoyo de pares.**
- **Crear 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 el debate permanente y la promoción de la conciencia entre trabajadores y trabajadoras sobre el comportamiento ético con cada persona, y realizando prácticas centradas en la persona y que capaciten para una comunicación sensible y adaptada.
- **Incorporar la perspectiva de género a la salud mental.** Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social, y sería beneficioso incluir criterios que pudieran favorecer su acceso al empleo público, además de promover medidas que favorezcan su incorporación al mercado laboral.
- **Promover programas de Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, empleo con apoyo, y reserva de plazas en plantillas públicas y empresas privadas.**
- **Fomentar programas de formación para el empleo.**
- **Apoyar experiencias de tipo cooperativo de personas con experiencia propia.**
- **Facilitar el acceso a viviendas supervisadas y mini-residencias, y ofrecer apoyo para acceso a la vivienda de personas con experiencia propia.**
- **Promover programas de desarrollo cultural y de ocio, para la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.**
- **Desarrollar programas de acompañamiento para monitores/as y auxiliares para personas en situaciones de crisis o en fase de recuperación, con participación de personas con problemas de salud mental.**
- **Impulsar programas para jóvenes, en coordinación con el ámbito educativo, para compartir experiencias, generar confianza y resiliencia, y combatir la soledad.**
- **Implementar mecanismos de monitoreo o seguimiento para evaluar el impacto de la reserva específica de plazas en la Administración Pública para personas con discapacidad, en general, y con problemas de salud mental, en particular, y ajustar las medidas conforme a los resultados.** Para ello se requiere de sistemas para recabar y compartir datos. Es necesario que las administraciones públicas dispongan y compartan información y datos adecuados y actualizados, desagregados por sexo, y sobre todo datos relacionados con el tipo de discapacidad, ya que la realidad de las personas con problemas de salud mental es muy heterogénea y la generalidad las perjudicaría, no solo en los ajustes razonables necesarios para su inclusión, sino también en los avances de las políticas activas de empleo público. La especificidad en el abordaje de los tipos de discapacidad elevaría las posibilidades de acceso al empleo público. **La Confederación reclama un sistema de apoyos y adaptaciones que haga valer el derecho al trabajo de las personas con trastorno mental.**

- **Contar con la participación activa de entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad psicosocial en la implementación de estas medidas,** favoreciendo en todo momento una interlocución fluida con estas, a fin de impulsar la colaboración y 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 las personas con problemas de salud mental. En este plan de colaboración y/o actuaciones conjuntas, se podría llevar a cabo un análisis ambiental y rediseñar 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.

15. Bibliografía

- Alonso, O. y Fernández, B. (20 de febrero, 2024). *Belén González, comisionada de salud mental: el trabajo tiene que dejar de doler*. EFE.
- Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P. y Vall, J..(2021). *Crecer saludable(mente): un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the Children España.
- Asociación Española de Pediatría (AEPED). (8 de octubre, 2024). *Día de la pediatría 2024*. Asociación Española de Pediatría (AEPED).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2023). *Escuela inclusiva, salud mental positiva: Escuela inclusiva y niños, niñas y adolescentes con problemas mentales graves*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2016). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Atenciano Jiménez, B. (2015). *Impacto de la violencia de género en los primeros años: niñas y niños de 0 a 5 años*. [Presentación de PowerPoint]. Comunidad de Madrid, Consejería de Asuntos Sociales, Red de Centros y Servicios para Mujeres; Asociación Centro Trama.
- Augusto, D. (5 de junio, 2024). *«Psiquiatría de adultos es un infierno para los niños», afirma una madre sobre la nueva unidad del hospital*. *Vigoe*.
- Ayuso Leno, M. E. (coord.). (2022-2023). *Más allá de la vivienda*. RED FACIAM.
- Budian, R. y Salvador, S. (22 de marzo, 2024). *«La realidad invisible de las mujeres sin hogar»*. *Ethic*.
- Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health of the Council of Europe (6th September, 2024). Draft recommendation on respect for autonomy in mental healthcare.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (20 de mayo, 2021). *El CERMI defiende la accesibilidad universal como un «requisito previo» en el ejercicio de todos los demás derechos de las personas con discapacidad*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Ciocoletto, A. (2011). *«Un entorno con comunidad.»* En *Construyendo entornos seguros desde la perspectiva de género*, 156-168. Col·lectiu Punt 6.
- Conecta Perinatal (Alianza hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia). (2023). *Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal: documento de la alianza hispanohablante por la salud mental perinatal y de la familia 'Conecta perinatal'*. Conecta Perinatal (Alianza hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia).
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016-2024). *Informes sobre el estado de los derechos humanos en salud mental*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (26 de febrero, 2025). *SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer colaboran para apoyar psicológicamente a las víctimas de la DANA*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (11 de febrero, 2025). *La IV edición del programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva' llega a más de 14.000 estudiantes de todo el territorio español*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de noviembre, 2024). Todas las personas somos capaces con apoyos. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (24 de octubre, 2024). 'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (08 de marzo, 2024). Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2024). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2023. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). La situación de la salud mental en España. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; Fundación Mutua Madrileña.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (05 de febrero, 2021). «El sinhogarismo y los trastornos mentales no tocan techo». *Revista Encuentro*, 2, 2020.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental, 2018. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2018). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2017. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2021). Guía para el cuidado de la salud mental en entornos laborales y la prevención de los riesgos psicosociales. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Consejo de Europa (4 de abril, 1997). Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Consejo de Europa.
- Council of Europe. Human Rights and Biomedicine. Council of Europe.
- Council of Europe, Parliamentary Assembly. (24 de mayo, 2024). Ending the detention of «socially maladjusted» persons (Recommendation 2275). Council of Europe.
- Council of Europe, Parliamentary Assembly. (26 de junio, 2019). Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach (Resolution 2291). Council of Europe.
- Council of Europe, Parliamentary Assembly (26 de junio, 2019). Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach (Recommendation 2158). Council of Europe.
- Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Council of Europe.
- Cyber Guardians. (2024). Uso de Internet y enfermedad mental en niños y adolescentes en España 1997–2021. Cyber Guardians.
- Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Gedisa.
- Defensor del Pueblo. (2024). Infancia y adolescencia en el informe anual 2023. Defensor del Pueblo.
- Deloitte Global. (2024). Women @ work 2024: a global outlook. Deloitte Global.
- Espirales Consultoría de Infancia. (2022). Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- European Disability Forum. (28 de mayo, 2021). UN Rights experts call on Council of Europe to stop legislation for coercive mental health measures. European Disability Forum.
- Federación Salud Mental Madrid. (30 de septiembre, 2024). Facilitador Judicial, una figura pionera para las personas con discapacidad. Federación Salud Mental Madrid.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Gandarias Goikoetxea, I., Navarro Lashayas, M. A. y Garcia Cid, A. (2024). «*Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: una investigación exploratoria.*». *Revista Prisma Social*, 44,105–128.
- Guilarte Martín-Calero, C. (2025). La discapacidad psicosocial como causa de desamparo: obligaciones positivas del Estado a la luz del derecho internacional y regional de derechos humanos. Comentario a la STS 4227/2024, de 22 de julio. *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, 127.
- Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid y Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental.* Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). (2016). *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro.* Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).
- IOInvestigación, ANPE y SATSE. (2024). *Diagnóstico de la salud mental en las aulas.* IOInvestigación, ANPE y SATSE.
- Lozano de las Morenas, A. (Coord.); Cabrera Carrasco, N. y Sánchez San José, J. (2024). *Jóvenes y salud mental la experiencia del proyecto «PasaXT hacia el empleo».* Estudio de impacto. Federación Salud Mental Castilla y León.
- Mijatović, D. (16th, March 2021). *Hearing on deinstitutionalisation of persons with disabilities.* Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, Parliamentary Assembly.
- Miller, A. (2006). *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño.* Tusquets, Barcelona.
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Secretaría General de Inclusión. (2024). *Análisis sobre la brecha de cobertura en la implantación del ingreso mínimo vital (IMV): informe del fenómeno non take-up.* Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Secretaría General de Inclusión.
- Morón Nozaleda, M. G. *Marco legal y estratégico y cobertura de necesidades de adolescentes y jóvenes.* South West London & St George's Mental Health NHS Trust.
- Nodin, N., Peel, E., Tyler, A., y Rivers, I. (2015). *The rare research report: LGB&T mental health, risk and resilience explored.* PACE.
- Nussbaum, M. (2024). *La monarquía del miedo: una mirada filosófica a la crisis política actual.* Paidós.
- Observatorio de Arquitectura Saludable-OAS.
- ONCE. *La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social.* ONCE.
- Organización de las Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño. (5 de marzo, 2018). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España (CRC/C/ESP/CO/5-6).* Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (28 de marzo, 2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/35/21).* Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (31 de enero, 2017). *Salud mental y derechos humanos: informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/34/32).* Organización de las Naciones Unidas.

- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2020). «Article 23: List of illustrative indicators on respect for the home and the family». En *The Human Rights Indicators on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. United Nations
- Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (19 de mayo, 2014). Observación general N.º 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/GC/1). Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas.
- Portos Villar, J. (29 de junio, 2021). El futuro de los cuidados pasa por el abandono de las medidas restrictivas. SOM 360.
- Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de opinión de la infancia y la adolescencia 2023-2024. UNICEF España.
- Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Champion, J., Carta, M. G., Daniélsdóttir, S., Holte, A., Huurre, T., Matloňová, Z., Méndez Magán, J. M., Owen, G., Paulusová, M., Radonic, E., Santalahti, P., Sisask, M. y Xerri, R. (2016). Joint Action on mental health and schools: situation analysis and recommendations for action. European Union.
- Red Faciam. (7 de marzo, 2024). El 8M también es con y por las mujeres sin hogar y en exclusión residencial. Red Faciam.
- Redacción Médica. (2 abril, 2019). «La UE reconoce que los niños deben tener un buen abordaje en salud mental». Redacción Médica
- Red2red Consultores. (2015). Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Revistaeyn.com. (10 de junio, 2024). «Estudio: Estrés y largas jornadas afectan cada vez más la salud mental de las mujeres». Revistaeyn.com.
- RTVE.es (4 de junio, 2024). Problemas de salud mental en los centros educativos de España: crecen la ansiedad, el TDAH y las autolesiones. RTVE.es.
- Rodríguez, V., Román, Y., y Escorial, A. (2012). Infancia y justicia: una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España. Save the Children España.
- Rubiales, I. y Cabrera, Y. (2019). Mía y Teté descubren las emociones. FEAFES Salud Mental Almendralejo.
- Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). (2024). «Plataforma para la salud mental y la empleabilidad juvenil: una experiencia de éxito de Fundación Santa María la Real para la atención a jóvenes en desempleo o en precariedad laboral». Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).
- Tobalina, A. (18 de febrero, 2024). «Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: “Pero ¿qué estáis permitiendo que me hagan?!”». 20 minutos.
- Ubrich, T. (2023). «Non take-up o desaprovechamiento de los derechos: la brecha entre las prestaciones sociales sobre el papel y en la práctica». *Documentación social: Revista para pensar la intervención social*.
- Universitat de València. Observatorios sobre la Sociedad Valenciana, Laboratorio de Ciencias Sociales (Social-Lab). Tipología ETHOS. Universitat de València.
- World Health Organization (WHO), 71st World Health Assembly. (10 de mayo, 2018). The Global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030): early childhood development, report by the Director-General (A71/19 Rev.1). World Health Organization (WHO).
- Zafra, R. (2024). *El informe: Trabajo intelectual y tristeza burocrática*. Anagrama.

Informe sobre el estado de los

Derechos Humanos en Salud Mental 2024



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL