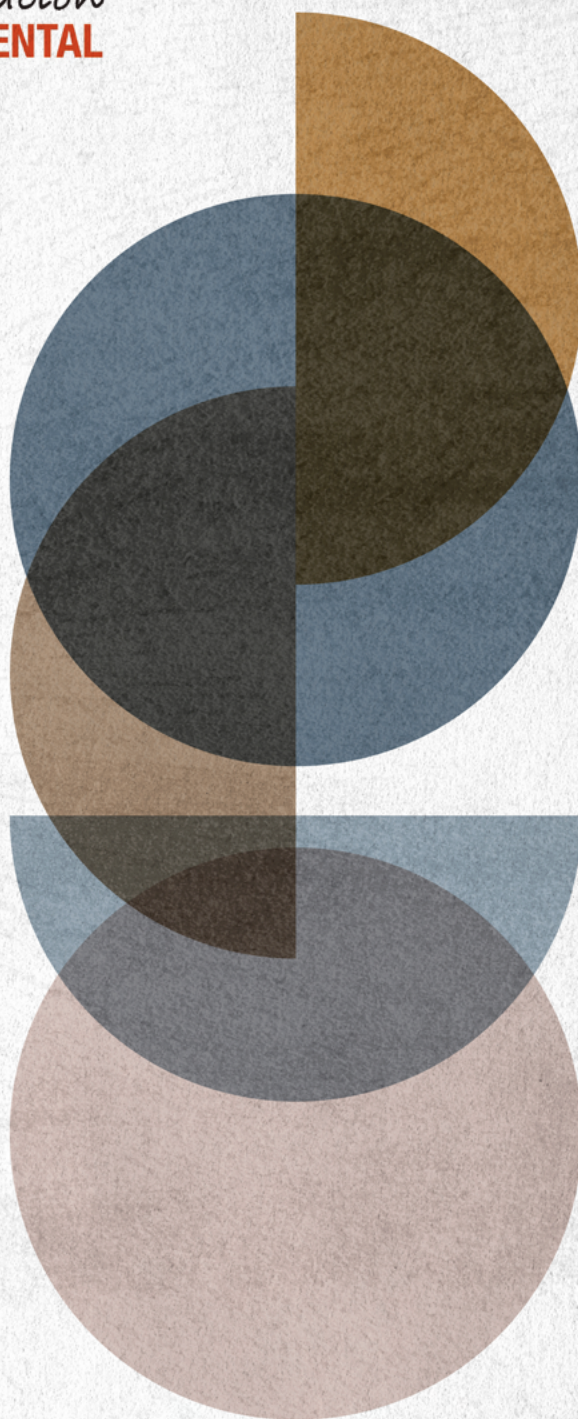




Informe sobre el estado de los

Derechos Humanos en Salud Mental 2025

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*).
- Francisco Javier Moreno de la Torre (*Federación Salud Mental Andalucía*).
- Eladio Javier Rico García (*AFESA Salud Mental Asturias*).
- Ignacio Fernández Allende (*Asociación Cántabra Pro-Salud Mental. ASCASAM*).
- Ana Patricia Concepción (*Federación Salud Mental Canarias*).
- Carmen Luisa Marichal (*Federación Salud Mental Canarias*).
- Montserrat Vázquez Lolo (*Federación Salud Mental Castilla-La Mancha*).
- Néstor Ceballos López-Manzanares (*Federación Salud Mental Castilla-La Mancha*).
- Cristina Guilarte Martín Calero (*Federación Salud Mental Castilla y León*).
- Ángel Lozano de las Morenas (*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 Juárez (*Asociación Salud Mental Ceuta*).
- Inmaculada Valero Almagro (*FEAFES Salud Mental Extremadura*).
- Iván Manuel Sanmartín Eirin (*Saúde Mental FEAFES Galicia*).
- Carmen García Bartolomé (*Salud Mental La Rioja*).
- Marta Gómez Rubio (*Salud Mental La Rioja*).
- Adriana Sanclemente Gámez (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Juan José Gil Otero (*Federación Salud Mental Madrid*).
- María del Carmen García Luque (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Fernando Matey Fernández (*Federación Salud Mental Madrid*).
- Belén Sola Molina (*FEAFES Melilla Salud Mental*).
- Rosario Garrigós Gómez (*Federación Salud Mental Región de Murcia*).
- Martín José Jiménez Martínez (*Federación Salud Mental Región de Murcia*).
- Aitziber Yarnoz (*Asociación Navarra para la Salud Mental- ANASAPS*).
- María José Cano Mesías (*Federación Salud Mental Euskadi*).
- Llum Moral (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).
- Pablo Martínez Acebrón (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).
- Gonzalo Nielfa Murcia (*Federació Salut Mental Comunitat Valenciana*).

Publicación: Madrid. Septiembre de 2026.

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	5
1. Introducción	6
2. Obligaciones generales	8
2.1. Aspectos a tener en cuenta	8
2.1.1. La Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad (BDVD)	8
2.2. Recomendaciones	9
3. Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación	11
3.1. Aspectos a tener en cuenta	11
3.1.1. GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España	11
3.1.2. Estereotipos machistas impactan sobre el bienestar de las mujeres mayores	14
3.1.3. Datos del servicio de asesoría jurídica	18
3.2. Buenas prácticas	21
3.2.1. Proyecto «Únicas»	21
3.3. Recomendaciones	22
4. Derechos de niños, niñas y jóvenes	24
4.1. Aspectos a tener en cuenta	24
4.1.1. Salud mental y bienestar de la población joven	24
4.1.2. El nuevo informe de la Fundación Mutua Madrileña y la Fundación ANAR concluye que el ciberbullying y el uso de la IA contribuyen al incremento del acoso escolar	27
4.2. Buenas prácticas	28
4.2.1. Plan Regional de Bienestar Emocional, Prevención del Acoso Escolar y Promoción de la Salud Mental en Educación de la Región de Murcia	28
4.2.2. La Federación Salud Mental Andalucía aborda el hostigamiento escolar en un nuevo episodio del podcast «Mejor lo hablamos»	29
4.3. Recomendaciones	31
4.3.1. Recomendaciones para las Administraciones Públicas	31
4.3.2. Recomendaciones para profesionales de la salud mental y la educación	32
4.3.3. Recomendaciones para la población (familias, jóvenes y comunidad)	33
5. Toma de conciencia	37
5.1. Aspectos a tener en cuenta	37
5.1.1. Inteligencia artificial y salud mental	37
5.2. Buenas prácticas	42
5.2.1. SALUD MENTAL ESPAÑA forma a 40 periodistas de Atresmedia acerca de cómo comunicar la salud mental	42
5.3. Recomendaciones	44
5.3.1. Recomendaciones para los responsables políticos	44
5.3.2. Recomendaciones para la sociedad civil	46
6. Accesibilidad	48
6.1. Aspectos a tener en cuenta	48
6.1.1. La no regulación de la accesibilidad psicosocial condiciona el ejercicio de todos los demás derechos de las personas con problemas de salud mental	48
6.1.2. Parámetros generales que se han de tener en cuenta en la adaptación de medios y determinación de ajustes razonables en materia de salud mental	50

6.2. Recomendaciones	51
7. Igual reconocimiento como persona ante la ley.	52
7.1. Buena práctica: Guía de la Federación Salud Mental Madrid sobre planificación Anticipada de Decisiones (PAD) en salud mental.	52
8. Vida	53
8.1. Aspecto a tener en cuenta: SALUD MENTAL ESPAÑA advierte de que los determinantes sociales pueden llegar a desencadenar un sufrimiento profundo que derive en suicidio.	53
8.2. Logro: Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027	56
8.3. Recomendaciones	57
9. Seguridad y protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias y desastres naturales	58
9.1. Aspectos a tener en cuenta.	58
9.1.1. La defensa de la salud mental como reconocimiento de la vulnerabilidad compartida	58
9.2. Problemas de salud mental en escolares tras el terremoto de Lorca.	60
9.3. Buena práctica: Recuperación emocional y social de las personas afectadas . .	63
9.4. Recomendaciones	63
10. Acceso a la justicia	65
10.1. Logros	65
10.1.1. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos condena a España por un ingreso involuntario en el que se vulneró el derecho a la asistencia letrada . . .	65
10.1.2. Una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) ha incidido en la importancia de la salud mental en un caso de incapacidad permanente absoluta	67
10.2. Recomendaciones	67
11. Gozar del más alto nivel posible de salud	68
11.1. Aspecto a tener en cuenta: Humanizar la atención en salud mental.	68
11.2. Recomendaciones	69
12. Trabajo y empleo	70
12.1. Aspecto a tener en cuenta: La relación especial de las personas con problemas de salud mental que prestan servicios en centros especiales de empleo	70
12.2. Denuncia: La tasa de actividad de las personas con discapacidad psicosocial sigue siendo la más baja de todas las discapacidades	74
12.3. Buena práctica: II Plan de Empleo de Personas con Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía	76
12.4. Recomendaciones	78
13. Nivel de vida adecuado y protección social	81
13.1. Aspecto a tener en cuenta: Acceso a la vivienda y salud mental	81
13.2. Buena práctica: proyectos de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA relacionados con la vivienda y la vida autónoma	82
13.3. Recomendaciones	85
14. Bibliografía	86

Presentación

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos condena al Estado español a indemnizar a un hombre por un ingreso involuntario en el que se vulneró el derecho a la asistencia por parte de un abogado (noviembre de 2025).

Quería comenzar con este titular porque me parece representativo de los logros que todavía se pueden conseguir en favor de los derechos de las personas con problemas de salud mental. Esta sentencia es especialmente relevante porque afecta a una de las medidas más denunciadas y con peor impacto en la vida de las personas con problemas de salud mental, como son los ingresos involuntarios. Una medida contra la que día tras día nos rebelamos y denunciemos en SALUD MENTAL ESPAÑA, y que esperamos que, en breve, deje de estar contemplada como una posibilidad y pierda el amplio respaldo con el que cuenta actualmente.

Así lo manifestamos, una vez más, en la campaña de sensibilización que lanzamos con motivo del Día de los Derechos Humanos, que se celebra cada 10 de diciembre, en la que la Confederación exigía a Europa la no aprobación del Protocolo Adicional del Convenio de Oviedo, pendiente aún de someterse a votación. Desde aquí, aprovecho para expresar un deseo: ojalá pueda empezar con este titular la carta de presentación del informe del año que viene.

Pero volviendo al presente, 2025 también ha sido un año en el que la Confederación ha redoblado esfuerzos y, con ello, reforzado su compromiso con las mujeres con problemas de salud mental. La publicación del Estudio GEA sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España, nos ha permitido recabar y completar información para trabajar con más ahínco en la reivindicación y defensa de los derechos de todas ellas.

Vivienda, empleo, la situación de la infancia y la juventud, o de las personas víctimas de catástrofes, son algunos otros ámbitos en los que aún no podemos celebrar logros, pero sí, las ganas de un gran equipo por conseguirlos.

Así, me gustaría terminar dando las gracias a todas las personas que integran la Comisión de Derechos de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y que hacen posible que cada año contemos con una visión pormenorizada del estado de los derechos humanos en la salud mental en España, que nos permite seguir avanzando en favor de las personas con problemas de salud mental.

Nel González Zapico



Presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

1. Introducción

En medio de la avalancha informativa propia de nuestro tiempo, el predominio de lo visual actúa, muchas veces, en detrimento de lo que, de primeras, no resulta tan evidente. Eso puede convertirse en un vehículo para expandir el prejuicio y, en medio del ruido que este genera, es fácil que los grandes temas pasen desapercibidos o, directamente, se sitúen en los márgenes del foco de la actualidad. Por eso, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA seguimos apuntando hacia lo invisible, convencidos de que es a esos márgenes donde hay que mirar para avanzar hacia una sociedad más igualitaria e inclusiva —en definitiva, mejor—. Así, no se trata tanto de tener mucha información, como de nutrirnos de información veraz y de calidad que contribuya a diseñar políticas públicas verdaderamente transformadoras. Por este motivo, hemos llamado la atención sobre la necesidad de que la información que se recopile en la Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad permita arrojar luz sobre la situación de las personas con problemas de salud mental, yendo más allá de la variable de diagnóstico, de manera que permita obtener una visión integral y singular de la persona, teniendo siempre en cuenta la perspectiva de género e interseccional. En este sentido, el estudio GEA propone un cambio de paradigma en la atención a mujeres con problemas de salud mental, que integre este enfoque y considere la vida de las mujeres en su contexto social, histórico y biográfico. La interseccionalidad implica poner la atención en los diversos factores que pueden concurrir para que se produzcan conductas discriminatorias. Por ello, es importante profundizar en las causas para hacer frente a las consecuencias. Uno de esos factores, no el único, es la edad. Seguimos llamando la atención sobre el edadismo, poniendo el foco este año sobre el que afecta a las mujeres. Y nos siguen preocupando los datos en materia de salud mental y bienestar infanto-juvenil que, pese a experimentar ligeras mejoras tras años de deterioro, todavía se encuentra por debajo de los niveles previos a la pandemia; a esto hay que añadir los graves efectos del acoso escolar, el ciberacoso, y los riesgos asociados al uso excesivo de tecnologías digitales, como las adicciones comportamentales.

Concretamente, el uso de la tecnología digital ha traído consigo cambios de importante calado en nuestras rutinas diarias. La reciente proliferación del uso de la inteligencia artificial (IA) en diversos procesos culturales, personales y profesionales conlleva toda una serie de oportunidades, pero también de importantes riesgos. Especialmente, el uso de esta tecnología en la atención de la salud mental exige una serie de reflexiones acerca de la ética profesional y el respeto a los derechos de las personas, a fin de configurar el mapa conceptual ético que conduzca a la promoción de la inclusión social a través de conductas responsables. De hecho, todavía hay mucho que avanzar en materia de humanización de la atención en salud mental y no sería deseable dar el salto a la IA sin que previamente, o como mínimo al mismo tiempo, hayamos implantado espacios seguros y libres de coerción, que favorezcan la cercanía y la confianza.

Más allá de la IA, desde SALUD MENTAL ESPAÑA seguimos exigiendo la regulación de la accesibilidad psicosocial, la única de la que aún no se ha ocupado nuestra normativa, porque los derechos que no son accesibles, o bien no se pueden ejercer, o su ejercicio se ve obstaculizado por un sinnúmero de barreras, muchas veces insalvables. Además, ponemos de relieve cómo es importante seguir promoviendo herramientas que permitan a las personas con problemas de salud mental

expresar su voluntad y preferencias en situaciones en las que se encuentren limitadas para hacerlo, como es el caso de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

También, un año más ponemos el foco en la prevención del suicidio que sigue siendo la segunda causa de muerte no natural y lo hacemos desde lo colectivo, porque la salud mental no es únicamente una cuestión individual, sino que está profundamente condicionada por las circunstancias en las que vivimos, reconociendo la salud mental como una prioridad de salud pública.

Por otra parte, lamentablemente, las catástrofes y emergencias constituyen riesgos cada vez más frecuentes, lo cual hace imprescindible la creación de estrategias preventivas y de intervención que tengan en cuenta la salud mental. Para ello, destacamos el acuerdo de colaboración de SALUD MENTAL ESPAÑA con la Fundación Vicente Ferrer con el objetivo de impulsar proyectos de reconstrucción de la zona afectada por la DANA en la Comunidad Valenciana, así como de ofrecer apoyo psicosocial y gestión emocional a las personas que se han visto afectadas por esta catástrofe en diferentes áreas de la zona. El proyecto incluye la creación de una comunidad de aprendizaje con las asociaciones que agrupan a personas damnificadas por la DANA de Valencia, el volcán de la Palma y el terremoto de Lorca.

En el ámbito jurisprudencial, destacamos la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos por la que se condena a España por un ingreso involuntario en el que se vulneró el derecho a la asistencia letrada y otra de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que ha incidido en la importancia de la salud mental en un caso de incapacidad permanente absoluta. Ambas resoluciones, cada una en su ámbito, constituyen pasos adelante en la consecución del efectivo ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Finalmente, hemos querido subrayar la importancia de otro aspecto esencial para el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental como es el acceso al empleo, dado que su carencia conlleva un bloqueo a otros derechos como son el acceso a una vivienda, vida autónoma, participación social, ocio o protección de la salud, entre otros. El empleo se ve especialmente dificultado para este sector de la población con discapacidad, por problemas estructurales que tienen que ver con la cultura de trabajo y la ausencia de conocimiento y conciencia en materia de salud mental. Específicamente, los recursos de vivienda son herramientas fundamentales para fomentar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, así como para promover la vida independiente.

En definitiva, como todos los años, hemos tratado de mostrar algunos ángulos de la realidad que queremos cambiar, proponiendo caminos para materializar esos cambios y tratando, de este modo, apelar a las conciencias. Nos va la vida en ello, porque la salud mental condiciona o construye vidas y contribuye al desarrollo de las sociedades. Esta interconexión se condensa en el lema que elegimos para conmemorar el Día Mundial del Salud Mental 2025: «Compartimos vulnerabilidad, defendamos nuestra salud mental».

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. La Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad (BDVD)

La **Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad** (en adelante, BDVD) constituye una herramienta de ámbito estatal que compila información procedente de los expedientes de valoración del grado de discapacidad gestionados por las comunidades autónomas, siendo por tanto una fuente empírica de gran valor para el conocimiento del sistema de reconocimiento oficial de la discapacidad, especialmente en términos de cobertura, desigualdades territoriales, perfiles funcionales y evolución del sistema.

Aunque la BDVD no forma parte del proceso de valoración ni del registro autonómico en sentido estricto, se alimenta de este mediante la transmisión periódica de **datos estructurados**. Su origen responde a finalidades administrativas, especialmente para el **seguimiento estatal de las valoraciones reconocidas**, pero con el tiempo ha adquirido un papel creciente como fuente de información para el **análisis estadístico**, la **planificación de políticas públicas** y la **investigación científica**. Así lo describe el estudio publicado por el CERMI Estatal, «El potencial de la Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad: Propuesta de mejora estadística», elaborado por Agustín Huete¹ García. Según este documento, dicha base adolece de problemas de calidad técnica del microdato (incluyendo registros duplicados, inactivos, errores en fechas y carencias en variables esenciales), problemas de accesibilidad (acceso limitado al microdato anonimizado, sin un archivo de uso público ni un protocolo estándar de cesión), ausencia de variables clave (como el tipo específico de discapacidad, lo que dificulta análisis funcionales y comparabilidad longitudinal) y formato de difusión poco operativo (centrado en informes anuales en PDF sin opción de personalización ni descarga).

1. Huete, A. (2025). *El potencial de la Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad: Propuesta de mejora estadística*, CERMI. <https://back-diario.cermi.es/catalog/file/file/oa8v6-el-potencial-base-de-datos-estatal-pcd-def.pdf>

Este informe se hace eco también de las fortalezas: cobertura casi universal de los expedientes valorados a nivel estatal, capacidad de desagregación territorial y sociodemográfica (lo que permite análisis detallados por sexo, edad y comunidad autónoma), naturaleza empírica y técnica del dato (basado en resoluciones oficiales y no en autodeclaraciones), ampliación de usos más allá del ámbito administrativo (incluyendo estudios realizados por el IMSERSO, observatorios especializados, comunidades autónomas y equipos de investigación académica), contribución directa a la visibilidad estadística de las personas con discapacidad reconocida, y apoyo a planes, leyes y estrategias públicas.

El informe evidencia que la BDVD posee un alto potencial como fuente estadística de referencia para el estudio de la discapacidad en España, pero requiere mejoras técnicas, organizativas y de gobernanza. Su consolidación definitiva como herramienta pública de conocimiento exige una estrategia institucional clara que asegure su calidad, apertura, sostenibilidad y utilidad para las políticas públicas y la investigación.

Ahora bien, para las personas con problemas de salud mental su **propio entorno es esencial y puede dificultar enormemente su desempeño en el día a día**. Por ello, además de la consideración de las barreras físicas como aspecto esencial en la valoración del grado de discapacidad de las personas, es importante que se ponga el foco en desarrollar el hábito de identificar, señalar y paliar las numerosas barreras intangibles e invisibles que las personas con problemas de salud mental deben salvar en su desempeño. En este sentido, tan importante es la valoración de las barreras como la ausencia de elementos facilitadores que ayuden a reducir la dificultad de la persona en desempeñar sus actividades de la vida diaria y dificulten o impidan la participación social de estas personas.

2.2. Recomendaciones

1. Introducir mejoras en relación con las variables y estructura de datos, actualizando la base con campos del nuevo baremo, incorporando variables de valor analítico añadido y habilitando identificadores que permitan análisis longitudinales.
2. Editar indicadores e interpretación analítica: prevalencia, intensidad o perfil funcional, fomentar estudios comparativos con otras fuentes y documentar de forma explícita las limitaciones metodológicas.
3. Incrementar la calidad y uso del microdato, estandarizando el proceso de depuración, asegurando formatos interoperables y accesibles (como CSV con codificación UTF-8), y estableciendo mecanismos estables de coordinación con las CCAA.
4. Facilitar la difusión y acceso público, sustituyendo los informes PDF por una herramienta web interactiva, asegurando el equilibrio de género y territorial en los datos publicados, y fomentando su uso académico mediante convocatorias de investigación.

5. Incluir la BDVD en el Programa Estadístico Anual del INE y dotarla de recursos estructurales estables para su gestión y mejora continua.
6. En materia de codificación de diagnóstico, hay que tener en cuenta que la variable de diagnóstico recoge la causa clínica directa de la denominada «deficiencia» que produce la limitación funcional. Se registra un máximo de seis diagnósticos por persona, que se codifican mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), principalmente en su 10.ª edición (1998), aunque algunos registros más antiguos pueden contener códigos de la 9.ª edición (1977). Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA consideramos que esto, en sí mismo, supone un acotamiento *ex ante* basado en criterios restrictivos que no encajan con un enfoque de derechos humanos, que propugna una visión integral y singular de la persona.
7. Entre las variables y estructura de datos a considerar, ponemos de relieve la importancia de tener presente la variable específica de género, para poder realizar cualquier tipo de análisis de los datos y/o diseño de posibles programas de intervención. Se podrían añadir campos relacionados con la siguiente información:
 - Cargas familiares y rol de persona cuidadora.
 - Dependencia emocional y económica con la familia.
 - Accesibilidad a los recursos socio-sanitarios y de empleo.
8. En materia de indicadores y explotación analítica, además de la batería mínima de indicadores derivados de la BDVD, se habrían de contemplar las actividades de la vida diaria (AVD), se habrán de incorporar aspectos relativos a las Actividades instrumentales (AIVD) y Actividades avanzadas de vida diaria (AAVD). Es decir, a fin de contar con una fotografía integral de la situación de las personas con discapacidad, se trata de tener en cuenta aquellas actividades, de mayor complejidad que las básicas, y que no son tan elementales para la vida, pero son necesarias para vivir de forma independiente, incluyendo tanto tareas domésticas como movilidad fuera del hogar e interacción con el entorno (AIVD). Asimismo, se requiere incorporar las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) —conocidas también como áreas de ocupación— que engloban a todas aquellas tareas y rutinas típicas que se realizan diariamente, permitiendo vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad y cumpliendo así la persona su rol dentro de ella. Incluyen, entre otras, la interacción comunicativa y el acceso a la información: tienen como objetivo propiciar la Participación Social tanto a través de la Actividad Laboral y Educativa, el disfrute de Ocio y Tiempo libre, así como otras Actividades de desarrollo y crecimiento personal».

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. GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España

El **estudio GEA**,² impulsado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, tiene un doble objetivo. El primero, conocer mejor las condiciones de vida de las mujeres y niñas con problemas de salud mental para mejorar su calidad de vida, señalando las vulneraciones de derechos y su capacidad de autonomía. El segundo objetivo, conocer las situaciones que resultan en una falta de igualdad efectiva de derechos y oportunidades en los distintos ámbitos de participación social, política y económica de este sector de la población en España.

Este completo estudio incorpora la voz de las mujeres con experiencia propia, sus familias, profesionales que trabajan con ellas, representantes institucionales, expertas del mundo académico y decisoras políticas, a través de una encuesta realizada a 1.405 personas, entrevistas y grupos focales. Se han utilizado técnicas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de la exploración teórica y datos existentes previos.

En la presentación de este trabajo, Esperanza Rubio Peláez, directora técnica de Investigación y Proyectos de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, explicó que el estudio perseguía «identificar nuevas **perspectivas en salud mental** de niñas, mujeres y adolescentes a través

2. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (diciembre de 2025). *GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España*, Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-gea-mujeres-salud-mental/>

Noticia de la presentación: <https://consaludmental.org/sala-prensa/estudio-gea-violencia-mujeres-salud-mental-espana/>

de un análisis detallado y centrado en las vivencias; desde un enfoque de derechos y con perspectiva de género, y que tuviera en cuenta en todas las fases la interseccionalidad para detectar vulneraciones y discriminaciones».

El documento refleja la existencia de una clara **vulneración en cuanto al nivel de aplicación de los derechos sociales en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental** (el derecho a la dignidad, el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, la vivienda digna...). En este sentido, la investigación denuncia que la sociedad y los servicios públicos a menudo transforman sus necesidades en patologías o diagnósticos psiquiátricos, ejerciendo **violencia estructural** sobre sus vidas. De hecho, en el curso de la presentación del estudio, Belén González Callado, comisionada de Salud Mental en el Ministerio de Sanidad, denunció que uno de los «pecados» que se ha producido es la tendencia a la imposición de diagnósticos desde una perspectiva patriarcal, «que en muchos casos han invisibilizado casos de violencia». González explicó que la mayoría de las mujeres con problemas de salud mental graves han tenido historias de violencia y agresiones sexuales en la infancia que «seríamos incapaces de asimilar. Se medicaliza el relato». En esta misma línea, Gemma Altell Albajes, una de las consultoras de la empresa G360, encargada de elaborar el estudio, ha destacado el «nivel muy alto de correlación entre las violencias desde el inicio de la vida y cómo se van encadenando con los malestares de salud mental e incluso con algunos problemas de salud mental graves. Es muy difícil hablar de vida sin violencia en mujeres con problemas de salud mental. Esta correlación se da siempre».

Además, la **feminización de la pobreza** se identifica como una barrera persistente que afecta a su autonomía y calidad de vida. El 84% de las mujeres con problemas de salud mental se ha mudado en los últimos años por no poder pagar el alquiler o la hipoteca, y se observan mayores dificultades de acceso al mercado laboral, por una falta de derivación a servicios sociolaborales de formación y capacitación para las mujeres y niñas, debido al diseño androcéntrico de los servicios, a la distribución desigual de tareas por razón de género y a las dificultades de conciliación. También se relatan distintas violencias machistas ejercidas contra ellas: el 40% de las mujeres con problemas de salud mental ha vivido violencia física o psicológica por parte de su círculo cercano (amistades, familiares), el 35% por parte de parejas o exparejas y el 19% por parte de personas desconocidas.

En esta misma presentación, Elena Briongos Rica, presidenta de la Federación Salud Mental Castilla y León y secretaria de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, ha destacado la vulneración de derechos para acceder a la vivienda, a un empleo, o para tener autonomía. Ha denunciado «la estigmatización, la invalidación de nuestras maternidades y una infantilización en numerosos contextos, entre ellos, el sanitario, donde no se nos da toda la información sobre la patología, los tratamientos, etc. Necesitamos un cambio y una mirada distinta de los profesionales y que esa mirada se traslade también a las instituciones locales y autonómicas».

También destaca el informe que el **derecho a la salud** se ve afectado por múltiples formas de vulneración (del derecho a la información, a la toma de decisiones autónoma, a ser atendida adecuadamente, etc.). De hecho, los discursos y las vivencias de las mujeres se cuestionan frecuentemente, lo que propicia, incluso, diagnósticos erróneos o falta de tratamiento en otros tipos de problemas de salud. En este sentido, el 91% de las y los profesionales ha observado actitudes paternalistas hacia las mujeres con problemas de salud mental.

Así, el documento advierte que, entre las principales preocupaciones de las mujeres, se encuentran las **violencias institucionales**, la **invalidación de la maternidad**, la **invisibilización de su sexualidad**, la **limitación de su autonomía económica** y la **dificultad para mantener relaciones afectivas y cuidados seguros**.

Al respecto, Rosa Bayarri Román, presidenta de la Federació Salut Mental Comunitat Valenciana y tesorera de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, apeló en la presentación del estudio a «poner foco en las historias de vida de las mujeres. La banalización de otros aspectos de salud, que acaban aglutinados en el problema de salud mental, lleva a una sobremedicación». Para Bayarri, «los profesionales tienen el reto de no individualizar el problema de la mujer, sino de tener una mirada holística y global y ser conscientes de que no es un problema de esa mujer, sino un problema social».

La investigación revela, además, que el derecho al acceso a recursos de salud mental también está en cuestión, pues el 35% de las mujeres que no acuden a consulta es por no poder permitírselo económicamente. De las que acuden a terapia, el 46% dice acudir a la privada porque, en la pública, no se resolvió el problema. En paralelo, se revelan obstáculos para la accesibilidad en zonas rurales y para mujeres LGTBIQ+, con otras discapacidades y/o migrantes.

El estudio denuncia también un **sistema de atención pública saturado**, con escasez de recursos especializados y un enfoque predominantemente farmacológico que no contempla el acompañamiento psicoterapéutico continuado. Los programas existentes reflejan sesgos de género y fragmentan la intervención, dificultando la coordinación y la respuesta integral a las necesidades de las mujeres. El 85% de las y los profesionales considera que los servicios existentes no dan respuesta a todas las necesidades de niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental. El 67% de las mujeres encuestadas dice no haber recibido información suficiente acerca de los efectos secundarios de su tratamiento y el 65% no fue informada sobre tratamientos alternativos.

Este contexto, sumado al **estigma de la salud mental**, que según la mayoría de las y los profesionales (el 75%) tiene un **sesgo de género** que afecta más a mujeres, niñas y adolescentes, genera numerosas vulneraciones de derechos. Entre profesionales, el 74% ha identificado medicaciones inadecuadas y/o excesivas, el 31% ingresos y tratamientos involuntarios injustificados; y el 26% ha observado malos tratos por parte de los equipos profesionales. Esta percepción tiene correlación con las vivencias de las mujeres: el 41% lleva más de 6 años sin revisión en sus pautas de medicación, el 21% ha sido ingresada alguna vez (de ellas, el 37% de forma involuntaria), mientras que el 51% ha sufrido malos tratos durante el ingreso.

Para dar explicación a todas estas vulneraciones recogidas en el estudio, Mercé Martí Baliarda, consultora social y de género de G360, ha expuesto dos hechos que legitiman que puedan existir estas prácticas. Por un lado, «nuestro sistema está diseñado desde la mirada de los sujetos más visibles, que son los hombres, y en concreto un grupo determinado de hombres. Esto deja fuera las necesidades de otros muchos grupos. Por otro lado, el sistema se nutre de un conocimiento científico supuestamente neutro. Pero esta neutralidad invisibiliza otras realidades y excluye la realidad de la mitad de la población. En este contexto, el sistema permite unos mecanismos que legitiman esa violencia, y que muchas veces no la identifica como tal, sino como una práctica común y necesaria».

El estudio propone un **cambio de paradigma** en la atención a mujeres con problemas de salud mental, que integre una perspectiva de género e interseccional y considere la vida de las mujeres en su contexto social, histórico y biográfico. Esto implica trabajar en red entre servicios con un enfoque integrador de atención a violencias y salud mental, garantizar la participación activa de las mujeres en los procesos de atención y ofrecer atención específica a quienes enfrentan situaciones de vulnerabilidad múltiple, como mujeres migrantes, rurales, jóvenes o mayores.

Además de **formación a profesionales**, la **inversión en atención sociosanitaria** y la **coordinación de servicios y recursos**, el estudio GEA concluye que es necesario diseñar un modelo de atención a servicios de todas las esferas de la vida cotidiana (educación, servicios jurídicos, ámbito sociosanitario, cultural, etc.), que atienda a mujeres y niñas con problemas de salud mental en clave de género, que sirva de marco para la intervención en los distintos recursos y servicios del Estado, transformando las desigualdades estructurales.

SALUD MENTAL ESPAÑA subraya que la adopción de un **enfoque integral** no solo busca garantizar derechos y autonomía, y erradicar las violencias, sino también transformar un sistema que, hasta ahora, ha invisibilizado las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental, proponiendo de este modo un modelo de atención más inclusivo y alineado con los derechos humanos.

3.1.2. Estereotipos machistas impactan sobre el bienestar de las mujeres mayores

Con motivo del Día Internacional de la Mujer, celebrado el 8 de marzo, la Confederación lanzó en 2025 una nueva edición de la campaña **#SaludMentalFeminista**,³ esta vez, enfocada en concienciar sobre el impacto negativo que tienen el edadismo y los estereotipos machistas sobre el bienestar y salud mental de las mujeres, especialmente en las mayores.

La iniciativa, que contó con la financiación del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, desmonta algunos de los principales **estereotipos en torno al envejecimiento de las mujeres, que dañan su salud mental**.

A lo largo de sus vidas, las mujeres reciben infinidad de mandatos de género y se convierten en el blanco perfecto de estereotipos y prejuicios sobre su aspecto físico, capacidad laboral, maternidad, sexualidad, autonomía personal y económica, salud, inteligencia, o el rol de cuidados que se espera que desempeñen, entre otros.

3. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (08/03/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA pone el edadismo en portada y denuncia el daño que genera en la salud mental de las mujeres», *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*. <https://consaludmental.org/sala-prensa/edadismo-portada-denuncia-dano-mujeres/>

En base a estos estereotipos, a las mujeres mayores se las presupone menos inteligentes, incapaces de tomar decisiones propias, se las excluye del espacio público y se infravaloran sus aprendizajes vitales, en mayor medida que a los hombres mayores.

Estas ideas, sin base científica alguna, **se transforman en discriminación** y contribuyen a explicar que ellas: reciban peores salarios y tengan mayor riesgo de pobreza durante su vida y al llegar su jubilación; sean invisibilizadas cuando termina su edad reproductiva; tengan menor representación y participación en el espacio público; o que carguen con la mayor parte del trabajo de cuidados.

Apoyándose en el humor, la **campaña #SaludMentalFeminista** se compone de **ocho vídeos que parodian portadas de varias revistas inventadas**: «Irrelevante», «Torpe», «Sola», «Vieja», «Cocina ahora», «Locuras», «Mujer todoterreno» y «Abuelas de hoy». En ellas, se exponen titulares con mensajes estigmatizantes, que son desmontados, a continuación, por varias mujeres de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA, cuyo papel en la elección de la temática y el desarrollo de la campaña fue clave.

Así, por ejemplo, frente a **«se te va a pasar el arroz»**, se reivindica que la maternidad es uno más de los posibles proyectos de vida. Ante el ataque **«vieja loca»**, utilizado a veces para difamar y quitar autoridad a la mujer mayor, se matiza que *no es vejez, ni locura es salirse de la norma*. Para desmontar el titular **«explícalo para que lo entienda tu abuela»**, se pone en valor que la edad aporta años y experiencia, pero no quita inteligencia. Otros ataques que se dirigen comúnmente a mujeres mayores, **«se le está yendo la cabeza»** o **«estás chocheando»**, se identifican con el rechazo a su autonomía y empoderamiento, y tratan de desacreditarlas por su edad, sin tener en cuenta que la experiencia enriquece. En el campo de la salud mental, se responde a la suposición **«¿Cómo vas a estar deprimida si tienes a tus nietos?»**, argumentando que un problema de salud mental es complejo y las personas no eligen tenerlo.





Las ocho mujeres de la Red Estatal de Mujeres que se han prestado a poner voz y rostro a las piezas audiovisuales de la campaña son: María Ángeles Ramos Cadenas, de la Asociación AVANCE; Cristina Parrado Gracia, de ASANES Salud Mental Sevilla; María Isabel García Peña; de la Federación Salud Mental Euskadi; Adela Montañó Candelario, de FEFES Extremadura; Sherezade Villarejo García, de la Federación Salud Mental Castilla-La Mancha; y Rakel de La Rosa Delgado, Mariola Rodríguez Rodríguez y Ana Isabel Barreto Pérez, integrantes de la Red Regional de Mujeres de Federación Salud Mental Canarias.

Todas las piezas audiovisuales exponen al final el eslogan de campaña: «*El edadismo existe. Los estereotipos machistas sobre las mujeres mayores impactan en su salud mental*».

Es importante destacar también que el envejecimiento de las mujeres mayores es uno de los fenómenos naturales que menor aceptación genera a nivel social. Las canas lucen interesantes en ellos, pero han de ocultarse en ellas; los hombres *maduran* y las mujeres *se deterioran*. El **rol de cuidadora no termina al llegar la jubilación**, cuando muchas de ellas se ven abocadas seguir cuidando de sus nietos y nietas, madres y padres, parejas... El **aspecto físico de las mujeres mayores se juzga de manera distinta al de los hombres mayores** y, en muchas partes del mundo, si se convierten en viudas son discriminadas o sufren un ostracismo social.

En lo que a la representación en los medios se refiere, a las mujeres «se las caracteriza en papeles secundarios, en los que su sexualidad ha sido anulada, su valor social depende de su capacidad como cuidadora o abuela, y se ignoran sus necesidades, inquietudes y sus proyectos vitales. En el ámbito de la atención a la salud, expresa la OMS, «se han documentado disparidades en cuanto al acceso que tienen las mujeres mayores a la atención preventiva y el tratamiento». Las diferencias se acentúan en mujeres con un problema de salud mental. Algunas de ellas

relatan no ser creídas en consulta, no haber sido sometidas a pruebas médicas necesarias para dolencias independientes de su situación psicosocial, constituyendo todo ello vulneraciones de sus derechos.

Por tanto, se da una doble amenaza «en la que las normas patriarcales y un interés por la juventud tienen como consecuencia un deterioro más rápido de la situación para las mujeres mayores en comparación con la de los hombres», alerta la OMS en su Informe Mundial de Edadismo (2021). Según el Informe, a menudo, el edadismo se entrecruza e interactúa con otras formas de creación y uso de estereotipos, prejuicios y discriminación, entre ellas el capacitismo, el sexismo y el racismo. De este modo, las mujeres mayores se ven más afectadas por la discriminación combinada de sexismo y edadismo, que los hombres jóvenes y mayores, y que las mujeres jóvenes.

En el caso de tener un problema de salud mental, la mujer queda atravesada por **múltiples discriminaciones**, que se complejizan más aún si también tiene otro tipo de discapacidad añadida a la psicosocial, pertenece al colectivo LGTBIQ+, es migrante o racializada, etc.

Por todo ello, SALUD MENTAL ESPAÑA reivindica que la realidad, las problemáticas, necesidades y perspectivas de las mujeres mayores sean contempladas, de manera transversal, en todas las **políticas públicas** que se desarrollen a nivel estatal, autonómico y local. Y con mayor énfasis, en las que atañen a la atención a la salud mental, una meta que requiere formar en género a los equipos profesionales que trabajan en el sistema sociosanitario, así como desarrollar espacios y recursos específicos para mujeres mayores con problemas de salud mental.

Además, la Confederación apela a un **cambio de mentalidad** en la sociedad que se oriente a valorar la experiencia y los conocimientos que pueden aportar las personas mayores, en lugar de socavar su autoestima y salud mental a base de estereotipos, prejuicios y discriminaciones.

Por último, desde la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA y el Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA, se ha elaborado un texto de apoyo a la campaña, bajo el título **«8M, homenaje a las maestras de la edad»**, en el que se denuncia la discriminación que sufren las mujeres mayores por el hecho de serlo y se reclama a la sociedad que esto cambie. El artículo completo puede leerse en la web de Diversamente, a través del enlace: <https://diversamente.es/8m-homenaje-maestras-edad/>.

La Fundación CERMI Mujeres (FCM) celebra que las estadísticas judiciales de seguimiento de violencia de género y violencia sexual tengan que contar con el indicador de discapacidad en las víctimas, lo que contribuirá a hacer un mejor seguimiento del impacto de esta lacra en las mujeres y niñas con discapacidad.

Así lo establece la reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial (LOPJ) que lleva a cabo la Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia.

En efecto, la Ley Orgánica 1/2025 modifica el artículo 89 de la LOPJ, en el que se encomienda al Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial

la elaboración anual de «un informe sobre los datos relativos a violencia de género y violencia sexual».

Esta información del Observatorio «deberá poder desagregarse con un indicador de discapacidad de las víctimas» e igualmente «permitirá establecer un registro estadístico de las menores víctimas de violencia de género, que permita también la desagregación con indicador de discapacidad».

El Legislador precisa y amplía la necesidad de que la variable de discapacidad figure en todas las estadísticas judiciales sobre violencia de género y sexual, acogiendo así una propuesta que formaba parte de las demandas de la Fundación CERMI Mujeres a los poderes públicos y que se planteó a los grupos parlamentarios durante la tramitación de la Ley Orgánica 1/2025.

3.1.3. Datos del servicio de asesoría jurídica

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. Para la Confederación es, además, una manera de favorecer la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que, como integrante de la sociedad civil, se ha comprometido a cumplir.

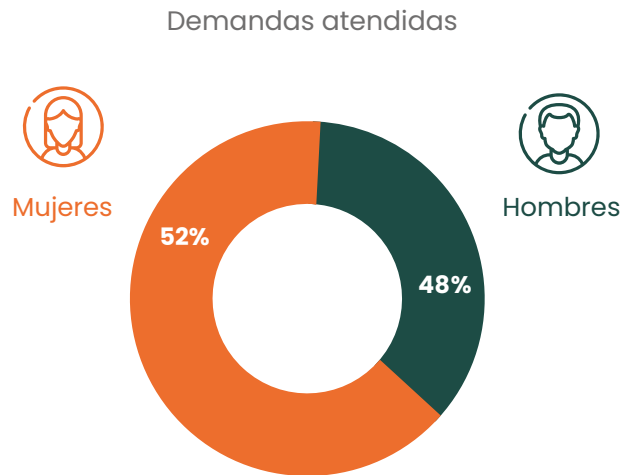
Como parte de este compromiso con la igualdad y a fin de identificar las desigualdades reales y potenciales entre mujeres y hombres, se proporcionan los datos del servicio de asesoría jurídica de SALUD MENTAL ESPAÑA, desagregados por sexo, utilizando tres indicadores básicos:

Porcentaje de demandas atendidas.

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

Porcentaje de demandas atendidas

Del total de demandas atendidas durante el año 2025, un 52 % fueron efectuadas por mujeres y un 48 % por hombres.

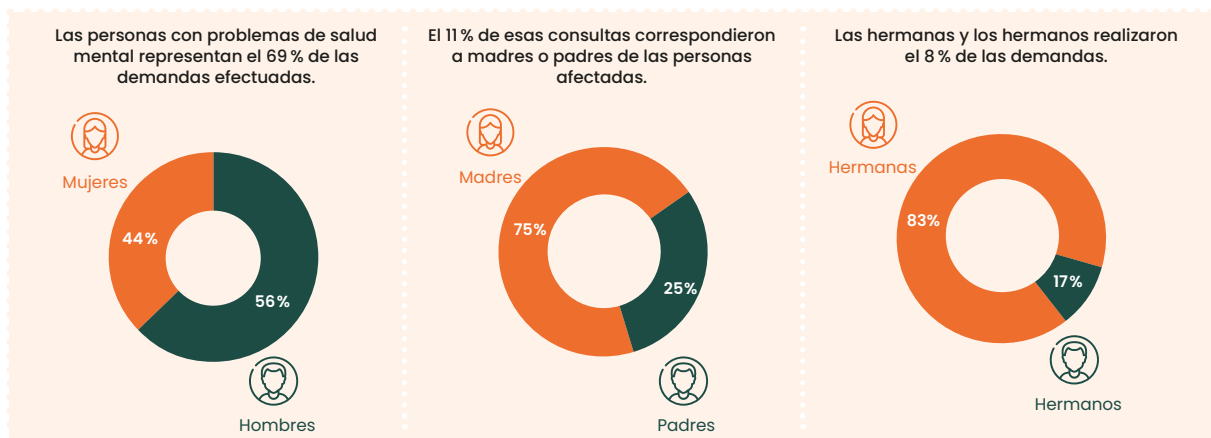


Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

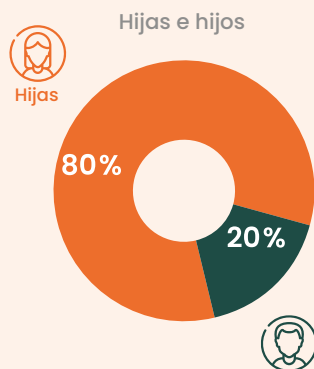
Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

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:

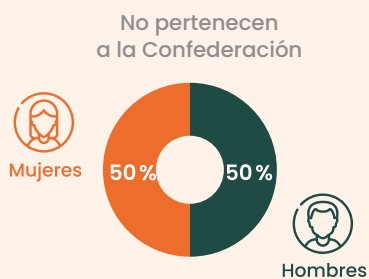
- Se trata de una persona con problemas de salud mental.
- Se trata de una persona vinculada afectivamente a otra con problemas de salud mental, por lazos de familia o de otro tipo (padre o madre, hijas/os, hermanas/os, cónyuge o pareja, etc.) Entre las consultas efectuadas, los porcentajes según su perfil son los siguientes:



Un 5% de quienes han accedido al servicio son hijos e hijas. Apenas un 1% han sido cónyuges o parejas y en 2025 no ha habido ninguna demanda por parte de los sobrinos y las sobrinas.



El 2% de las demandas han sido efectuadas por técnicas y técnicos no pertenecientes a ninguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Las técnicas y los técnicos pertenecientes a alguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA constituyen el 2% del total de demandas.



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

El 2% de las demandas restantes no pertenecen a ninguna de las categorías objeto de análisis y el 100% de ellas fueron efectuadas por hombres, el 0% mujeres

Modo de acceso al servicio

Durante el año 2025, 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.



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

3.2. Buenas prácticas

3.2.1. Proyecto «Únicas»

El proyecto «Únicas»,⁴ una iniciativa desarrollada por la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Región de Murcia, en colaboración con Cermi Región de Murcia, ha sido distinguida como «mejor acción autonómica», al considerar este proyecto un referente en igualdad y ejemplo de buenas prácticas. Destaca también como modelo a seguir de cooperación entre la administración y las entidades de este ámbito, por sus resultados reflejados en avances reales.

Es un reconocimiento a una iniciativa ya consolidada con efectos transformadores que ha permitido avanzar en la inclusión y la participación social de las mujeres con discapacidad en comunidad murciana.

El propósito siempre ha sido llegar a todas las mujeres con discapacidad, elevar su voz, dotarles de las herramientas necesarias para defender sus derechos y eliminar así cualquier barrera. Esta iniciativa ha permitido, hasta ahora, apoyar a más de 1.200 mujeres con discapacidad para superar sus retos personales y profesionales.

la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Región de Murcia creó el proyecto «Únicas» en 2022, impulsado en colaboración con la Comisión de Mujeres e Igualdad de CERMI Región de Murcia. El objetivo era visibilizar y empoderar a las mujeres con discapacidad. Desde entonces, este proyecto se ha reforzado y redimensionado, contando con esa alianza entre Gobierno regional y el CERMI, que ha permitido ampliar los talleres ofrecidos a partir de esta iniciativa para dar voz a las mujeres con discapacidad.

Desde que se puso en marcha el proyecto «Únicas», que va por su quinta edición, ya se han desarrollado más de 40 talleres en diferentes municipios, con numerosas actividades formativas y sesiones sobre autoestima. En estos, se ha incluido formación en competencias tecnológicas a fin de reducir la brecha digital, convirtiéndose en una palanca de cambio para ampliar la participación social de estas mujeres.

En 2025, bajo el lema «Seguimos caminando juntas», los talleres se han extendido al medio rural, para que esa inclusión llegue a toda la Región de Murcia.

4. CARM (15/12/2025). «El proyecto regional «Únicas» recibe el premio a la mejor acción autonómica para la inclusión de las mujeres con discapacidad», CARM.
Fundación CERMI Mujeres (16/09/2025). «Fallo de los Premios cermi.es 2025», *Fundación CERMI Mujeres*.
<https://fundacioncermimujeres.es/entries/fallo-de-los-premios-cermi-es-2025>

3.3. Recomendaciones

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante empezar por seguir las recomendaciones que se detallan al final del estudio GEA, a fin de lograr los cambios estructurales que se precisan para prevenir vulneraciones y situaciones como las expuestas anteriormente. En la investigación se describen de manera pormenorizada las recomendaciones y estrategias, dirigidas a los distintos agentes, estructuradas en tres niveles de actuación:

- **a.** La práctica profesional.
- **b.** Los servicios.
- **c.** Las políticas nacionales, autonómicas y/o locales.

También se efectúan propuestas para la incidencia política, imprescindible para revertir las desigualdades de género y la vulneración de los derechos de las mujeres con problemas de salud mental en el Estado español. Esto se califica como un tema urgente que requiere un enfoque integral.

A nivel general, se requiere:

- 1. Cambio de paradigma.** Para comprender un problema de salud mental, es urgente incorporar un enfoque de atención en salud mental integral que tenga en cuenta el contexto social, histórico y biográfico de la persona, además del abordaje individualizado del sufrimiento. Hasta el momento, el paradigma de la atención a la salud mental ha adoptado esta estrategia de fragmentar y compartimentar las experiencias vitales y atender cada uno de los ejes que atraviesan las personas separadamente (la salud mental por una vía, la salud física por otra, etc.). Sin embargo, la experiencia de las mujeres con un problema de salud mental puede estar atravesada por una multiplicidad de estructuras de opresión, tales como la precarización laboral, las violencias machistas o el estatus migratorio, entre otras. De esta forma, desde un enfoque sistémico, la calidad de las relaciones con el círculo social, las condiciones y el entorno laboral y su impacto en el bienestar y la satisfacción vital resultan trascendentales para la implementación de intervenciones exitosas.
- 2. Perspectiva de género interseccional.** Es decir, tener en cuenta la complejidad descrita. No se trata de un enfoque que tenga en cuenta a las mujeres únicamente, sino la diversidad de personas y trayectorias vitales. Esta mirada será la que garantice los derechos de las mujeres y de todas las personas con problemas de salud mental. Así, se propone una atención que entienda la vida como un todo, teniendo en cuenta las experiencias propias en el marco comunitario, social y estructural, para dar sentido a los malestares de una manera contextualizada. Dicho de otra forma, se propone abordar la salud mental de manera integral con una perspectiva que no fragmente las experiencias de las personas.

3. **Políticas públicas—a nivel estatal, autonómico y local—** que contemplen las problemáticas, necesidades y perspectivas de las mujeres mayores, de manera transversal y con especial incidencia en su salud mental.
4. **Trabajo en red de los servicios públicos, privados y comunitarios.** Sin esta forma de actuación, no se podrán materializar los enfoques anteriores. Tanto los servicios y recursos de salud (mental o general), los educativos y ocupacionales, los judiciales y de seguridad, los de atención a las mujeres y los sociales y culturales, así como las asociaciones civiles, deben construir un entramado de relaciones que permitan comprender el contexto de cada una de las mujeres a las que se dirige la atención.

4. Derechos de niños, niñas y jóvenes

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.

Artículo 1. Convención sobre los Derechos del Niño

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

4.1. Aspectos a tener en cuenta

4.1.1. Salud mental y bienestar de la población joven

Según el **Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2025**,⁵ realizado por FAD Juventud con la colaboración de Fundación Mutua Madrileña, la salud y el bienestar juveniles experimentan una mejora tras años de deterioro. La continuidad bienal del estudio, elaborado desde 2017, permite analizar la evolución del bienestar juvenil durante casi una década, identificando tendencias, mejoras y retrocesos.

Una de las principales conclusiones a las que llega el estudio es **la recuperación general en la valoración que los y las jóvenes hacen de su estado físico y mental**. Así, destaca que el **65% de jóvenes valora su salud como buena o muy buena**, un dato reseñable tras el desplome que se había producido en 2021, tras la pandemia. Así, este documento revela que la percepción de salud juvenil recupera parte del terreno perdido, **aunque aún se encuentra por debajo de los niveles previos a la pandemia**.

5. Gómez Miguel, A., Sanmartín Ortí, A. y Kuric Kardelis, S. (2025). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2025*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15574590>
INFOCOP (28 de noviembre de 2025). «Más de la mitad de la juventud declara problemas de salud mental en el último año, según el Barómetro FAD 2025». <https://www.infocop.es/mas-de-la-mitad-de-la-juventud-declara-problemas-de-salud-mental-en-el-ultimo-ano-segun-el-barometro-2025/>

Si bien el Barómetro destaca esta leve mejoría, también detecta una serie de sombras en el horizonte de esta etapa de la vida, de modo que la salud mental de este sector de la población continúa siendo uno de los grandes desafíos:

- **Más de la mitad (54,7%) de jóvenes afirma haber tenido algún problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental en el último año**, una cifra inferior a la de 2021 y 2023, pero aún muy superior a la de 2017. Además, señala que el **42,8% ha recibido algún diagnóstico profesional** en algún momento de su vida, principalmente de **ansiedad, pánico o fobias (17,9%), o depresión (15,7%)**.

Las **diferencias de género** son significativas. Las mujeres superan en más del doble a los hombres en ansiedad (24,6% ellas, 11,5% ellos) y trastornos de la alimentación (8,4% ellas, 3,4% ellos), y presentan cifras superiores en depresión (17,8% frente al 13,7%). En cambio, los hombres presentan mayor prevalencia en TDAH (11,3% ellos, 7% ellas).

- La **soledad no deseada** emerge como una de las principales fuentes de malestar emocional. **Entre 2023 y 2025, la proporción de jóvenes que afirma haberla sentido pasa del 81,6% al 87,5%**, lo que confirma una tendencia creciente pese a la mejora general del bienestar físico y mental. **Nueve de cada diez jóvenes han experimentado soledad no deseada en el último año y más de una cuarta parte (26,5%) de manera frecuente**.
- Aunque la mayoría dice contar con redes de apoyo suficientes (79,7%), solo dos de cada tres (67%) las utilizan cuando se enfrentan a un problema. Las mujeres tienden a compartir su malestar más que los hombres, pero también declaran sentirse más juzgadas.
- Aunque el descenso de la ideación suicida es significativo, las cifras siguen siendo preocupantes, especialmente entre las personas más jóvenes. En 2025, un **43% de jóvenes afirma haber tenido pensamientos suicidas** alguna vez –frente al 48,9% de 2023–, y un 7,6% los ha experimentado con frecuencia.
- El Barómetro diferencia por primera vez entre ideas suicidas y prácticas autolesivas no suicidas, ambas vinculadas a un malestar emocional intenso. **Más de un tercio de los y las jóvenes (34,7%) declara haberse autolesionado alguna vez**, y un 6,8% lo hace con frecuencia o de manera continua. Las mujeres son más proclives a haberse autolesionado alguna vez, aunque entre quienes lo hacen con frecuencia, los hombres presentan porcentajes ligeramente superiores (18,3% frente a 14,6%).
- Aunque el Barómetro no detalla en esta edición categorías diagnósticas de adicción, sí recoge **prácticas de riesgo**: dormir poco (41,8%) y comer mal (34,3%) son los comportamientos de riesgo más extendidos; el 22,3% de los y las jóvenes fuma con frecuencia; el 14% se emborracha con frecuencia; el 9,4% consume cannabis de forma frecuente; el 6,6% consume «drogas duras» con frecuencia; el 16,4% tiene relaciones sexuales de riesgo; y el 5% participa en peleas con frecuencia. Los hombres presentan mayores niveles de consumo y exposición al riesgo, excepto en los comportamientos vinculados al autocuidado (dormir poco, comer mal), donde las mujeres presentan cifras superiores.
- En cuanto a los **apoyos ante los problemas de salud mental** –familia, amistades, profesionales, etc.–, el Barómetro destaca que entre los y las jóvenes que experimentaron problemas de salud mental, el 22,6% no habla con nadie de ello. El resto lo comparte principalmente con la familia (31,9%), amistades (27,6%), profesionales de la salud (27,3%) y profesorado (7,3%).

En esta materia, la cuestión del género nuevamente es relevante, ya que el documento revela que los hombres comparten sus problemas menos que las mujeres, y los y las adolescentes son quienes menos buscan apoyo en cualquier entorno. Los motivos más citados entre quienes no piden ayuda son: resolverlo por su cuenta (33,4%); vergüenza (27,2%); no querer contarlo a nadie (25,8%); miedo al juicio o exclusión (mucho más frecuente en mujeres).

- En cuanto a la **ayuda profesional**, el Barómetro muestra que **la mayoría no la ha buscado** (72,7%). Entre quienes sí lo hicieron el **recurso más frecuente es acudir a profesionales de la psicología** (17,6%), seguido de profesionales de la psiquiatría (el 11,2%).

Entre quienes han recibido atención, el **49% ha acudido a consulta psicológica privada**; el **30,5% a psiquiatría pública**; el **26,8% a psicología pública** y el **23,5% a atención primaria**. El **motivo más mencionado para no buscar ayuda profesional es el coste económico** (31,3%); entre las mujeres, este motivo es señalado por el 41,8%. Otras razones mencionadas son: la percepción de «no ser tan grave» (24,3%); el intento de resolverlo por la propia persona (22,4%) y la vergüenza (18,7%).

- La **dimensión emocional del bienestar se ve claramente atravesada por la percepción del cuerpo, la imagen y las ideas de belleza**: el **35,9%** se preocupa mucho o bastante por lo que otras personas piensen de su aspecto. Esta preocupación es intensamente mayor en mujeres (44,7%) que en hombres (27,5%).

La **inseguridad corporal** también se relaciona con prácticas de riesgo alimentario y con síntomas como tristeza, ansiedad o desesperanza. Además, un porcentaje notable ha realizado dietas por motivos estéticos, de autoestima o para «verse mejor», y los trastornos de la alimentación afectan con más prevalencia a las mujeres.

- Otro aspecto que afecta a la salud mental y al bienestar de la población joven es la exposición a la **violencia física, violencia sexual y acoso**. Según este estudio, la exposición directa a violencia no es habitual entre las personas jóvenes: 7 de cada 10 jóvenes no ha sufrido ni acoso sexual ni violencia física directa durante el último año. Aunque este documento sí revela que más de la mitad (55,3%) ha recibido insultos, amenazas o algún tipo de violencia verbal en mayor o menor medida. De hecho, el 10,8% afirma haber recibido violencia verbal con frecuencia en el último año.

Si nos centramos en la exposición frecuente a situaciones de violencia sufridas en función del **género**, el documento destaca que los jóvenes **varones sufren con mayor frecuencia la violencia verbal, así como la violencia física**. El 42,2% de los chicos dice recibir insultos o amenazas con frecuencia, frente al 35,3% de chicas, y el 20,9% dice que recibió violencia física con frecuencia en el último año, frente al 16,0% de chicas. Por su parte, las jóvenes sufren con mayor frecuencia situaciones de **acoso sexual**: el 20,3% de ellas dice sufrir acoso sexual con frecuencia, frente al 16,5% de chicos.

- Una parte significativa de la juventud declara **consumir medicación**, aunque la mayoría lo hace de forma esporádica. En este sentido, los datos revelan lo siguiente:
 - El consumo de **medicación con receta diaria** es mayor en mujeres (28,1%) que en hombres (19,5%).
 - Entre el 3% y el 5% consume medicamentos **sin prescripción** con alguna frecuencia.
 - El consumo de **psicofármacos** afecta al **26,4%**, mayoritariamente con prescripción (13,9%).
 - El grupo de edad de **20 a 24 años** es el que más psicofármacos consume (30,3%).
 - Además, un 17,4% declara sentir **necesidad de calmarse con alcohol o pastillas** con frecuencia.

4.1.2. El nuevo informe de la Fundación Mutua Madrileña y la Fundación ANAR concluye que el *ciberbullying* y el uso de la IA contribuyen al incremento del acoso escolar

El VII Informe de Acoso Escolar en Centros Educativos de la Fundación Mutua Madrileña y la Fundación ANAR,⁶ elaborado a partir de los datos analizados del curso 2024-25, ha contado con el testimonio de 8.781 estudiantes y 355 docentes. El documento concluye que el 12,3% del alumnado (una muestra de 8.781 menores) afirma que bien la propia persona, bien algún compañero o compañera está sufriendo acoso escolar (presencial, ciberbullying o ambos).

El informe también revela que en el último curso escolar han crecido los casos de *ciberbullying* y el uso de la inteligencia artificial (IA) para llevarlos a cabo. La IA ya se utiliza en el 14,2% de las situaciones de ciberacoso entre escolares, más por chicos (60%) que por chicas (40%).

La inteligencia artificial se utiliza principalmente para crear videos falsos a partir de la manipulación de la foto, video o audio de un compañero o compañera (54,8%) o para suplantar su identidad (32,2%). Las principales plataformas por las que se distribuyen estos contenidos entre las y los menores de edad son WhatsApp, Instagram, TikTok y videojuegos.

El estudio ha detectado que **«el acoso escolar, ya sea presencial o por medios digitales, tiene su mayor incidencia entre los 11 y los 12 años y se produce en un porcentaje muy similar entre chicos y chicas»**. En este sentido, la investigación advierte de que de los resultados obtenidos se desprende que **«el acoso escolar a través de redes sociales y el ámbito digital está incrementando la incidencia del bullying en España»**.

Con respecto a quienes acosan, el documento subraya que sigue manteniéndose la tendencia que apunta a una predominancia de los chicos sobre las chicas en este sentido. Entre los «motivos para meterse con la víctima» señala: «cosas que hace o dice (60,1%), el aspecto físico (54,9%) y el tener problemas personales (psicológicos, discapacidad, de lenguaje, etc.), para el 27,1%».

Finalmente, es de destacar que en materia de barreras que condicionan la intervención de los centros escolares en casos de acoso, se indican: la falta de recursos (88,9%), los problemas burocráticos (65,2%) y la falta de formación entre el profesorado (51,8%).

6. MM Grupo Mutua (18 septiembre 2025). «Crece el acoso escolar, impulsado por el ciberbullying y el uso de la IA para cometerlo», *MM Grupo Mutua*. <https://www.grupomutua.es/sala-de-prensa/actualidad/presentacion-informe-acoso-escolar-en-2025-elaborado-por-fundacion-mutua-y-fundacion-anar/>

4.2. Buenas prácticas

4.2.1. Plan Regional de Bienestar Emocional, Prevención del Acoso Escolar y Promoción de la Salud Mental en Educación de la Región de Murcia

El **Plan Regional de Bienestar Emocional, Prevención del Acoso Escolar y Promoción de la Salud Mental en Educación de la Región de Murcia**⁷ surge como respuesta al impacto que la pandemia y los cambios sociales han tenido en la salud emocional de la infancia y la adolescencia. Reconoce un aumento significativo de trastornos mentales en menores y destaca la influencia de factores sociales, económicos y culturales sobre el bienestar emocional. También subraya nuevos riesgos asociados al uso excesivo de tecnologías digitales, como adicciones comportamentales y ciberacoso.

El plan se apoya en marcos legislativos y estrategias nacionales y regionales que promueven la protección integral de menores, la prevención de la violencia, la mejora de la salud mental y la coordinación interinstitucional. Además, destaca el papel esencial de los centros educativos como entornos donde pueden promoverse habilidades emocionales, la convivencia positiva, la detección precoz de problemas y la intervención temprana.

Los **objetivos generales** del plan son los siguientes:

1. Prevenir, detectar, promover y proteger el bienestar emocional y la salud mental del alumnado y de la comunidad educativa.

Este objetivo busca crear entornos educativos seguros, positivos e inclusivos. Incluye actuaciones como programas de bienestar, formación del profesorado, autocuidado docente, coordinación con recursos comunitarios, implementación de protocolos de detección precoz y sensibilización sobre conductas suicidas, adictivas o asociadas al mal uso de las TIC.

2. Prevenir, detectar e intervenir ante el acoso escolar y el ciberacoso.

Se centra en mejorar el clima de convivencia, impulsar el buen trato, elaborar protocolos de actuación, crear indicadores de observación, ofrecer herramientas de prevención y realizar intervenciones rápidas y personalizadas cuando existe una situación de acoso o riesgo

7. Región de Murcia. Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo, y Dirección General de Atención a la Diversidad de la Región de Murcia (2025). *Plan Regional de bienestar emocional, prevención del acoso escolar y promoción de la salud mental en educación*, Región de Murcia Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo, y Dirección General de Atención a la Diversidad de la Región de Murcia. <https://inclusivarm.com/planes/plan-bienestar/>

digital. Entre las herramientas de prevención se encuentran talleres como los ofrecidos por ANAR, orientados, como ha señalado su director técnico, Benjamín Ballesteros, a evitar «la normalización de la violencia entre los más jóvenes, sobre todo aquella que tiene un carácter psicológico, como los insultos, moteos, burlas o el aislamiento, que frecuentemente pasa de forma desapercibida causando un gran daño a las víctimas, en muchas ocasiones invisibles incluso para el centro educativo».

3. Ofrecer una atención e intervención integrales ante alteraciones emocionales y conductuales.

Incluye sensibilización sobre problemas emocionales y de conducta, coordinación entre servicios educativos, sociales y sanitarios, apoyo especializado, continuidad educativa, detección temprana y atención específica para casos graves o crónicos, así como para situaciones relacionadas con suicidio, autolesión o adicciones con o sin sustancias.

Para lograr estos objetivos, el plan se organiza en **seis ejes de actuación** que incluyen:

- Promoción del bienestar emocional.
- Creación de entornos educativos seguros.
- Prevención del acoso y ciberacoso.
- Formación docente y buenas prácticas.
- Trabajo en red con sanidad y servicios sociales.
- Intervención educativa especializada.

Estos ejes contemplan medidas como programas educativos, guías de bienestar, protocolos actualizados, campañas de sensibilización, talleres para familias, creación de aplicaciones de alerta temprana, materiales para tutoría, indicadores de riesgo, micro formaciones, coordinación multisectorial y redes de intervención.

4.2.2. La Federación Salud Mental Andalucía aborda el hostigamiento escolar en un nuevo episodio del podcast «Mejor lo hablamos»

A través del podcast *Mejor lo hablamos*, la Federación Salud Mental Andalucía, entidad perteneciente al movimiento asociativo de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, ha abordado el grave problema del *bullying*, que repercute en el desarrollo emocional, cognitivo y social de niñas, niños y adolescentes, con un profundo impacto en su salud mental. En el último episodio del podcast la entidad se ha centrado en el *bullying* como fenómeno estructural, con impacto psicosocial significativo, y ha dado voz a quienes han atravesado estas experiencias. De este modo, la federación andaluza ha reforzado su compromiso con la salud mental y la protección de la infancia.

Lejos de ser una conducta aislada, el acoso escolar es algo que está presente, dentro y fuera del aula, y que debe ser atendido. Según la UNESCO, uno o una de cada tres adolescentes ha sufrido situaciones de hostigamiento; y, en España, el 12,3% del alumnado experimenta *bullying* o *ciberbullying* (es decir, acoso o intimidación a través de medios digitales), generando consecuencias emocionales, cognitivas y sociales, que pueden derivar en problemas de salud mental como ansiedad, depresión o incluso ideación suicida.

En este episodio, a cargo de la periodista Peña Monje, se da voz a personas que han sufrido este tipo de situaciones. Entre ellas, Ismael García ha compartido su historia en primera persona, poniendo en valor el acompañamiento terapéutico, la resiliencia, la reconstrucción del bienestar emocional y la ayuda del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA.

También se ha contado con la participación de Isa Pelayo, psicóloga social de [Salud Mental Almería Asociación El Timón](#), quien aporta herramientas profesionales de cara a la detección precoz de esta circunstancia, la intervención comunitaria, el fortalecimiento de los entornos educativos y la promoción de culturas seguras y empáticas.



Con este contenido, desde la Federación Salud Mental Andalucía, se subraya la **necesidad de convertir el acoso escolar en un asunto de salud pública, activando protocolos, implicación institucional y sensibilización social**. Porque, se pone de manifiesto, abordar el *bullying* es hablar de derechos humanos, protección, escucha y salud mental, y del bienestar emocional en la infancia y adolescencia.

4.3. Recomendaciones

Junto con las recomendaciones efectuadas por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en informes anteriores, queremos hacernos eco de las elaboradas por el Comité de Expertos del Observatorio Español de la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (www.observainfancia.es), publicadas en el estudio «Salud mental en la población infanto-juvenil en España»:⁸

4.3.1. Recomendaciones para las Administraciones Públicas

- 1. Implantar un sistema estable y homogéneo de vigilancia epidemiológica en salud mental infantil.** Un sistema de vigilancia permite identificar tendencias y factores de riesgo a partir de datos fiables, evitando respuestas improvisadas o fragmentadas. Facilita el ajuste de las políticas preventivas a edades especialmente vulnerables y sustenta la toma de decisiones con evidencia científica. Además, mejora la coordinación entre educación, sanidad y servicios comunitarios mediante criterios comunes de actuación.
- 2. Crear y reforzar servicios de salud mental infanto-juvenil con un enfoque preventivo, comunitario y presente en los centros educativos.** La atención temprana de los casos de riesgo evita que evolucionen hacia cuadros graves, aprovechando el centro escolar como espacio de detección e intervención privilegiado. Un enfoque comunitario hace la atención más accesible y continuada, y permite superar la dependencia de modelos episódicos basados en intervenciones externas puntuales. Esto asegura intervenciones más sostenibles y mejor integradas en la realidad del alumnado.
- 3. Implementar programas universales y selectivos de prevención desde la educación primaria con especial foco en las habilidades de afrontamiento y regulación emocional.** La edad de inicio cada vez más temprana de estos problemas justifica implantar programas preventivos antes de la adolescencia. En la base de problemas como el suicidio, las alteraciones de la conducta alimentaria o las autolesiones se encuentran dificultades de afrontamiento y regulación emocional. Los programas permiten actuar antes de que la sintomatología se agrave y deben centrarse en el desarrollo de estas habilidades. Integrarlos en la dinámica escolar es coherente con un enfoque que implique a toda la comunidad educativa en la prevención.

8. Orgilés, M. et al. (2025). *Salud mental en la población infanto-juvenil en España*, Universidad Miguel Hernández, Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia, Grupo de Investigación Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes (AITANA). <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-infanto-juvenil-emochild-2025/>

- 4. Regular y supervisar el consumo digital y el acceso a redes sociales en menores, retrasando usos de alto riesgo.** Los efectos negativos del entorno digital, como la comparación social y el ciberacoso, hacen necesario retrasar el acceso a redes sociales, con propuestas como el acceso a partir de los 16 años, así como establecer tiempos y condiciones de uso. La regulación protege frente a contenido dañino y conductas impulsivas, especialmente en menores con vulnerabilidad emocional. Estas medidas deben complementarse con educación digital y con la colaboración de las plataformas tecnológicas.
- 5. Dotar a los centros de profesionales de bienestar emocional y reducir la proliferación de programas no evaluados.** La incorporación de perfiles de psicología educativa y de prevención garantiza una atención continuada, evitando la introducción aislada de proyectos externos sin respaldo empírico. La adopción de modelos únicos basados en evidencia mejora la coherencia del centro y refuerza la acción tutorial. También facilita la formación en cascada y la participación de todo el personal, asegurando sostenibilidad y mejor adaptación a las necesidades del contexto escolar.

4.3.2. Recomendaciones para profesionales de la salud mental y la educación

- 1. Realizar detección temprana y rutinaria de síntomas internalizados, especialmente entre los 10 y 12 años.** La evidencia indica que las señales de riesgo aparecen cada vez a edades más tempranas y pueden pasar inadvertidas sin una evaluación sistemática. La detección precoz permite intervenir antes de que los problemas se agraven y se cronifiquen. Esta tarea requiere coordinación entre profesorado, orientación educativa y salud, sobre todo en etapas de especial vulnerabilidad. Con ello, se facilita una intervención rápida y ajustada al nivel de riesgo.
- 2. Priorizar las intervenciones familiares y fortalecer la alianza escuela-familia. Los problemas familiares y la comunicación disfuncional se asocian con una mayor persistencia de los síntomas, por lo que trabajar con las familias es fundamental.** La formación y el acompañamiento a cuidadores mejoran la detección de señales tempranas y el apoyo emocional en casa. Una alianza sólida entre escuela y familia favorece la prevención y la resolución temprana de conflictos.
- 3. Atender precozmente autolesiones, micro-señales de riesgo y cambios emocionales relacionados con el uso de redes sociales.** La aparición temprana de autolesiones exige respuestas rápidas y especializadas, que eviten la progresión hacia conductas más graves. El uso de redes sociales influye en el estado emocional de las y los menores, por lo que su monitorización es esencial. La supervisión profesional contribuye a identificar patrones de riesgo y a intervenir adecuadamente. Además, un enfoque dimensional y transdiagnóstico permite adaptarse mejor a los nuevos perfiles clínicos.

- 4. Implementar programas de habilidades sociales, regulación emocional e inclusión dentro de la vida diaria del centro.** Los déficits en habilidades sociales y la falta de integración con los iguales se relacionan con síntomas depresivos y aislamiento a largo plazo. Promover actividades grupales, espacios de convivencia y estrategias de afrontamiento fortalece la protección emocional. Los programas deben ser flexibles y adaptarse a cada contexto educativo para ser efectivos. Su integración en la dinámica diaria del centro evita intervenciones aisladas que pierden impacto con el tiempo.
- 5. Formar a docentes y agentes educativos en detección temprana, competencias socioemocionales y prevención del suicidio.** El profesorado desempeña un papel clave para observar señales que pueden pasar inadvertidas en otros contextos, especialmente en edades tempranas. La formación facilita identificar riesgo sin generar estigma ni alarma. Además, dota a al profesorado de herramientas para acompañar emocionalmente y activar protocolos cuando sea necesario. Esto refuerza su papel como agentes esenciales en la prevención del malestar y la promoción del bienestar.

4.3.3. Recomendaciones para la población (familias, jóvenes y comunidad)

- 1. Reducir el estigma y promover la búsqueda temprana de ayuda ante señales de malestar.** Resulta fundamental evitar tanto el estigma como la invisibilización del problema, promoviendo una actitud de reconocimiento y acción temprana. Pedir ayuda a tiempo disminuye la probabilidad de que los síntomas evolucionen hacia situaciones graves. La normalización del malestar favorece el apoyo emocional dentro de la familia y la comunidad. Esto contribuye a una cultura de cuidado y no de ocultamiento.
- 2. Supervisar activamente el entorno digital: redes sociales, pantallas y videojuegos.** El uso problemático del entorno digital se relaciona con depresión, ansiedad y conductas impulsivas, por lo que se requiere supervisión adulta. Retrasar el acceso a redes sociales reduce la exposición a riesgos en etapas tempranas. El acompañamiento crítico permite que el uso sea más seguro y consciente, mitigando efectos negativos como el ciberacoso o la exposición a contenido nocivo.
- 3. Cuidar la comunicación familiar y establecer rutinas y tiempos de calidad compartidos.** Las tensiones familiares y la comunicación deficiente se asocian a mayor riesgo emocional, por lo que es esencial generar espacios seguros de diálogo. Las actividades conjuntas fortalecen el vínculo seguro, favoreciendo la regulación emocional del o la menor. Resolver conflictos en momentos apropiados evita escaladas innecesarias y promueve la comprensión mutua. Rutinas de calidad en comidas, deporte y ocio actúan como factores protectores.

4. Fomentar la vida social presencial, el ocio saludable y la participación comunitaria.

La integración con los iguales reduce los síntomas depresivos y el aislamiento, reforzando el sentido de pertenencia. Las actividades grupales y recreativas favorecen habilidades sociales y de convivencia. Los programas municipales gratuitos y bien supervisados amplían oportunidades de relación positiva. La comunidad debe facilitar espacios inclusivos que promuevan interacción sana y continuada.

5. Observar señales tempranas de malestar y acompañar emocionalmente sin minimizar ni alarmar.

Los cambios en la conducta o el estado de ánimo son indicativos de posibles dificultades y requieren atención cercana. La detección temprana favorece la intervención profesional antes de que los síntomas se intensifiquen. El acompañamiento afectivo ayuda a disminuir la carga emocional y las conductas de riesgo. Las familias, como agentes principales, desempeñan un papel clave en esta vigilancia cotidiana.

Asimismo, destacamos las **recomendaciones efectuadas por la Red PROEMO:**⁹

1. Desarrollo de un texto que recoja las especificaciones para la implementación de un sistema integrado de prevención y detección temprana.

El texto deberá incluir las directrices de la Ley Orgánica de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia y apostar por la implicación, en los centros educativos, de profesiones de la salud mental con formación infantojuvenil para trabajar en estrecha colaboración con los equipos de orientación. Todo ello prestando especial atención a adolescentes y jóvenes que presenten factores de riesgo emocional y de suicidio. En cuanto a la valoración de los casos de riesgo de suicidio, se debe garantizar que sea realizada por profesionales de salud mental, como profesionales de la psicología sanitaria y/o clínica, de atención primaria y, siempre que sea posible, en coordinación interdisciplinar con equipos de otros ámbitos.

2. Establecer protocolos para la detección y/o el diagnóstico temprano de problemas emocionales y de la conducta suicida.

Crear protocolos basados en la evidencia científica disponible, destinados a profesionales de la juventud en general que ocupen puestos en los centros educativos, de salud y servicios sociales, en sintonía con Ley Orgánica 8/2021, Art. 34.1.

9. Universidad de Jaén, Red PROEMO (2024). Informe y hoja de ruta 2025 sobre salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes: Necesidades y recomendaciones de la red PROEMO para la promoción de la salud mental y emocional en las personas adolescentes y jóvenes, Universidad de Jaén, Red PROEMO. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-salud-bien-estar-emocional-adolescentes-proemo/>

3. **Implementar revisiones, por tramos de edad, sistemáticas** para el diagnóstico temprano y la atención psicológica en los centros escolares, institutos, áreas de juventud y servicios de salud.
4. **Reforzar el enfoque preventivo, en los servicios públicos, de las dificultades emocionales y los factores de riesgo que inciden sobre el bienestar emocional.** Mejorar la alfabetización emocional de la población general con iniciativas de prevención universal, siguiendo el modelo, de proyectos como, por ejemplo, DIGITAS (<https://digitasweb.com/>). Implementar actuaciones en el marco de la prevención universal, selectiva e indicada, basadas en investigaciones previas con resultados exitosos, entre las que se incluyen, por ejemplo: las intervenciones preventivas en línea, basadas en las «intervenciones sabias» (*Wise interventions, Wis*). Por ejemplo, intervenciones que promueven la resiliencia en adolescentes al fomentar una mentalidad de crecimiento, reduciendo la victimización y los comportamientos agresivos (Calvete et al., 2021; 2022; 2023); intervenciones para fomentar fortalezas individuales desde el enfoque de la Covitalidad (Falcó et al. 2023); intervenciones en el ámbito familiar para fomentar la regulación emocional de los progenitores y generar contextos de validación emocional en niños, niñas y adolescentes, a través de Programas de Intervención con Familias como «El Bosque de la Parentalidad», tanto en formato presencial como online (Flujas-Contreras et al., 2021a, 2021b, 2022, 2024). Además, es crucial implementar, por un lado, iniciativas para la detección temprana a adolescentes en riesgo de sufrir problemas emocionales, como los proyectos DAREMOS, PROCARE+ o PROCARE-1+.
5. **Establecer protocolos de atención específica ante los principales problemas emocionales y de la conducta suicida y frente a comportamientos de riesgo que inciden en el bienestar emocional.** Es necesario reforzar los servicios de atención primaria para abordar la mejora del bienestar emocional y prevenir trastornos emocionales y suicidios, utilizando intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia, que ayuden a reducir el uso excesivo de psicofármacos y sus efectos secundarios, alineándose con los objetivos de la Agenda España 2050. Llevar a cabo actuaciones basadas en la evidencia científica, para identificar tempranamente y atender ante los factores de riesgo emocional y del riesgo suicida en adolescentes y jóvenes.
6. **Programas educativos y de capacitación en competencia emocional y prevención del suicidio.** Desarrollar programas educativos y de competencia emocional, alfabetización en salud mental y prevención del suicidio, dirigidos al alumnado del último ciclo de primaria y de la ESO en el contexto del Programa de Bienestar Emocional en el ámbito educativo (u otros futuros), a cargo de profesionales de salud mental especializados en infantojuvenil. Establecer programas para capacitar a los y las profesionales de la juventud, educación y personal sanitario mediante su entrenamiento en habilidades transversales, para el éxito en el trabajo y en la vida de las personas jóvenes como, por ejemplo, LEVEL-UP, Ylminds, PROADEMO.

- 7. Compilación de protocolos de primeros auxilios emocionales basados en la evidencia,** dirigidos a adolescentes y jóvenes, familias, personas adultas de referencia, profesionales de la educación, personal sanitario y profesionales del ámbito de la juventud.
- 8. Desarrollo de instrumentos de información y otros recursos *on y offline*** en materia de salud y bienestar emocional para adolescentes y jóvenes, familias, personas adultas de referencia, profesionales de la educación, personal sanitario y profesionales del ámbito de la juventud, siguiendo modelos exitosos de otros proyectos como PrevANS.
- 9. Inversión en investigación en materia de salud y bienestar emocional.**
- 10. Campañas de sensibilización en materia de bienestar emocional y prevención de problemas emocionales, así como la reducción de la estigmatización.**

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. Aspectos a tener en cuenta

5.1.1. Inteligencia artificial y salud mental

Ante la reciente proliferación del uso de la inteligencia artificial en diversos procesos culturales, personales y profesionales, Mental Health Europe ha elaborado un documento en el que, bajo el título **Inteligencia artificial y salud mental**,¹⁰ hace un análisis de las oportunidades y riesgos que supone una atención a la salud mental en la que se recurra al uso de esta tecnología, así como una serie de reflexiones acerca de la ética profesional y el respeto a los derechos de las personas con problema de salud mental.

El estudio destaca que «**la sanidad es uno de los sectores más populares para el despliegue de la IA en la UE**» y que en lo que se refiere al ámbito de la salud mental, en concreto, los sistemas de IA se utilizan tanto para tareas administrativas en plataformas de comunicación, como de apoyo a la toma de decisiones profesionales, terapias digitales como *chatbots* y tecnologías de detección personal, y seguimiento de personas con problemas de salud mental. Más allá de los entornos sanitarios, el documento señala que «las aplicaciones de IA que utilizan datos relacionados con la salud mental también se extienden a la **justicia penal**, los **productos de consumo**, la **educación** y el **empleo**». Reconoce los beneficios potenciales, como, entre otros, «la mejora de la accesibilidad a la asistencia en salud mental, en particular para las poblaciones desatendidas, y la reducción de las cargas administrativas en los sistemas sanitarios». Sin embargo, a nivel individual, el estudio advierte de «riesgos de seguridad, violaciones de la privacidad y consentimiento informado inadecuado». Entre los retos más generales destaca «el refuerzo de las desigualdades o la creación de otras nuevas, la vigilancia excesiva, el refuerzo de

10. Mental Health Europe (2024). *Inteligencia artificial y salud mental: oportunidades, riesgos y consideraciones éticas del uso de la inteligencia artificial en la atención a la salud mental*, Mental Health Europe. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/inteligencia-artificial-salud-mental-mental-health-europe/>

las visiones individualistas de la salud mental, la despersonalización de la atención y el desvío de recursos limitados». El informe señala la importancia de que **las personas con responsabilidad política** aborden estos riesgos, «equilibrando la innovación con la responsabilidad ética y la atención centrada en el ser humano, en los sistemas de salud mental impulsados por la IA». La ética, la inclusión, la precisión, la seguridad y las necesidades reales de los usuarios finales han de ser los pilares imprescindibles para el desarrollo de las herramientas de la IA. Para ello se han de disponer soluciones que incluyan «principalmente una regulación y supervisión sólidas, transparencia y explicabilidad, así como enfoques centrados en los derechos humanos y la cocreación». Además, «la participación activa y el liderazgo de las comunidades más afectadas –las personas con experiencia vivida– deben considerarse un principio ético y político fundamental que guíe todos los debates y las decisiones sobre digitalización y salud mental». El documento subraya que «garantizar que tengan la misma voz a la hora de dar forma a las políticas y a la innovación es esencial para lograr resultados justos y equilibrados y evitar que se agraven las desigualdades sanitarias en la sociedad». En definitiva, se trata de que las posibles ventajas que el recurso a la IA pueda proporcionar, no se asienten sobre la ignorancia de los riesgos que se ciernen sobre su implantación y que suponen «un perjuicio tanto a nivel individual como colectivo y social», poniendo «en peligro valores fundamentales de la asistencia sanitaria, como la autonomía, la dignidad y la confianza».

En **materia de seguridad** se pueden generar «riesgos relacionados con la salud» a causa de errores o desinformación generados por los sistemas de IA o exacerbados por ellos, así como por la incapacidad de los sistemas de IA para comprender diversos factores contextuales». De ahí que el sesgo en los datos de entrenamiento emerja como una preocupación significativa. El documento revela que «si estos datos están incompletos, no son representativos o reflejan los prejuicios sociales existentes, la IA puede perpetuar estos sesgos, dando lugar a diagnósticos inexactos o discriminatorios». Por ejemplo, el estudio indica que «si los datos utilizados para entrenar la IA no representan a determinados grupos étnicos o entornos socioeconómicos, la IA podría malinterpretar síntomas o comportamientos comunes en esos grupos».

Otro problema que se puede generar es la **posibilidad de falsos positivos y negativos**. Los falsos positivos pueden surgir de una respuesta particular, «como marcar un riesgo de suicidio cuando no está presente, o falsos negativos, como no identificar un riesgo o crisis significativos», lo cual puede «dar lugar a respuestas de servicio innecesarias o inadecuadas».

Además, el estudio advierte de que «la proliferación de herramientas de IA a disposición del público, como los *chatbots*, introduce **riesgos adicionales**», ya que «pueden proporcionar consejos perjudiciales o información errónea, en particular cuando se utilizan para el apoyo a la salud mental». Así, existe el riesgo de que puedan «malinterpretar los datos introducidos por el usuario, ofrecer información inexacta o dar respuestas inapropiadas, creando potencialmente una falsa sensación de seguridad a las personas que buscan ayuda».

En definitiva, el documento reconoce que «la **complejidad inherente a la salud mental** plantea un reto importante para los sistemas de IA», ya que «los problemas de salud mental a menudo se manifiestan de forma única en los individuos, moldeados por experiencias subjetivas, contextos culturales, factores ambientales e historias personales». Todo este conjunto de matices es prácticamente imposible de reducir a modelos computacionales, «lo que dificulta que la IA interprete con precisión las necesidades individuales o proporcione un apoyo fiable», lo cual

es especialmente relevante en incidentes críticos, «en los que la comprensión precisa y las respuestas adecuadas son cruciales».

En materia de **privacidad**, los riesgos son también considerables y tienen que ver con el mal uso o uso indebido de los datos sensibles como son los relacionados con la salud mental. El pirateo a gran escala de historiales psicoterapéuticos, como ocurrió en Finlandia, es uno de los ejemplos de violación de datos y acceso no autorizado que destaca el documento y que dan la medida del riesgo que supone la recopilación y análisis por parte de la IA de «grandes cantidades de datos personales sensibles, como historiales médicos, notas terapéuticas e incluso actividad en redes sociales».

Además, está la cuestión del intercambio de datos con terceros que los sistemas de IA pueden transmitir «a entidades como compañías de seguros, empleadores o empresas de marketing sin consentimiento explícito», pudiendo generar prácticas discriminatorias, erosionar la confianza en los servicios de salud mental y, en los casos en que no se haya obtenido debidamente el consentimiento informado, constituir una conducta engañosa.

En línea con lo anterior, la falta de transparencia y control sobre la forma en que los sistemas de IA manejan los datos personales «puede aumentar la preocupación por la privacidad, disuadir a las personas de buscar apoyo y disuadirlas de revelar información sensible necesaria para un apoyo eficaz».

Además, el estudio señala que los sistemas de IA plantean un «riesgo de **consentimiento informado** inadecuado o comprometido cuando se utilizan en la asistencia mental (y en la asistencia sanitaria en general)». Esto es especialmente relevante por cuanto el consentimiento informado es un principio fundamental de la protección de los derechos humanos en el sector sanitario.

El documento resalta las dificultades de comprensión sobre cómo funcionan los sistemas de IA y cómo esto afecta a la concesión de un consentimiento verdaderamente informado por parte de las personas usuarias de los servicios y profesionales de la salud mental, ya que pueden no darse cuenta de lo que están aceptando. Afirma que «algunos especialistas en ética han sugerido que la IA generativa podría, en teoría, facilitar el consentimiento informado, si puede proporcionar información al menos más precisa, accesible y fiable que la ofrecida por los y las profesionales de la salud mental». El riesgo está en el momento en que los datos recogidos por los sistemas de IA «se utilicen para fines distintos de los consentidos originalmente, como el uso secundario por parte de departamentos gubernamentales o la intermediación comercial de datos».

El documento advierte, asimismo, del riesgo de que se generen **desigualdades nuevas o amplificadas** a causa del «potencial de sesgo y discriminación en el uso de la IA en la atención sanitaria mental». Esto es así, porque los algoritmos de IA aprenden de los datos con los que han sido entrenados» y «si estos conjuntos de datos contienen sesgos o contenidos discriminatorios, es probable que los sistemas de IA los hereden y reproduzcan en sus predicciones y recomendaciones». Así, refiere que los sistemas de IA pueden empeorar las disparidades existentes en los servicios de salud mental y perpetuarlas a mayor escala.

Además, «los sistemas de IA también pueden crear **nuevas formas de contenido discriminatorio**, como imágenes generadas por la IA que refuerzan estereotipos nocivos». El documento recurre al ejemplo de un estudio en el que se descubrió que, al utilizar la palabra esquizofrenia para generar imágenes, estas mostraban «rasgos faciales grotescos, antinaturales... sangre y expresiones de horror». Además, «un grupo de investigación de Google demostró que las actitudes sociales hacia las personas con trastornos mentales, que las describen como malas e incluso violentas, estaban codificadas en sistemas de IA diseñados para detectar expresiones de odio en textos escritos».

El estudio revela que «los **conjuntos de datos utilizados para entrenar modelos de IA a menudo carecen de diversidad** y no representan adecuadamente a determinadas poblaciones», lo que «puede dar lugar a que los sistemas de IA sean menos precisos o eficaces para los grupos que viven con problemas de salud mental, malinterpretando las experiencias individuales o comunitarias, lo que puede conducir a diagnósticos erróneos y a una atención inadecuada o insuficiente». Este riesgo se ve exacerbado «por la falta general de inclusión de las personas con experiencias vividas en la creación, el diseño, el desarrollo y la gobernanza de tecnologías supuestamente diseñadas para beneficiarlas».

El estudio advierte que, «incluso cuando los conjuntos de datos sean representativos y de alta calidad, esto será inadecuado para resolver la discriminación perpetuada por los sistemas humanos y las instituciones que utilizan sistemas de IA, como la discriminación basada en los seguros, en la que las primas de seguros se elevan si se predice que una persona tiene un problema de salud mental».

Otro problema asociado a los sistemas de IA, según este documento, es que **carecen de empatía**, fundamental para crear confianza y relaciones terapéuticas. Si bien son capaces de imitarla, los robots, los *chatbots* y las animaciones «no son más que respuestas programadas que pueden inducir a error a las personas». Estos sistemas «son competentes en el tratamiento de datos que pueden ayudar a las personas o a los proveedores de servicios a aclarar aspectos de la experiencia de una persona», pero «no pueden captar la complejidad de los matices de las emociones humanas» y, en consecuencia, ofrecer respuestas inadecuadas en cada momento.

El documento advierte también que, al reducir la interacción y la conexión humanas, existe el **riesgo de despersonalización de la asistencia**, pudiendo la IA «dar prioridad a la comodidad y la eficiencia en detrimento del apoyo personalizado y empático». Además, «una dependencia excesiva de la IA podría erosionar la empatía de los profesionales de la salud mental», ya que «si los sistemas de IA se utilizan para supervisar a los usuarios de los servicios o sustituir la interacción directa, los profesionales de la salud mental pueden tener menos oportunidades de practicar y cultivar la capacidad de comunicación, y estar menos en sintonía con lo que se necesita en los encuentros asistenciales».

También se plantea la «preocupación por el **posible uso indebido de la IA para la vigilancia y el control**», como «predecir suicidios y autolesiones», lo que podría llevar a «la violación de la intimidad, la imprecisión de las predicciones y la posibilidad de intervenciones injustificadas», como tratamientos involuntarios o participación innecesaria de las fuerzas del orden.

Las tecnologías de control biométrico, según destaca este estudio, también presentan riesgos al poder tratar de inferir estados mentales y comportamientos, difuminando la línea que separa el control de la vigilancia invasiva.

Otra cuestión que subraya el documento es la del intercambio de datos sensibles sobre salud mental con las fuerzas de seguridad y los organismos gubernamentales —como datos no penales sobre intentos de suicidio que utilizan las fuerzas de seguridad o las autoridades fronterizas—, con el riesgo que esto comporta de crear «un mercado de vigilancia en el contexto de la salud mental que perpetúa e incluso amplía los peores desequilibrios de poder, las desigualdades y los daños de las actuales prácticas de salud mental».

El estudio advierte también de los **problemas de enfoque**. La mayor parte de la tecnología impulsada por la IA en el contexto de la salud mental parece estar dirigida a la detección y el diagnóstico, lo que centra la atención en el individuo identificado como necesitado de intervención experta. Esto, revela, «puede llevar a hacer demasiado hincapié en los determinantes biológicos y a centrarse injustamente en la responsabilidad individual de la salud mental». Este refuerzo de la visión individualista de la salud mental «invisibiliza los factores socioeconómicos, relacionales y ambientales más amplios que, en interacción con los problemas de salud personales, determinan la salud mental de las personas».

Finalmente, la IA, que suele estar promovida por un mercado muy activo de empresas que intentan vender herramientas a gobiernos y proveedores de servicios, puede generar el **desvío de recursos limitados** al influir en la elaboración de políticas, incluida la contratación pública.

De hecho, el estudio advierte de que el marketing de la IA ha incluido afirmaciones extravagantes sobre el uso de esta herramienta «para resolver los antiguos y complejos problemas de salud mental». Así, surgen afirmaciones que pueden alterar la orientación de la financiación y desviar recursos de donde más se necesitan. Un ejemplo de este tipo de afirmaciones es el uso de chips cerebrales para «resolver» el autismo y la esquizofrenia.

Pese a la promesa de eficiencia de las empresas proveedoras de tecnología e incluso asumiendo que esta sea cierta, como señala el estudio, «no debería ser el objetivo principal ni el único, ya que otros objetivos pueden ser igual o incluso más importantes, como crear sistemas solidarios».

Por su parte, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) ha elaborado una **Estrategia de Gobierno de la Inteligencia Artificial (IA) 2025-2027**¹¹ en la que establece su marco de actuación para la adopción y el uso de tecnologías de IA. A través de la aplicación de esta estrategia, el CERMI aspira a ofrecer una base para el uso innovador, ético y responsable de la Inteligencia Artificial, convirtiéndola en una herramienta de apoyo a la innovación social, y con ello contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad. En este sentido, pretende los siguientes objetivos: **1)** implantar un marco de gobernanza integral que garantice el 100% de cumplimiento de la normativa aplicable para todos los sistemas de

11. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2025). *Estrategia de Gobierno de la Inteligencia Artificial (IA) del CERMI 2025-2027*, CERMI. <https://back-diario.cermi.es/catalog/file/file/3ewrp-estrategia-de-gobierno-de-la-inteligencia-artificial-del-cermi-.pdf>

IA en uso antes del fin de 2026; **2)** implantar un plan de alfabetización en IA del 90% del Equipo Humano y los principales agentes colaboradores en los fundamentos del uso ético y seguro de la IA, fomentando una cultura de responsabilidad digital del CERMI para finales de 2026; **3)** desarrollar y ejecutar al menos dos proyectos piloto de IA de alto impacto social, centrados en optimizar la incidencia política y la defensa de derechos, siguiendo un estricto protocolo de evaluación ética y de riesgos; **4)** posicionar a CERMI como una entidad de referencia en la gobernanza de IA en el tercer sector, publicando de forma proactiva su marco de trabajo, el inventario de sistemas de IA y los aprendizajes de sus proyectos piloto.

La estrategia gira en torno a cinco ejes, para cada uno de los cuales se incorporan las correspondientes medidas.

- **Eje 1:** gobernanza y gestión de riesgos.
- **Eje 2:** cumplimiento normativo y marco ético.
- **Eje 3:** alfabetización y cultura *CERMI*a.
- **Eje 4:** repositorio de casos de uso e innovación.
- **Eje 5:** incidencia estratégica y liderazgo social.

Para asegurar la correcta implantación y el cumplimiento de la estrategia, el documento señala que se ha diseñado un modelo de gobernanza articulado en tres niveles: supervisión ética, gestión operativa y asesoramiento externo, que impulsa la participación de diferentes estructuras del CERMI y de sus grupos de interés.

Finalmente, el documento incluye un anexo en el que detalla las obligaciones del CERMI de acuerdo con la normativa de referencia.

5.2. Buenas prácticas

5.2.1. SALUD MENTAL ESPAÑA forma a 40 periodistas de Atresmedia acerca de cómo comunicar la salud mental¹²

Los días 12 y 28 de febrero de 2025, se llevó a cabo **una serie de formaciones a 40 profesionales del periodismo**, a quienes se ofrecieron **pautas para identificar y evitar estigmas y estereotipos en las noticias que elaboran. La iniciativa forma parte del acuerdo de colaboración firmado**

12. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (05/03/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA forma a 40 periodistas de Atresmedia acerca de cómo comunicar la salud mental», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/sala-prensa/forma-periodistas-atresmedia-comunicar-salud-mental/>

por **Atresmedia y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA**, que continúan trabajando de forma conjunta con el objetivo de promover la concienciación de la sociedad sobre la salud mental.

El **acuerdo de colaboración** firmado por ambas entidades, en el que se circunscribe esta acción, tiene como objetivo sensibilizar sobre la realidad de las personas con problemas de salud mental y contribuir a potenciar una imagen real y adecuada en la sociedad a través de la labor de los medios de comunicación.

Las sesiones, un total de seis, se impartieron en la sede de Atresmedia por parte del equipo de comunicación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y estuvieron basadas en la Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación, editada por la entidad.

La utilización de un **lenguaje adecuado** en la redacción de noticias, ejemplos de **buenas prácticas**, testimonios en **primera persona** y resolución de **dudas frecuentes** han sido algunos de los contenidos impartidos en esta formación.

Alejandro Guillén, director técnico de Comunicación de SALUD MENTAL ESPAÑA y encargado de impartir la formación, afirma que la intención de esta iniciativa es «ayudar a los y las profesionales de la comunicación a informar de una manera más rigurosa y respetuosa sobre las personas con un problema de salud mental». Guillén explica que el objetivo es «intentar que, a través de los medios de comunicación, se cambie la imagen negativa que hay sobre este colectivo. Si con esta formación conseguimos que algo cambie, para nosotras es un gran paso».

Entre los materiales empleados para la formación, se proyectó un resumen del vídeo elaborado por la Federación Salud Mental Madrid con el objetivo de sensibilizar acerca del impacto que tiene el tratamiento mediático de la salud mental en las personas con experiencia propia. Las personas que protagonizan la pieza audiovisual responden a cuestiones como si consideran que el tratamiento que dan los medios de comunicación a la salud mental es el adecuado o qué sentimientos les despiertan ciertos titulares estigmatizantes.

Entre las y los periodistas participantes, Belén Gómez del Pino, redactora de Onda Cero opinó que: «Estos encuentros resultan muy enriquecedores. Primero porque a los periodistas nos ayudan a ver cómo se percibe nuestro trabajo desde fuera, el impacto que tiene a veces sobre algunas personas sin que nos demos cuenta. Segundo, porque nos ofrecen razones más allá de las consignas habituales. En este caso, por ejemplo, explicando por qué no se deben contar los métodos de suicidio. Y tercero, porque nos traen las voces que a veces no oímos, nos ponen en la piel de quien padece».

Por su parte, Antonio Campos, redactor de *La Sexta Noticias* admitió que: «En el día a día tenemos muy pocas oportunidades para escuchar de cerca a los compañeros que trabajan con realidades tan concretas. Y resultan muy enriquecedoras, de verdad. Nos ha dado (en referencia a la formación) herramientas necesarias e imprescindibles para nuestro trabajo y, sobre todo, para saber cómo abordar y tratar las historias relacionadas con la salud mental. Nos ha recordado la importancia de contar con testimonios en primera persona que visibilicen y no estigmaticen la realidad de las personas con problemas de salud mental, nos ha ayudado a detectar, en nuestro ejercicio diario y con ejemplos, prácticas que alimentan prejuicios y que no se sostienen en experiencias sólidas y demostradas, y nos ha invitado a seguir comunicando

e informando sobre todo lo relacionado con la salud mental, incidiendo en lo importante que resulta que «se hable de estos temas» y ocupen el centro del debate social, profundizando y analizando sus causas para entender su magnitud».

Finalmente, Paz Bailón, redactora de Antena 3 Noticias, ha afirmado que: «es una formación muy útil. Nos han dado las claves para tratar los problemas de salud mental de forma adecuada, digna y responsable. A destacar las buenas recomendaciones del equipo de la Confederación de Salud Mental sobre cómo usar las imágenes en los medios audiovisuales y los enfoques que se pueden dar a algunos temas para contribuir a no estigmatizar a las personas con problemas de salud mental y, sobre todo, a ayudar en la prevención».

Además de la acción formativa, Atresmedia difundió la campaña «Trabajar sin máscaras, emplear sin barreras» en sus medios de comunicación, una iniciativa que busca fomentar el acceso laboral de las personas con problemas de salud mental y eliminar cualquier tipo de barrera y limitación que impida hablar de la salud mental sin tabúes.

5.3. Recomendaciones

1. Trato mediático social, digno y responsable con los problemas de salud mental.
2. En materia de IA y siguiendo el estudio de Mental Health Europe, *Inteligencia artificial y salud mental*, recomendamos efectuar una investigación sólida que respalde las afirmaciones sobre los sistemas de IA, así como abordar los posibles riesgos y desafíos:

5.3.1. Recomendaciones para los responsables políticos

— Para hacer frente al riesgo para la seguridad:

1. Garantizar que los servicios sean de alta calidad, integrando la IA con un alto nivel de integridad científica, incluida una sólida validación antes de su uso generalizado.
2. Establecer un organismo regulador independiente, para supervisar y tratar las quejas relacionadas con el uso indebido de IA en la asistencia sanitaria mental (rendición de cuentas).
3. Implantar la notificación obligatoria de los efectos adversos y exigir a las empresas desarrolladoras de IA y a las proveedoras de atención sanitaria que informen y

realicen un seguimiento de los errores, sesgos y daños involuntarios causados por los sistemas de IA.

— Para hacer frente al riesgo para la intimidad

1. Aplicar medidas sólidas de protección de datos, incluidos protocolos de consentimiento claros y marcos normativos que den prioridad a los derechos de privacidad individuales y colectivos.
2. Prohibir el intercambio no autorizado de datos de salud mental e impedir que los sistemas de IA transfieran datos de salud mental a terceros (por ejemplo, aseguradoras, empleadores, anunciantes) sin consentimiento explícito e informado.
3. Abordar la falta de consentimiento informado adecuado.
4. Garantizar la transparencia y explicabilidad de la IA, permitiendo a la ciudadanía acceder a información clara sobre cómo funcionan estos sistemas, qué datos utilizan, cómo toman las decisiones y con quién pueden compartirse esos datos.

— Para hacer frente al riesgo de crear nuevas desigualdades o de reforzarlas

1. Obligar a incluir poblaciones diversas en los conjuntos de datos de entrenamiento de IA para reducir los sesgos y mejorar la precisión para todas las comunidades.
2. Garantizar la participación de personas y comunidades en situación de vulnerabilidad y/o marginación y de personas con experiencias vividas, en el diseño, desarrollo y ensayo de tecnologías de IA, con el fin de reducir los prejuicios.
3. Subvencionar el acceso a herramientas validadas de IA de salud mental para comunidades desfavorecidas, con el fin de garantizar la inclusión digital.
4. Desarrollar y aplicar directrices de accesibilidad para que las herramientas de IA garanticen la facilidad de uso para personas con discapacidad, barreras lingüísticas o escasos conocimientos digitales.
5. Abordar la despersonalización del riesgo asistencial.

6. Exigir la supervisión humana en la asistencia mental impulsada por la IA, para garantizar que la empatía siga siendo fundamental en la atención.

— Para hacer frente al riesgo de vigilancia

1. Exigir a las empresas desarrolladoras de IA que notifiquen a las personas su interacción con la IA y garanticen un enfoque de inclusión voluntaria, o —cuando este enfoque no sea factible— que al menos garanticen la posibilidad de excluirse voluntariamente de los sistemas de IA.
2. Regular el uso de los datos de salud mental por parte de las fuerzas de seguridad y restringir el intercambio de información de inteligencia artificial relacionada con la salud mental con la policía, las autoridades de inmigración y otros organismos públicos.
3. Abordar el riesgo de reforzar visiones individualistas de la salud mental
4. Resistir a la tentación del «tecnosolucionismo», la creencia de que todos los problemas pueden resolverse con una fácil solución tecnológica. Deben invertirse recursos y esfuerzos en abordar los determinantes más amplios que configuran la salud mental, desplazando la atención del individuo al contexto más amplio que le rodea.

— Para hacer frente al riesgo de desvío de recursos:

1. Exigir a las empresas desarrolladoras de IA que den prioridad a la calidad asistencial frente a los beneficios y que demuestren que la IA responde a una necesidad real y no genera ningún perjuicio. La financiación pública puede utilizarse como palanca en esta dirección.
2. La cocreación puede servir como herramienta para garantizar que los desarrollos de IA responden a necesidades reales.

5.3.2. Recomendaciones para la sociedad civil

1. **Supervisar la IA en la salud mental.** Hacer un seguimiento del despliegue de herramientas de IA en entornos de salud mental, documentación de casos de sesgo, violaciones de la privacidad o daños, y defensa de intervenciones políticas.

- 2. Centrar la experiencia vivida en el desarrollo de la IA.** Facilitar debates estructurados y consultas con personas con experiencia vital en problemas de salud mental para determinar qué aplicaciones de IA son beneficiosas, cuáles perjudiciales y cómo puede diseñarse la IA para apoyar, en lugar de socavar, la atención sanitaria mental.
- 3. Concienciar sobre los riesgos y los derechos de la IA.** Lanzar campañas públicas en colaboración con organizaciones de salud mental y derechos digitales para poner de relieve los riesgos de la IA en la salud mental, haciendo hincapié en la necesidad de una regulación centrada en los derechos humanos.
- 4. Participar en procesos políticos y legislativos.** Participar en consultas, grupos de personas expertas y esfuerzos de elaboración de políticas para garantizar que la normativa sobre IA dé prioridad a los derechos de salud mental, la accesibilidad y las normas éticas, evitando que la IA refuerce el estigma o restrinja el acceso a la atención.
- 5. Tener en cuenta consideraciones éticas,** una aplicación cuidadosa y formas de gobernanza y supervisión en las que participen personas con experiencia propia en salud mental, a fin de maximizar los beneficios y minimizar los daños.
- 6. Reflexionar sobre las relaciones humanas a la hora de regular los usos de la IA en la atención a la salud mental.** Los cuidados no se reducen a una mera sucesión de tareas, sino que constituyen una interacción social sumamente compleja, que implica emociones, y es parte fundamental de las relaciones humanas.
- 7. Abordar el conflicto de intereses de las empresas,** poniendo en el centro la atención a la salud mental de buena calidad, por encima de las consideraciones lucrativas. Se ha de elaborar un marco normativo que aborde el impacto único de la IA en las interacciones y emociones humanas, que son parte integrante de la atención a la salud mental.
- 8. Crear mecanismos de supervisión** que refuercen la rendición de cuentas y la responsabilidad de las empresas que desarrollan IA en el ámbito de la salud mental.

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 Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar su acceso, en igualdad de condiciones con las demás personas, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas habrán de incluir la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

6.1. Aspectos a tener en cuenta

6.1.1. La no regulación de la accesibilidad psicosocial condiciona el ejercicio de todos los demás derechos de las personas con problemas de salud mental.

La **accesibilidad universal** es fundamental para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, concepto íntimamente unido al de diseño universal, entendido como forma de crear entornos, productos y servicios accesibles sin necesidad de adaptación.

Sin embargo, igual que el diseño universal muchas veces no llega a todo —de ahí la necesidad de medidas de accesibilidad y ajustes razonables—, es importante señalar que tampoco alcanza a todas las personas con discapacidad. Las personas con problemas de salud mental, de hecho, han sido y siguen siendo las grandes olvidadas en este ámbito con lo que ello implica en materia de barreras para el ejercicio de sus derechos. Por ello, pese a que en España existen legislación y políticas protectoras de los derechos de las personas con discapacidad, que reconocen la denegación de **ajustes razonables** como una forma de discriminación e impone **obligaciones de accesibilidad y adaptación** en ámbitos como el empleo, la educación o los servicios públicos, entre otros, el componente psicosocial está generalmente excluido, muy mal entendido o contemplado de manera desigual. Esta situación es especialmente grave, si se tiene en cuenta que los ajustes razonables, junto con la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas constituyen presupuestos imprescindibles para garantizar a las personas con discapacidad el efectivo ejercicio de sus derechos, y no se debería excluir a ningún tipo

de discapacidad si verdaderamente se tiene la voluntad de impulsar el afianzamiento de sociedades inclusivas como exige un enfoque de derechos humanos.¹³

La distinción entre medida de accesibilidad y ajuste razonable no está siempre clara en nuestra normativa estatal y autonómica. El derecho a los ajustes razonables está asociado a la obligación de las instancias públicas y privadas a garantizarlo, disponiendo medidas que lleguen a los casos particulares en los que los mecanismos de la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas no alcanzan para satisfacer el derecho a la igualdad de oportunidades. En este sentido, los ajustes razonables son, en realidad, ajustes en atención a la persona, que proceden cuando la medida de accesibilidad no puede ser realizada o no está justificada. Por ejemplo, en el ámbito laboral, estas medidas de ajustes razonables pueden consistir en proporcionar un horario de trabajo flexible, teletrabajo, permisos, reubicación a una nueva oficina o reasignación a un puesto de trabajo diferente, si así lo solicita y lo justifica la persona empleada con discapacidad. En todo caso, no es admisible afirmar que un ajuste razonable no puede realizarse porque supone un desembolso cuantioso de recursos económicos, sin que la denegación vaya acompañada de una explicación razonada. Esto mismo se puede predicar de otros ámbitos como la educación, la sanidad, etc.¹⁴

Está claro que **los derechos que no son accesibles no se pueden ejercer**, por lo que el vínculo de la vulneración del derecho con los ajustes razonables es muy estrecho y, pese al conocimiento de esta realidad, es abrumadora la falta de conciencia en todo lo que compete a las personas con problemas de salud mental, como si fueran una excepción al reconocimiento que, de manera general, se efectúa al resto de las personas con discapacidad. Esto es así, porque para todas ellas, a excepción de las personas con problemas de salud mental, se ha regulado la accesibilidad contemplando su especificidad. Concretamente, el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social no contempla la accesibilidad psicosocial dentro del concepto de accesibilidad universal, quedando esta circunscrita a la accesibilidad física, sensorial y cognitiva. Por ello, **la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA seguirá reclamando la modificación de este texto a fin de establecer y regular la accesibilidad psicosocial y sus condiciones básicas de exigencia y aplicación, aprobando también el correspondiente Reglamento.**

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 las culturas sobre los que estas se sustentan, así como las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

13. Presidencia del Consejo Nacional de Discapacidad, Resolución de la Presidencia del Consejo Nacional de Discapacidad por la que se da publicidad al acuerdo del pleno del Consejo Nacional de Discapacidad por el que se aprueba el Documento guía para la comprensión y buena aplicación de los ajustes razonables como medida de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad, en virtud de lo acordado en el Pleno del Consejo Nacional de la Discapacidad de 28 de mayo de 2024.
https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/Noticias/RESOLUCION_AjustesRazonables_CND.pdf
Real Patronato sobre la Discapacidad, La accesibilidad universal. <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/discapacidad-derechos-humanos/accesibilidad-universal.htm>

14. *Ibid.*

En el anexo 2 del informe anual sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental correspondiente al año 2023 la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA publicó un amplio documento de consenso sobre esta materia.¹⁵

Marco normativo fundamental:

- Constitución Española — Artículos 9.2, 10.2, 14, 49 y 96.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social — Artículos 40.2 y 80.
- Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, así como la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social— Artículo 6.1.a).
- Real Decreto Legislativo 1/2023 de 29 de noviembre — Artículo 66.2.
- Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo — Artículo 2.e) en concordancia con el artículo 6 del mismo texto legal.
- Ley 15/2015, de la Promoción de la Accesibilidad Universal y la Eliminación de Barreras.

6.1.2. Parámetros generales que se han de tener en cuenta en la adaptación de medios y determinación de ajustes razonables en materia de salud mental

Siguiendo este enfoque de derechos humanos, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se defiende, entre otros aspectos, que el reconocimiento de la necesidad de adaptación de medios y la realización de ajustes razonables se ha de **desligar en todo momento de la disposición de un certificado de reconocimiento del grado de discapacidad**. Esto permitiría que las personas que tengan problemas de salud mental puedan acceder o desempeñar un empleo, tanto en el ámbito público como privado, sin un grado de discapacidad oficial, mediante acreditación formal de su situación por los medios admitidos en derecho (informes médicos, psiquiátricos, psicológicos, etc), sin que ello tenga carácter excluyente ni exclusivo.

Además de la inclusión en estos casos de la figura de la **persona asistente** para garantizar las mismas oportunidades en los procesos, esta flexibilidad en el requerimiento del certificado se habría de extender también a la adaptación de tiempos para llevar a cabo las pruebas correspondientes. Precisamente, las personas con problemas de salud mental, que son el sector de población más afectado por la carencia de reconocimiento oficial de la discapacidad, requieren, en muchas ocasiones, este tipo de adaptación por los efectos que puntualmente les produzca la medicación y/o la naturaleza de su diagnóstico concreto.

15. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2024). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental*: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2023/>

Estos mismos criterios se han de seguir en el ámbito educativo, donde se advierten serias carencias en la materia, cuando concierne a personas con problemas de salud mental.

Se trata de favorecer la inclusión de todas personas con discapacidad sin discriminación alguna por tipo de discapacidad.

6.2. Recomendaciones

Establecer y regular la accesibilidad psicosocial y sus condiciones básicas de exigencia y aplicación mediante:

1. La modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
2. La aprobación del correspondiente Reglamento.

7. Igual reconocimiento como persona ante la ley

Artículo 12. CDPD

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

7.1. Buena práctica: Guía de la Federación Salud Mental Madrid sobre planificación Anticipada de Decisiones (PAD) en salud mental

La Federación Salud Mental Madrid ha presentado la **Guía sobre Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) para profesionales de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid**,¹⁶ un documento práctico, accesible y de descarga gratuita, destinado a orientar a los y las profesionales en la aplicación de la PAD en su labor asistencial.

La Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) es una herramienta innovadora y centrada en la persona, que permite a quienes reciben atención en salud mental expresar por escrito sus preferencias y voluntades para posibles situaciones de crisis en las que no puedan comunicarlas directamente. Este instrumento, basado en un sólido marco jurídico, refuerza la autonomía, el respeto a los derechos y la humanización de la atención en salud mental.

La guía ofrece una explicación detallada del modelo de formulario PAD desarrollado por la Federación, en colaboración con el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, así como ejemplos prácticos, orientaciones legales y recomendaciones éticas y técnicas para los y las profesionales.

Esta publicación busca facilitar la comprensión e implementación de la PAD en el ámbito sanitario, social y comunitario, contribuyendo a consolidar un modelo de atención basado en la voluntad y las preferencias de las personas con problemas de salud mental.

Esta guía se enmarca en el **proyecto «Mi voz, mis decisiones»**, desarrollado por la Federación Salud Mental Madrid con la colaboración de Fundación la Caixa.

16. UMASAM (13-10-2025). Guía sobre Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) para profesionales de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid, UMASAM. <https://saludmentalmadrid.org/nueva-guia-sobre-pad-salud-mental-para-profesionales/>

8. Vida

Artículo 10 CDPD

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

8.1. Aspecto a tener en cuenta: SALUD MENTAL ESPAÑA advierte de que los determinantes sociales pueden llegar a desencadenar un sufrimiento profundo que derive en suicidio

Con motivo del **Día Mundial para la Prevención del Suicidio**, que se conmemora cada 10 de septiembre, SALUD MENTAL ESPAÑA lanzó la campaña de sensibilización **#ParaDejarDeSufrir** —financiada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030—.¹⁷ SALUD MENTAL ESPAÑA, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, evidencia que la salud mental no es únicamente una cuestión individual, sino que está profundamente condicionada por las circunstancias en las que vivimos.

«Yo no me quería morir, yo lo que quería era dejar de sufrir, descansar la mente». Son palabras de Lourdes Tamurejo, representante del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y de la Red Regional de Mujeres en Salud Mental de FEAFES Salud Mental Extremadura, que explica cómo, tras años de sufrimiento, llegó a intentar quitarse la vida en diversas ocasiones. El suicidio es una epidemia silenciosa —la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que 1 de cada 100 muertes en el mundo son debidas a esta causa— a la que es necesario hacer frente entendiendo la complejidad de sus motivos. Por ello, el pasado Día Mundial para la Prevención del Suicidio, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se puso el foco en los **determinantes sociales**: esas condiciones de vida que pueden llevar a las personas a un malestar tan profundo que incluso hacen cuestionarse si merece la pena seguir adelante.

La campaña de sensibilización de la Confederación se componía de cinco vídeos que abordaban cinco **áreas clave**: violencia, discursos de odio y discriminación, pobreza, cultura del éxito y expectativas, y soledad no deseada. En ellos, se exponían diversas situaciones vitales (como, por ejemplo, *bullying* o los desahucios) a las que un gran número de personas tienen que hacer frente y que suponen un grave sufrimiento; acompañando a cada situación se planteaba una

17. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (10/09/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA advierte de que los determinantes sociales pueden llegar a desencadenar un sufrimiento profundo que derive en suicidio», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/sala-prensa/determinantes-sociales-desencadenar-sufrimiento-profundo-suicidio/>

reivindicación. Con el *hashtag* #ParaDejarDeSufrir, el objetivo de esta iniciativa era promover una transformación social para que «la vida sea un lugar donde vivir», tal y como reclamaba el manifiesto elaborado por el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA. La Confederación impulsó esta campaña siguiendo la línea de trabajo sobre salud mental y determinantes sociales del Ministerio de Sanidad.

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2024, el suicidio fue en España la segunda causa de muerte no natural. En total, murieron por esta razón 3.953 personas (2902 hombres y 1.051 mujeres). Aunque esta cifra representa un 3,9% menos que en el año anterior, sigue siendo una urgencia que requiere medidas firmes. Para hacerle frente, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, donde SALUD MENTAL ESPAÑA ha participado en la elaboración como miembro del grupo motor. El propósito de este plan es reducir y prevenir las conductas suicidas, prestando especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad. Tal y como reconoce el propio Ministerio, la prevención pasa por entender que la salud mental no es únicamente una cuestión individual, sino que está profundamente condicionada por las circunstancias en las que vivimos.

Para Lourdes, la **violencia vicaria** que sufrió durante años la sumió en un pozo del que tardó mucho tiempo en salir. Con un trastorno límite de la personalidad (TLP), la extremeña cuenta que estuvo dos años sin poder ver a su hija, ya que su expareja —con quien estaba en proceso de divorcio— «se dedicaba a decirle que su madre estaba loca». Esta situación la llevó a tener tres o cuatro tentativas de suicidio, ya que el dolor sufrido la «perjudicó mucho» a la hora de poder ir recuperándose día a día. Actualmente, Lourdes afirma que se encuentra «estable» y que su experiencia la ha llevado a crear hábitos para no caer en un estado de tristeza. Por eso insiste en que «cuesta mucho trabajo, pero se sale de esto».

La violencia es uno de los determinantes sociales que puede explicar la conducta suicida, pero hay muchos más, como los problemas de vivienda, la sobrecarga de cuidados, la discriminación o las dificultades económicas.

Esta última circunstancia fue quebrando, poco a poco, la salud mental de Esperanza Iglesias, pero no fue el único motivo. Tras haber sufrido abusos en la infancia, esta representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA y del Comité de Personas con Experiencia Propia de Salud Mental Andalucía, tuvo su primer intento de suicidio siendo muy joven. No obstante, ella misma sostiene que el verdadero punto de inflexión llegó al cumplir los 40, cuando se vio atrapada en una serie de circunstancias familiares, laborales, de pareja y de vivienda que se volvieron «insostenibles».

La propia OMS reconoce que «el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal». Esperanza, desbordada por las circunstancias que atravesaba, relata cómo todo ello «va minando la salud física y mental de una persona, hasta dejarla hecha un guiñapo que no quiere vivir. ¿Quién desea vivir un día más así?». La andaluza, que finalmente desarrolló una depresión, tuvo hasta seis tentativas de suicidio. «Mi reacción no era la de una enferma —explica—, sino la de alguien que siente que solo tiene una salida». En su último intento, Esperanza logró dar un paso decisivo: superar el prejuicio que la arrastraba —pensaba que pedir ayuda era cosa «de débiles»— y, al hacerlo, descubrió que la ayuda llegaba de inmediato.

Brindar mecanismos de apoyo es fundamental para avanzar en la erradicación del suicidio, pero no resulta suficiente. Nel González Zapico, presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, sostiene que «es imprescindible un abordaje transversal del suicidio para mitigar sus efectos: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los problemas de salud mental».

Para lograrlo, se apoya en la elaboración de políticas de prevención en materia de salud pública que incluyan planes de prevención eficaces, dotados de los recursos económicos, materiales y humanos necesarios. Por ejemplo, el teléfono de atención a la conducta suicida (024)— un recurso público, gratuito y accesible, disponible las 24 horas del día— fue una de las reivindicaciones históricas de la Confederación hasta su puesta en marcha.

La Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Ministerio de Sanidad contempla, dentro de su línea estratégica número 3, acciones enfocadas en la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.

SALUD MENTAL ESPAÑA, como miembro del Comité Técnico de la Estrategia, participó en la elaboración de este documento. Asimismo, la Confederación participó, en abril, en la primera Jornada de Comunicación Preventiva del Suicidio, organizada por el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad. Años atrás, ya se había publicado **«Las palabras sí importan»**, una guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación, que sentó las bases para promover una información más digna y responsable sobre salud mental.

En 2025, la Confederación participó también en la **«Jornada Prevención del Suicidio»**, organizada por el Ministerio de Sanidad por el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con la obra teatral «Sacudida», de la mano de la compañía La Rueda Teatro Social. Una representación que visibiliza y reclama las necesidades para la prevención de este problema social. Asimismo, las acciones de sensibilización y las distintas campañas son también fundamentales para que la sociedad tome conciencia de la grave problemática que representa el suicidio.

Todas estas acciones siguen avanzando hacia una transformación social que permita dejar de sufrir a millones de personas. Y es que, tal y como sostiene el presidente de la Confederación, «en general, la conducta suicida se puede predecir, y por tanto también prevenir». Esperanza cuenta que, tras pedir ayuda, ha podido experimentar los años «más plenos de su vida». Tal y como ella misma afirma: «La vida es un recorrido que merece la pena hasta el final, porque, si te vas antes, puedes perderte algo importante. Y, después de haberlo pasado tan mal, ¿y si lo bueno llega al final y tú te vas antes?».

8.2. Logro: Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027

El *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio en España*¹⁸ incorpora estrategias y medidas para abordar la conducta suicida desde la prevención, reconociendo la salud mental como una prioridad de salud pública.

Este Plan enumera una serie de barreras detectadas en materia de prevención que incluyen varios desafíos, entre los que se enumeran los siguientes:

- 1. Falta de desarrollo de la vigilancia de la conducta suicida.** La falta de información precisa sobre intentos de suicidio, que garantice, además, la interoperabilidad de los datos es un obstáculo para el desarrollo y evaluación de estrategias efectivas.
- 2. Bajo seguimiento de guías de práctica clínica (GPC).** Las recomendaciones basadas en la evidencia no se aplican de manera sistemática, lo que incrementa la variabilidad en la atención a las personas con conducta suicida.
- 3. Falta de continuidad asistencial.** Existen brechas en el seguimiento de las personas que presentan conducta suicida, afectando a su atención y recuperación.
- 4. Estigma sobre el suicidio.** Persisten mitos, sesgos, prejuicios y creencias que dificultan una discusión abierta sobre el tema, además de una baja implicación de los medios de comunicación en la cobertura preventiva y en la labor de concienciación.
- 5. Falta de enfoque multisectorial.** Las dificultades en la coordinación entre diversas administraciones y sectores limitan la efectividad de las estrategias preventivas.
- 6. Escaso apoyo y acompañamiento a las personas supervivientes.** Las familias y allegados/as de personas que han fallecido por suicidio no siempre reciben el seguimiento y apoyo necesarios.
- 7. Dificultad en la implementación de acciones coordinadas:** así como el intercambio de buenas prácticas.

El Plan propone **medidas específicas** para fortalecer la atención a la conducta suicida, siguiendo **seis líneas principales**:

18. Comisionado de Salud Mental (2025). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*, Ministerio de Sanidad. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-prevencion-suicidio-2025-2027/>

- **LÍNEA 1.** Información de calidad
- **LÍNEA 2.** Sensibilización
- **LÍNEA 3.** Prevención en situaciones de vulnerabilidad
- **LÍNEA 4.** Prevención en todas las políticas
- **LÍNEA 5.** Abordaje sanitario
- **LÍNEA 6.** Enfoque integral

8.3. Recomendaciones

- Implantación efectiva del Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027.

9. Seguridad y protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias y desastres naturales

Artículo 11 CDPD

Este precepto obliga a los Estados Partes 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.

9.1. Aspectos a tener en cuenta

9.1.1. La defensa de la salud mental como reconocimiento de la vulnerabilidad compartida

2025 ha estado marcado por acciones encaminadas a la salud mental en **catástrofes y emergencias**. Lamentablemente, las catástrofes y emergencias constituyen riesgos cada vez más frecuentes, lo cual hace imprescindible crear **estrategias preventivas y de intervención** que tengan en cuenta la salud mental.

Con el fin de visibilizar esta realidad, el **Día Mundial de la Salud Mental**, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA impulsó la campaña **#EmergenciasySaludMental**. Bajo el lema elegido por votación popular, «Compartimos vulnerabilidad, defendamos nuestra salud mental», la Confederación quiso poner el foco en los **efectos psicológicos** que generan las emergencias en la salud mental, tanto a nivel individual como colectivo. Esta iniciativa, que contó con el apoyo de la Fundación ONCE y del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, se componía de 3 vídeos y 9 infografías, donde se visibilizaba cómo todas las personas podemos ser vulnerables ante catástrofes, y cómo estas situaciones pueden afectar al bienestar emocional de cualquiera.

Los vídeos **recogían valiosos testimonios de personas de la Asociación Salud Mental Lorca (ASOFEM) y la Asociación Salud Mental La Palma**, que fueron testigos de emergencias como **el terremoto de Lorca o la erupción del volcán de La Palma**, respectivamente. Los testimonios se dividieron en tres partes: «El día en que todo cambió», «Los primeros pasos tras la emergencia» y «La ciudad y la mente: una reconstrucción».



«La salud mental de todos los lorquinos, el día que aconteció el terremoto de Lorca tembló al igual que el suelo», así comenzaba Rosana Salas, directora de Salud Mental Lorca (ASOFEM), narrando en uno de los vídeos el seísmo sufrido por la población murciana. Paqui López, socia de ASOFEM, se vio afectada directamente por el terremoto y explicaba que lo vivió «muy mal», ya que hasta el día siguiente no pudo contactar con algunas personas de su familia. Ángeles de León Quintero, presidenta de Salud Mental La Palma, relataba que durante la **erupción del volcán** «el tiempo transcurría muy lentamente», debido a la gran incertidumbre de no saber dónde refugiarse. Algo que, como sostenía María de la Paz Magdalena Pérez, responsable de Salud Mental La Palma, «indudablemente, ha afectado a la calidad de vida y a la salud mental de las personas afectadas».

En los vídeos, María de la Paz explicaba cómo, tras la emergencia sufrida, la prioridad de Salud Mental La Palma fue proporcionar a las personas damnificadas enseres para las necesidades básicas. La presidenta de la asociación, Ángeles de León, incidía en **la importancia de ofrecer ayuda psicológica**: «un lugar donde sentirte bien, para desahogarse y poder hablar de esos días es primordial».

La directora Salas relata que, tras el **seísmo**, la prioridad de Salud Mental Lorca fue localizar a todas y todos sus socios. Aunque la sede sufrió daños, trasladaron las actividades al exterior,

creando un **«clima de seguridad»**. Rosana aseguraba que estuvieron presentes para todas las personas y «no las dejaron solas». Para Paqui, socia afectada, este apoyo fue fundamental: «Necesitábamos cariño y tranquilidad para no ponernos más nerviosos.»

«Tras pasar varios meses, al ser conscientes de que todo lo sucedido había sido cierto, que no era un sueño, llegó el momento de **la reconstrucción**, tanto de la ciudad como de la propia mente», contaba Rosana. Para la directora de ASOFEM, era fundamental estar preparadas ante futuras situaciones de emergencias.

Por su parte, María de la Paz, responsable de Salud Mental La Palma, subrayaba que **«la información** debe ser la base para que la población se sienta segura», ya que ayuda a **mitigar expectativas y frustraciones**, algo que actualmente afecta a quienes no han recibido las ayudas prometidas. Como añadía Rosana, «la herida sigue ahí, y aunque pase el tiempo, hay secuelas que no terminan de sanar».

A través de las **infografías**, SALUD MENTAL ESPAÑA abordó y amplió otras situaciones de catástrofe, como **emergencias medioambientales y climáticas, conflictos bélicos, emergencias sanitarias, tecnológicas o industriales, y crisis económicas**. En ellas, se ofrecen datos sobre las características de cada emergencia y cómo afectan a la salud mental, así como reivindicaciones para la prevención, la atención y la recuperación. Por ejemplo, en situaciones bélicas como el genocidio que está asolando la vida de miles de personas en Gaza, la violencia y el desarraigo **afectan gravemente el bienestar emocional de la población**, por lo que es urgente exigir el cese de la violencia, la protección de civiles y el acceso a la ayuda humanitaria.

Además de la que ha sido la emergencia sanitaria más grave de nuestro siglo, el COVID-19, emergencias climáticas como los incendios en Castilla y León, Extremadura o Galicia y la DANA han dejado una profunda huella emocional en las personas y comunidades afectadas de este país.

En la campaña, **SALUD MENTAL ESPAÑA recogía numerosas reivindicaciones** como, por ejemplo, más recursos públicos y planes coordinados para **prevenir** emergencias con perspectiva de género e inclusiva hacia las personas con discapacidad; la necesidad de una **atención** que humanice las intervenciones e incluya a personas con discapacidad psicosocial en los comités de crisis, y respuestas para la **reconstrucción** que restablezcan los apoyos comunitarios y familiares, a la vez que se aborden también las causas estructurales como la desigualdad, la crisis climática o los conflictos bélicos.

9.2. Problemas de salud mental en escolares tras el terremoto de Lorca

Los desastres naturales, especialmente los terremotos, producen altas tasas de **estrés postraumático** en las personas menores, con una mayor prevalencia en las niñas y en escolares de menos edad.

La prevalencia de estrés postraumático es superior en las niñas a cualquier edad en su fase aguda. Sin embargo, en su fase crónica las niñas sólo muestran tasas superiores a edades tempranas. Las personas menores más pequeñas, y entre ellas las niñas, deben considerarse grupos de especial riesgo en estos desastres naturales. A la luz del estudio *Hábitos Saludables, Discapacidad y Calidad de Vida en Personas con Ansiedad y Depresión tras el Terremoto de Lorca: Un Estudio Caso-Control*, elaborado por Ana Isabel Ruiz Moreno,¹⁹ los desastres naturales y especialmente los terremotos, por sus características (gran dificultad de predicción y extraordinario poder destructivo), generan un **fuerte sentimiento de indefensión, ansiedad y depresión**, provocando el cambio de situación vital de las personas que lo experimentan. Las conclusiones obtenidas del estudio de caso-control, realizado sobre la discapacidad, hábitos de salud y calidad de vida percibida entre las personas atendidas por trastornos ansioso-depresivos, en el Centro de Salud Mental de Lorca tras la exposición a los terremotos de Lorca, fueron:

1. En relación con los hábitos de salud, nuestro estudio nos revela que la población diagnosticada de ansiedad y/o depresión y en tratamiento realizaba una mayor práctica de ejercicio físico que aquellas personas que no sufrieron dichas alteraciones de la salud. Sin embargo, presentaron un mayor consumo de tabaco y refirieron problemas de sueño con mayor frecuencia que los controles. El efecto de estas diferencias detectadas en el análisis bivalente no fue significativo al controlar el análisis por los potenciales factores de confusión (variables sociodemográficas, el número de enfermedades crónicas y el nivel de exposición al terremoto).
2. Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo mostraron una mayor **discapacidad funcional**, una mayor limitación y restricción de participación en los distintos ámbitos de su vida, comparadas con las personas sin diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo expuestas al mismo evento. Las categorías con más deterioro según la WHODAS-II, han sido el funcionamiento diario y el sentimiento de estigmatización.
3. Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo presentan una **menor calidad de vida** percibida, manifestando una peor percepción tanto en el componente mental (funcionamiento social, rol emocional, salud mental, vitalidad y salud general) como en el componente físico (funcionamiento físico, rol físico, dolor y salud general y vitalidad).
4. Por último, y como hallazgos secundarios, cabría destacar que, entre las variables utilizadas como variables de ajuste, aquellas que mantienen una asociación significativa en los diferentes modelos multivariantes de forma más consistente, estarían el **nivel de exposición a los terremotos** y el **ser mujer**.

Además, en este mismo sentido, la investigación de Jesús Martí Esquitino *Asociación de Experiencias Adversas en la Infancia con Problemas de Salud Mental Después de un Desastre*

19. Ruiz Moreno, A. I. (2017). *Hábitos saludables, discapacidad y calidad de vida en personas con ansiedad y depresión tras el terremoto de Lorca: un estudio caso-control*, tesis doctoral, Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154919>

Natural: Un Estudio de Caso-Control,²⁰ destaca la existencia de estudios previos que han corroborado, de una parte, la **asociación entre las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) y la patología mental y física**, y de otra, la exposición a los desastres naturales y el desarrollo posterior de patología mental, pero no la relación entre **EAI, desastres naturales y patología mental**. Los hallazgos de este estudio sugieren que las experiencias adversas sufridas en la infancia, especialmente la enfermedad mental en los padres, el abuso físico y la negligencia son factores de riesgo relevantes para el desarrollo de patología mental en etapas posteriores de la vida tras eventos estresantes graves como un terremoto. Además, podría haber un efecto dosis-respuesta entre el número de EAI y el desarrollo de psicopatología posterior. El mecanismo de funcionamiento subyacente se fundamentaría en el efecto de las EAI en la reducción del umbral de afrontamiento de las personas ante estresores graves posteriores.

De forma complementaria, las personas que han sufrido un mayor número de eventos estresantes y las que han tenido mayor impacto emocional relacionado con el terremoto, también tienen **mayor probabilidad de desarrollar psicopatología** y de tener que acudir a los servicios de salud mental. Estas asociaciones se mantienen tras ajustar por las variables sociodemográficas.

Por otra parte, los efectos de las EAI como factores de riesgo se mantienen incluso ajustando por las **variables sociodemográficas**, el **grado de exposición** y el **grado de afectación del terremoto** (ajuste completo), a pesar de que el grado de exposición al terremoto y el sexo son factores de riesgo por sí mismos para el desarrollo posterior de patología mental. Asimismo, el efecto del grado de exposición al terremoto se mantiene tras el ajuste por el resto de los factores, mientras que el impacto emocional del terremoto deja de ser un factor de riesgo relevante al realizar el ajuste completo.

El estudio se presenta como el primero que analiza por separado y de forma conjunta algunos de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de psicopatología en relación con un evento altamente traumático, como es un terremoto, y en una muestra de casos y controles que han sufrido dicho evento. Los resultados sugieren que, tanto las experiencias adversas sufridas durante la infancia como el número de estresores sufridos tras un terremoto son factores de riesgo relevantes en el desarrollo posterior de los trastornos mentales del espectro ansioso-depresivo, mientras que el impacto emocional está mediado por las EAI, PGET y variables sociodemográficas. Las variables PGET (Puntuación Global de Exposición al Terremoto) y GAT (Grado de Afectación del Terremoto) solo parecen tener una correlación baja en el grupo de personas que no han desarrollado un trastorno mental, una vez ajustadas por las variables sociodemográficas, sugiriendo que el grupo de casos ha llegado a un techo de impacto emocional a partir del cual, el número de estresores no aumenta el grado de afectación.

En definitiva, los resultados permiten verificar las tres hipótesis principales y abren la puerta a otros estudios que profundicen en el análisis de los factores de riesgo y de las variables mediadoras en el desarrollo de los trastornos mentales.

20. Martí Esquitino, J. (2016). Asociación de Experiencias Adversas en la Infancia con Problemas de Salud Mental Después de un Desastre Natural: Un Estudio de Caso-Control, tesis doctoral, Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128257>

9.3. Buena práctica: Recuperación emocional y social de las personas afectadas

2025 comenzó con la firma de un acuerdo de colaboración entre la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer, 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. El proyecto incluía la creación de una comunidad de aprendizaje con las asociaciones que agrupan a personas damnificadas de la DANA de Valencia, el volcán de la Palma y el terremoto de Lorca.

9.4. Recomendaciones

1. Incrementar los recursos públicos destinados a salud mental para garantizar un acceso global, gratuito y universal, y reforzar los servicios sociosanitarios a medio y largo plazo.
2. Garantizar el acompañamiento emocional y el acceso a tratamiento a las personas afectadas, desplazadas y/o refugiadas, y establecer procesos de acogida no discriminatorios.
3. Asegurar la inclusión de las personas con discapacidad y sus familias en todas las fases de la gestión de emergencias, así como mejorar la accesibilidad psicosocial en todos los ámbitos.
4. Incorporar la perspectiva de género, interseccional y sobre desigualdades en el diseño de los planes de emergencias.
5. Formar y sensibilizar en salud mental a los equipos de emergencias, con el objetivo de humanizar las intervenciones y velar por el cumplimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
6. Prestar apoyo psicosocial a los equipos de emergencia y servicios esenciales.
7. Promover una reconstrucción con enfoque psicosocial, liderada por las comunidades afectadas, con criterios de equidad, justicia y solidaridad.
8. Generar comunidades de aprendizaje, con la participación de las personas con problemas de salud mental.
9. Abordar y transformar las causas estructurales de las emergencias, entre ellas: el cambio climático, las desigualdades estructurales y los contextos bélicos.

10. Diseñar procedimientos y recomendaciones en situaciones de emergencia que contemplen la especificidad de la salud mental, partiendo de las recomendaciones efectuadas al respecto por el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, a fin, no solo de proporcionar una respuesta inicial ante los riesgos emergentes, sino también de crear una red de apoyo que permita una recuperación sostenible y proteja el bienestar psicosocial de las comunidades afectadas en el largo plazo.²¹

21. Comisionado de Salud Mental (2024). *Marco de intervención psicosocial en situaciones de catástrofe. Recomendaciones desde el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad*, Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/infoDana/riesgo-ParaLaSalud/docs/2024_11_08_Marco_de_intervencion_psicosocial_en_situaciones_de_catastro-fes.pdf

10. 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.

10.1. Logros

10.1.1. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos condena a España por un ingreso involuntario en el que se vulneró el derecho a la asistencia letrada

El 6 de noviembre de 2025, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) **condenó al Estado español** a indemnizar con 5.000 euros en concepto de daños morales, y más 7.000 euros de costas procesales, a B.M., un hombre que en 2021 había sido **ingresado involuntariamente en un hospital psiquiátrico**, tras un episodio que se había producido en el trabajo, sin ser oído con las debidas garantías, sin contar con asistencia letrada y tras un examen médico que, según se ha podido constatar, no cumplió los requisitos mínimos de rigor y objetividad para fundamentar su privación de libertad.²²

Ante los hechos acreditados, el TEDH declaró que España había vulnerado el artículo **5.1(e) del Convenio Europeo de Derechos Humanos** al no garantizar las debidas salvaguardias procesales durante el internamiento psiquiátrico involuntario de una persona, y al no ofrecer una revisión judicial efectiva que evitara la arbitrariedad, lo que afecta directamente al derecho a la libertad y seguridad. Es decir, esto supone que no hay medida médica, por necesaria que se considere, que pueda materializarse vulnerando derechos humanos y sin aplicar las debidas garantías.

La sentencia es especialmente relevante por cuanto afecta a la aplicación de una de las medidas que mayor impacto tiene en la vida de las personas con problemas de salud mental y que ha sido objeto de múltiples debates, junto con los tratamientos involuntarios, en los contextos sociosanitarios y jurídicos. Esta sentencia del TEDH sitúa el eje del debate en el punto que nunca debió discutirse y es que los derechos humanos obligan a **poner en el centro a la persona, no a la organización sanitaria**. Es un cambio de mirada que implica humanización de los sistemas

22. Enlace al documento original en inglés: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-245702%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-245702%22]})

en un ámbito, como es el de la salud mental, donde se ha normalizado el uso de la fuerza y la coerción para doblegar la voluntad de las personas más vulnerables. Por tanto, la sentencia marca un antes y un después en los términos con los que ha de plantearse cualquier debate en esta materia.

Eric Sanz de Bremond, abogado del demandante, ha subrayado que la sentencia va **más allá del derecho a la defensa y apunta al propio sistema de internamiento en España**, al señalar en su texto «que las autoridades españolas no llevaron a cabo un examen exhaustivo de la privación de libertad del demandante y que la forma en que tramitaron la autorización del internamiento forzoso del demandante no cumplió con las garantías procesales efectivas contra la detención arbitraria». El abogado del demandante destaca que la sentencia es clara al requerir, entre otros aspectos, que la asistencia letrada debe estar presente «por defecto» en vistas para decidir sobre internamientos, el fiscal debe defender los intereses del paciente en caso de ausencia de defensa legal y el auto debe razonar por qué el ingreso involuntario es la medida menos lesiva para la persona y sus derechos.

Además, el Tribunal entiende que los derechos del demandante «habrían estado mejor protegidos si el Juzgado de Primera Instancia hubiera intentado averiguar activamente si deseaba asistencia letrada o no».²³ Sin embargo, según afirma el demandante, durante la vista, que se celebró por Zoom y no quedó grabada, reiteró su petición de tener presente a su abogado, una petición que ya había efectuado según consta en el informe de admisión de B.M. en la planta psiquiátrica, donde además mostró su negativa al ingreso y se quejó de su inmediata contención mecánica. El TEDH cree también que «parece que el médico nombrado por el juzgado nunca vio al demandante en persona y solo reiteró el diagnóstico preliminar» que aparecía en el informe del ingreso del 15 de mayo. Estrasburgo también reprueba al tribunal español por no garantizar que la resolución de la vista llegara a B.M.; dejando en manos del personal sanitario el traslado del auto al paciente, lo cual no ocurrió hasta que abandonó el hospital el 28 de mayo.

El recurso del auto que dio por bueno el ingreso forzoso de B.M., emitido por el Juzgado de Instrucción número 52 de Madrid, fue desestimando en la Audiencia Provincial. Asimismo, el Tribunal Constitucional declaró inadmisibile el recurso de amparo interpuesto por el demandante, por carecer de «relevancia constitucional, en febrero 2023. Finalmente, se acudió al TEDH, donde la representación del Estado español adujo que no existe obligación legal de ofrecer asistencia letrada en casos de internamientos psiquiátricos. Sin embargo, el Tribunal es claro al respecto y reitera: «que una persona internada en una institución psiquiátrica debido a su estado mental debe, salvo circunstancias especiales, recibir asistencia letrada en los procedimientos relacionados con la continuación, suspensión o terminación de su internamiento. La importancia de lo que está en juego para ella, junto con la naturaleza misma de su afección, obligan a llegar a esta conclusión».

23. Mar Escobedo, Deva (7 nov 2025). «El Tribunal Europeo de Derechos Humanos condena a España por un ingreso psiquiátrico forzoso sin garantías», El Salto. <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/tribunal-europeo-derechos-humanos-condena-espana-un-ingreso-psiquiatrico-forzoso-garantias>

10.1.2. Una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) ha incidido en la importancia de la salud mental en un caso de incapacidad permanente absoluta

El **Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM)**, en su sentencia 1185/2024, incide en la importancia de **valorar los diagnósticos, tanto físicos como mentales, por igual**, en el caso de una mujer cuya incapacidad permanente había sido rechazada por el INSS, al considerar que el cuadro físico que presentaba «no alcanzaba un grado suficiente de disminución de su capacidad laboral». El Juzgado de lo Social n.º 28 de Madrid falló a favor de la concesión de dicha incapacidad permanente absoluta en su sentencia de 22 de marzo de 2024, presentando el INSS recurso de suplicación ante el TSJM, alegando que «no ha quedado acreditada una grave dificultad para la movilidad, como tampoco la gravedad o severidad del cuadro ansioso-depresivo que invoca», por lo que, a su juicio, todo ello la hacía apta para trabajar.²⁴

Lo más destacable de esta sentencia es, como señala la abogada encargada del caso, Cristina Alonso, es que «incide en la importancia de valorar todos los diagnósticos por igual, y cómo afectan al desarrollo de la profesión habitual, o cualquier otra a la que se pudiera adaptar, con un mínimo de eficacia, diligencia y rendimiento... además, se le da mucha importancia al cuadro ansioso depresivo...». Más aún, si se tiene en cuenta que las limitaciones físicas constituyen el núcleo de valoración en la práctica forense.²⁵

10.2. Recomendaciones

1. **Tomar conciencia del estigma y la discriminación** a las que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, garantizando su participación en la sociedad como ciudadanas de pleno derecho.
2. **Revisar la legislación española** en materia de internamiento no voluntario y, en todo caso, incorporar la obligatoriedad de que cualquier persona que vaya a ser sometida a un ingreso involuntario cuente preceptivamente con asistencia letrada.
3. **Disponer medidas destinadas a garantizar** que el sistema sanitario, de protección social y educativo se articulen, teniendo en cuenta su incidencia en los procesos psico-afectivos de las personas, y en consonancia con un modelo de Atención Integral Psicosocial en el que se aborde la salud y el bienestar de la persona desde una perspectiva holística, que incluya el nivel biológico, la experiencia subjetiva y el contexto social, con especial atención a las situaciones de vulnerabilidad.

24. Hermida, B. (21 / 01 / 2025). «La salud mental tiene la misma importancia que la salud física, según una novedosa sentencia del TSJM», CONFILEGAL. <https://confilegal.com/20250121-una-sentencia-novedosa-del-tsjm-destaca-que-a-salud-mental-tiene-la-misma-importancia-que-la-salud-fisica/>

25. *Ibid.*

11. 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.

11.1. Aspecto a tener en cuenta: Humanizar la atención en salud mental

Humanizar la atención en salud mental es ya imperativo, a la vista de los datos existentes. De los resultados del «Estudio internacional de salud mental AXA España 2025»²⁶ se extraen datos importantes para conocer la situación de la salud mental de la ciudadanía española, como que el 23% de la población en España reconoce tener **ansiedad**, un 48% declara tener **depresión**, y un 59%, **estrés**. Por otra parte, el 25% de las personas entre 18 y 24 años dice tener estados de depresión, el 70%, estrés, y el 9%, ansiedad. Mientras, el 64% de la población dice que es susceptible de sufrir ansiedad, estrés o depresión, entre las personas jóvenes, el porcentaje asciende al 85%. El 41% de las personas entrevistadas dijo tener que recurrir a ayuda profesional con medicación. España es el país con mayor uso de fármacos de la muestra. El 53% de las personas dice haber compartido problemas de salud mental con un/a sanitario/a, el 23% con psicólogos/as o psiquiatras.

En este sentido, un estudio impulsado por el Grupo de Investigación NURSEARCH,²⁷ de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Barcelona y publicado en la revista *Journal of Clinical Nursing*, ha puesto el foco en una cuestión tan delicada como poco explorada: la **percepción de la calidad de los cuidados como factor que puede marcar una gran diferencia en la atención a la salud mental**. Así, este trabajo destaca que aspectos como la privacidad, la seguridad, el apoyo emocional o la planificación del alta son determinantes. De hecho, **cuando los cuidados se viven como dignos, seguros y colaborativos, la sensación de haber sido coercido y humillado disminuye significativamente**.

El profesor Moreno Poyato, según una noticia publicada a este respecto por la Universidad de Barcelona, subraya que: «Entre todos los factores, el **respeto a la intimidad y la dignidad** —lo que el cuestionario del estudio describe como «entorno protegido»— es el que mayor impacto tiene

26. Ipsos (2025). «Estudio internacional de salud mental AXA España 2025», Fundación AXA. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-internacional-salud-mental-axa-2025/>

27. Universitat de Barcelona (15/09/2025). Mejorar la calidad de los cuidados reduce la sensación de miedo y coerción en la atención a la salud mental, Universitat de Barcelona. <https://web.ub.edu/es/web/actualitat/w/cuidados-atencion-salud-mental> Artículo de referencia: El-Abidi, K. et al. (Jul/2025). «Examining the Association Between Perceived Quality of Care and Experienced Coercion Among Patients in Acute Mental Health Units in Spain: A National Cross-Sectional Study», *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.70048.

a la hora de reducir la vivencia de coerción y humillación. También destacan la **participación en las decisiones clínicas** y una **buena preparación del alta médica**, ámbitos en los que las enfermeras tienen un papel clave a la hora de crear vínculos terapéuticos y garantizar una atención centrada en la persona».

Este estudio, según publica esta universidad, demuestra con datos que mejorar la calidad percibida de los cuidados tiene un impacto real en la vivencia de las personas hospitalizadas, y para lograrlo es importante impulsar la **proximidad diaria del personal de enfermería, facilitar espacios seguros, favorecer la confianza y promover una atención libre de coerción**.

El profesor Moreno Poyato abunda en la idea de que no solo se trata de recursos, sino principalmente de cambiar la mirada y las prioridades: «cuidar con respeto, garantizar espacios íntimos, escuchar activamente y ofrecer un entorno emocionalmente seguro».

Las conclusiones del estudio, según publica esta universidad, refuerzan las peticiones de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), dirigidas a avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona y basados en los derechos humanos, la participación y la recuperación.

11.2. Recomendaciones

- 1. Diseñar una atención sanitaria con enfoque biopsicosocial.** Los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel fundamental en el funcionamiento humano. Este enfoque revela que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano, conformando una red compleja de elementos interconectados que interactúan de manera continua y simultánea.
- 2. El modelo de abordaje de la salud mental debe realizarse desde una perspectiva holística,** abarcando todas las esferas de la vida de una persona y desde una visión de derechos en el que la propia persona con un problema de salud mental sea el centro de cualquier tipo de acción.
- 3. Promover la prevención,** la detección precoz y el abordaje desde edades tempranas de problemas ligados con la salud mental.
- 4. Tomar conciencia y enfrentar el estigma,** implantando un modelo social de derechos humanos. Urge establecer un modelo de atención interdisciplinar y transversal que involucre a todas las Administraciones Públicas, cuyos recursos resultan determinantes para lograr una plena inclusión, evitando prácticas como la contención mecánica u otras que atentan contra los derechos fundamentales.
- 5. Impulsar políticas públicas eficaces,** destinadas a promover el bienestar físico, mental y emocional, que tengan en cuenta al menos dos aspectos:
 - **Interconexión** entre salud física y mental, y la consideración de la salud mental como elemento clave en el bienestar global.
 - Consideración del **contexto actual** de la sociedad, marcado por un carácter eminentemente competitivo.

12. Trabajo y empleo

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.

12.1. Aspecto a tener en cuenta: La relación especial de las personas con problemas de salud mental que prestan servicios en centros especiales de empleo

La relación especial de las personas con problemas de salud mental que prestan servicios en centros especiales de empleo enfrenta, entre otros, **problemas estructurales** que tienen que ver con la **cultura de trabajo y la ausencia de conocimiento y conciencia en materia de salud mental**. A este factor, tampoco ayuda la **falta de una regulación de la accesibilidad psicosocial**, que sí tienen las discapacidades física, sensorial y cognitiva. Estos aspectos perjudican a la integración laboral de estas personas, al detectarse graves deficiencias en el establecimiento de **cauces** para el ejercicio de sus derechos y deberes en el trabajo. Estas y otras deficiencias dificultan o impiden la garantía de la igualdad y no discriminación, afectando a todas las fases de la relación laboral, por lo que se hace imprescindible revisar el modelo de empleo protegido desde **parámetros que tengan en consideración la salud mental** como un pilar fundamental y se provea a las personas que tengan trastornos mentales de los **recursos** que sean necesarios en cada caso para acceder y mantener un empleo.

Las personas con problemas de salud mental tienen habilidades, capacidades y destrezas como cualquier otra y su problema de salud no debe ser un impedimento para acceder a un empleo. Sin embargo, su baja inserción laboral se erige como una de las principales barreras para su integración social y su recuperación. La falta de acceso a un empleo hace que la persona no pueda acceder, además, a otra serie de derechos fundamentales, como, por ejemplo, vivienda, autonomía o vida independiente, derecho a la participación, etc.

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

Es imprescindible que, desde las **Administraciones públicas**, se promueva y facilite que las personas con problemas de salud mental puedan acceder a un empleo, y para ello es preciso que se tome conciencia de la necesidad de adaptar el sistema a sus necesidades específicas en todos los procesos que llevan a ello.

Según se recoge en el **Libro Blanco sobre Empleo y Discapacidad**,²⁸ el diseño del nuevo marco normativo debe, necesariamente, inspirarse y responder a los requerimientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el nuevo paradigma del derecho a la discapacidad unido estrechamente con el derecho al trabajo de las personas con discapacidad.

Hace falta **revisar el modelo de empleo protegido** desde parámetros que tengan en consideración la salud mental como un pilar fundamental y se provea a las personas que tengan trastornos mentales las medidas y los recursos que sean necesarios en cada caso para acceder y mantener un empleo.

Señala el mencionado Libro Blanco que el reconocimiento de discriminación directa por la denegación de ajustes razonables implicará la reforma de ámbitos muy ligados al despido objetivo o al despido disciplinario de las personas con discapacidad. En este sentido resulta clave la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (STJUE) de 10 de febrero de 2022 (Asunto C-485/20) por la amplia interpretación que realiza del concepto de «ajustes razonables» para facilitar el empleo de las personas con discapacidad, recogido en el artículo 5 del Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa a un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

Por tanto, se requiere una propuesta de reforma en los ajustes razonables, donde su objetivo, siguiendo la doctrina del TJUE, constituya un enfoque basado en el concepto social de discapacidad, es decir, adaptar el entorno de trabajo de la persona con discapacidad para que pueda participar de forma plena y efectiva en la vida profesional, en igualdad de condiciones con las demás personas trabajadoras.

En este mismo sentido, el Libro Blanco destaca que es muy común que la persona con discapacidad requiera de apoyos para su inclusión en el mercado laboral, para la que se habrán de tener en consideración otras condiciones sociales (género, edad, etnia, ruralidad, etc.) asociadas a la condición de discapacidad, que pueden generar iguales desventajas y barreras en la participación.

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

28. Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Economía Social, CERMI y Fundación ONCE (julio 2023). *Libro Blanco sobre Empleo y Discapacidad*, Real Patronato sobre Discapacidad y Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/libro_blanco_empleo_discapacidad.htm

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

El Libro Blanco señala que los derechos de las personas con discapacidad, con especial consideración al derecho a un trabajo digno, van ligados al Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 8. Se trata de un objetivo que concierne a toda la población con discapacidad, pero que debe focalizarse de un modo particular en los colectivos más desfavorecidos y que afrontan mayores dificultades para su integración plena en el mercado de trabajo. Entre esos colectivos, el Libro Blanco destaca el de las personas con discapacidades mentales, quienes habitualmente se enfrentan a barreras considerables para integrarse laboralmente con toda normalidad y poder contar con un trabajo digno.

El trabajo es una de las principales fuentes de participación en la sociedad, es una **fuentes evidente de identidad** que ofrece a las personas con discapacidad la posibilidad de sentirse en igualdad de condiciones al resto de las personas que componen la sociedad. Además, para las personas con problemas de salud mental tiene una **función terapéutica**, desplazando el rol de «enfermo» por el rol de «trabajador», siendo un elemento clave para caminar por el proceso de recuperación y alcanzar la plena inclusión en la sociedad.

Por tanto, es preciso **ir más allá de la percepción del empleo como una mera fuente de ingresos**, poniendo el foco en la promoción del bienestar y la prosperidad de las personas, en especial los de aquellas más vulnerables, al tiempo que se promueven sociedades más inclusivas.

Es crucial, además, que el marco regulatorio del empleo esté acompasado, en general, con el reconocimiento de las prestaciones de Seguridad Social y de protección social, buscando fórmulas que permitan la activación al empleo sin mermar o eliminar dicha protección. Hay que recordar que la disposición final tercera, apartado segundo, de la Ley 2/2025, de 29 de abril, establece un mandato al Gobierno para que «en el plazo de seis meses y en el marco del diálogo social, el Gobierno presente una propuesta de modificación de la normativa en materia de Seguridad Social sobre incapacidad permanente y su compatibilidad con el trabajo, siguiendo el espíritu y las recomendaciones del Pacto de Toledo».

Pese a que el Libro Blanco destaca como esencial que el marco regulatorio del empleo deba estar acompasado con el reconocimiento de las prestaciones de Seguridad Social y de protección social, **la contratación o postulación para un puesto de trabajo continúa siendo causa de revisión de la incapacidad laboral.** El Pleno de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (TS) dictó, en unificación de doctrina, la Sentencia núm. 544/2024 de 11 de abril de 2024, mediante la que rectifica la doctrina que venía sosteniendo hasta el momento relativa al régimen de compatibilidad del cobro de las pensiones de Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y de Gran Invalidez (GI) con el desempeño de un trabajo. Adicionalmente, dicha sentencia mantiene que: «Si en las actuales circunstancias sociales, las nuevas tecnologías informáticas y el uso de la denominada inteligencia artificial pueden permitir a personas con serias dificultades somáticas la realización de trabajos con la ayuda de tales instrumentos, la solución al problema que se plantea no debe ser la compatibilidad de las rentas del trabajo con la prestación pública que compense la incapacidad; sino, al contrario, la revisión del sistema de incapacidades en general y, específicamente, la del beneficiario afectado en orden a potenciar sus capacidades y la consecución de rentas dignas derivadas de su esfuerzo y trabajo, al margen de la pensión pública cuya finalidad era sustituir las rentas que no existían».

En base a la anterior Sentencia de la Subdirección General de Ordenación y Asistencia Jurídica del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), en tanto que se lleva a cabo la modificación normativa que revise el actual sistema de incapacidades, asumió la nueva doctrina sentada por el Pleno de la Sala de lo Social en fecha de 13 de junio de 2024, estableciendo como Criterio de gestión 11/2024 el siguiente:

1. La percepción de la pensión de IPA será incompatible con la realización de aquel trabajo o actividad que dé lugar a la inclusión en un régimen del sistema de la Seguridad Social. A tal efecto, se suspenderá el pago de la pensión de IPA durante el desempeño de tales trabajos o actividades, dictándose resolución en la que se fundamente la suspensión en la nueva doctrina del TS, y se reanudará cuando cese la realización de dicho trabajo o actividad. En aquellos casos en los que se tenga reconocido el complemento destinado a que el interesado pueda remunerar a la persona que le atienda, previsto en el artículo 196.4 del TRLGSS, la suspensión de la pensión no impedirá que se siga percibiendo dicho complemento. Lo establecido en este apartado no impide que el INSS pueda promover la revisión del estado del interesado conforme a lo dispuesto en el artículo 200 del TRLGSS.
2. En aquellos casos en los que, de acuerdo con la anterior doctrina del TS, el pensionista viniese compatibilizando el percibo de la pensión de IPA con el ejercicio de un trabajo por cuenta ajena o de una actividad por cuenta propia que hubiera dado lugar al alta en un régimen de la Seguridad Social, durante la vigencia de dichos contratos de trabajo o de las citadas actividades, se mantendrá la compatibilidad, sin perjuicio de que se pueda iniciar, si así procediese, el procedimiento de revisión con el objeto de determinar si se mantiene el grado, en el supuesto de que el interesado no hubiera cumplido la edad de jubilación y de que dicho procedimiento no se hubiera ya iniciado cuando se tuvo conocimiento de que el interesado estaba trabajando.

De este modo entendemos que, mientras no se regule específicamente a las personas que pretendan ser beneficiarias de una pensión de Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez, les afectaría negativamente tanto el citado criterio del INSS como la doctrina jurisprudencial más arriba comentada, cuando su actividad laboral se desarrolle en un centro especial de empleo, es decir, en un puesto de trabajo adaptado a su discapacidad, por lo que dichos centros de trabajo perderían su finalidad y función básica, establecida en el artículo 1 del Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo:

Conforme a lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, los Centros Especiales de Empleo son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal.

Hay que tener en cuenta además que el trabajo en un Centro Especial de Empleo (CEE) es una actividad que tiene carácter habilitador y terapéutico, que requiere de servicios de personal «preparador/a laboral» para poder adaptar el puesto de trabajo y realizar el ajuste personal que sea preciso según las necesidades de las personas.

Además, aunque el citado Criterio de gestión 11/2024 del INSS no se refiere a la prestación de orfandad específicamente, lo cierto es que el artículo 224 de la Real Decreto Legislativo 8/2015 establece que tendrán derecho a la pensión de orfandad, en régimen de igualdad, cada uno de los hijos e hijas del causante o de la causante fallecida, cualquiera que sea la naturaleza de su filiación, siempre que, en el momento de la muerte, sean menores de veintiún años o **estén incapacitados para el trabajo**, lo que se viene considerando que tengan reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en grado de incapacidad permanente absoluta o gran incapacidad (aplicable desde 02-08-2011). Se podría entender que, mientras no se regule específicamente, del mismo modo que les afectaba a los beneficiarios de una pensión de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, a las personas beneficiarias de una pensión de orfandad les afectaría negativamente la doctrina jurisprudencial más arriba comentada, en el sentido de que no podrían compatibilizar el cobro de su prestación con la realización de actividad laboral en un Centro Especial de Empleo.

Además, es importante poner especial atención en las **barreras actitudinales**. Para ello, con el objetivo de crear entornos más inclusivos para las personas con discapacidad, se efectuará un análisis ambiental y del diseño de los espacios y la organización de profesionales y actividades, a fin de comprobar su orientación hacia la acogida y detectar así aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas. Cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, utilización, disfrute, interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier espacio, equipamiento y/o servicio serán considerados como barreras de accesibilidad.

Los centros especiales de empleo deben ser reconocidos como actores integrados en los itinerarios de empleabilidad, con obligaciones definidas de coordinación con los servicios públicos de empleo. Se ha de procurar en todo momento proporcionar atención y asesoramiento a las empresas y demás entidades empleadoras, así como la prospección de necesidades del tejido productivo, promoviendo actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales, que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso y mantenimiento del empleo por parte de personas vulnerables. En todo caso, es fundamental asegurar que la relación especial no se utilice para precarizar condiciones laborales, sino como **instrumento de inclusión y transición**, conforme a los objetivos indicados en la consulta.

12.2. Denuncia: La tasa de actividad de las personas con discapacidad psicosocial sigue siendo la más baja de todas las discapacidades

Las personas con problemas de salud mental sufren una **gran discriminación en el acceso al empleo**. Los datos más recientes publicados por el [Instituto Nacional de Estadística \(INE\)](#) señalan que, en España, **la tasa de actividad de las personas con discapacidad psicosocial es la más baja de todas las discapacidades** (27,4%, frente al 35,5%, que es la media de todas las discapacidades), y está muy por debajo de la de las personas sin discapacidad (78,5%).

Además, las personas con discapacidad psicosocial tienen la menor tasa de empleo, del 19%, casi diez puntos menos que la del conjunto de personas con discapacidad.²⁹

Existen **barreras al empleo, como el estigma**,³⁰ que existe en la sociedad y en las propias empresas, y se pone de manifiesto a la hora de contratar a personas con problemas de salud mental u ofrecerles los apoyos necesarios para su desempeño profesional.

Los riesgos para la salud mental en el trabajo, también denominados riesgos psicosociales, pueden estar relacionados con el contenido o el horario del trabajo, las características específicas del lugar de trabajo o las oportunidades de desarrollo profesional, entre otras cosas.

Los **riesgos para la salud mental en el trabajo** pueden incluir los siguientes:

- insuficiencia de capacidades o su empleo insuficiente en el trabajo;
- cargas o ritmo de trabajo excesivos, falta de personal;
- horarios excesivamente prolongados, antisociales o inflexibles;
- falta de control sobre el diseño o la carga del trabajo;
- condiciones físicas de trabajo inseguras o deficientes;
- cultura institucional que permite los comportamientos negativos;
- apoyo limitado por parte de colegas o supervisión autoritaria;
- violencia, acoso u hostigamiento;
- discriminación y exclusión;
- funciones laborales poco definidas;
- promoción insuficiente o excesiva;
- inseguridad laboral, remuneración inadecuada o escasa inversión en el desarrollo profesional;
- demandas conflictivas para la conciliación de la vida familiar y laboral.

Además, tal como recoge el décimo informe *La situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral*, elaborado por el Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (ODISMET), de la Fundación ONCE, la precariedad laboral y los bajos sueldos (brecha salarial) forman parte de esta problemática. Según el estudio, en referencia a los salarios «hay que hablar de «involución»», ya que «la brecha salarial entre la población con y sin discapacidad ha crecido un 7,2%³¹». Es un contraste cuyas consecuencias van mucho más allá de la ausencia de una forma de sustento.

29. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 2023.

30. Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2024). «Salud mental en el trabajo», Organización Internacional del Trabajo. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

31. Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (ODISMET) de la Fundación ONCE. Informe «La situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral» (2025).

No acceder a un trabajo implica un **bloqueo a otros derechos**, que resultan vulnerados. Tal es el caso del derecho a la **vivienda**, la **autonomía** o **vida independiente**, la gestión de la propia economía y de los recursos personales, la participación social, la igualdad, la cultura y el ocio. Esto supone también un impacto en el derecho a la protección de la salud,³² establecido como un derecho de carácter universal, condicionado –en la práctica– a tener un empleo remunerado. En definitiva, tener acceso a un trabajo digno promueve la inclusión, el ejercicio de la ciudadanía plena y la participación de las personas con discapacidad psicosocial en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural.

Sin embargo, no está garantizado el derecho a trabajar de las personas con problemas de salud mental en igualdad de condiciones con las demás, mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles. Ante un mercado laboral excluyente es fundamental **revertir el enfoque capacitista predominante** y reivindicar que sin empleo no se pueden garantizar otros derechos.

12.3. Buena práctica: II Plan de Empleo de Personas con Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Mediante Acuerdo de 10 de diciembre de 2025, el Consejo de Gobierno aprobó el II Plan de Empleo de Personas con Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía (**en adelante, PEPDA**) 2025–2028. Según publica la Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo de la Junta de Andalucía, este Plan de Empleo «pretende dar respuesta a las necesidades actuales que precisan las personas con discapacidad en Andalucía, en los ámbitos del empleo, la formación, la cualificación y promoción profesionales, en las condiciones de trabajo y en las de seguridad y salud laborales, siendo fundamental para reducir la desigualdad y fomentar la inclusión social, garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso a un empleo digno, y promover su desarrollo personal y profesional».³³

Este Plan comenzó a fraguarse en la primavera del 2024 hasta la fecha de su aprobación y dentro de este periodo, además de la participación de personal de los equipos técnicos de entidades que atienden a personas con discapacidad, también se ha contado con la colaboración de personas con distintas discapacidades, entre ellas, personas con problemas de salud mental. Esta ha sido la primera vez que se ha tenido en cuenta la discapacidad por salud mental.

32. Artículo 43 de la Constitución Española de 1978, Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) y Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Artículo 27 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006).

33. Junta de Andalucía (s.f.). *II Plan de Empleo de Personas con Discapacidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía*. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/empleoempresaytrabajoautonomo/consejeria/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/632812.html>

Así, han participado siete personas con experiencia propia de la Federación Salud Mental Andalucía, perteneciente al movimiento asociativo de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Este grupo de trabajo lo han conformado una persona portavoz, así como tres hombres y tres mujeres pertenecientes al Comité Pro Salud Mental de la federación andaluza, quienes han participado en todas las fases de confección de este plan. Para la configuración de este grupo de trabajo se tuvieron en cuenta perfiles de varios tipos, que hubiera representación de distintas provincias andaluzas y que las personas se encontraran en diferentes situaciones laborales — desempleas, empleadas, con incapacidad permanente, estudiantes y opositoras, entre otras.

Las fases del proceso de trabajo se concretaron en dos jornadas participativas para disponer de un diagnóstico de la situación real, intentar dar soluciones a los problemas planteados y presentar el plan. Así, el 19 de noviembre de 2025, en el marco de una jornada sobre empleo y discapacidad, se presentó el PEPDA, como una estrategia orientada a impulsar la igualdad de oportunidades mediante el refuerzo a la inserción laboral, el acompañamiento profesional y una formación adaptada a las necesidades del colectivo, siendo los objetivos estratégicos formulados los siguientes:³⁴

1. Aumentar la empleabilidad en el mercado de trabajo de las personas con discapacidad en Andalucía.
2. Aumentar la tasa de actividad de las personas con discapacidad en Andalucía por cuenta propia y ajena, y en el mercado de trabajo público y privado.
3. Garantizar la accesibilidad a los recursos y espacios para las personas con discapacidad en el ámbito laboral.
4. Fortalecer la calidad del empleo de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo público y privado.
5. Visibilizar las necesidades y capacidades de las personas con discapacidad con relación a su inserción y mantenimiento en el mercado de trabajo.
6. Atender de forma prioritaria a mujeres con discapacidad en actuaciones de carácter transversal y con acciones específicas que permitan mejorar su empleabilidad e inserción laboral.

Para dar cumplimiento a estos objetivos estratégicos, la Consejería señala que se han definido otros 25 objetivos generales, que a su vez se desarrollarán a través de un total de 33 medidas, que nacen a partir de los problemas, las necesidades y los retos detectados en la fase diagnóstica.

34. Ibid. Junta de Andalucía (19/11/2025). «La Junta presenta el II Plan de Empleo para Personas con Discapacidad para avanzar en igualdad de oportunidades».

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/empleoempresaytrabajoautonomo/servicios/actualidad/noticias/detalle/626770.html>

12.4. Recomendaciones

1. Promocionar el empleo pleno y digno en personas con problemas de salud mental.
2. Facilitar información y recursos adecuados para que la inserción sea posible.
3. Alcanzar un 2% en la cuota reservada para discapacidad psicosocial en la Administración pública.
4. Impulsar las figuras de agente de apoyo mutuo y asistencia personal en la cartera de servicios de salud, como oportunidad laboral.
5. Concienciar a las empresas sobre la generación de empleo digno para personas con problemas de salud mental, promoviendo una contratación justa.
6. Crear condiciones laborales que rompan con la brecha salarial, en puestos de trabajo cualificados, acordes al conocimiento, capacidad y experiencia de la persona, sin perder de vista la perspectiva de género.
7. Evitar la discriminación, el estigma y el paternalismo en el lugar de trabajo, partiendo de órganos de selección capacitados.
8. Dotar a la persona de los apoyos necesarios en el puesto que desempeñe.
9. Revisar el modelo de empleo protegido desde parámetros que tengan en consideración la salud mental como un pilar fundamental y se provea a las personas que tengan trastornos mentales de las medidas y recursos que sean necesarios en cada caso para acceder y mantener un empleo, entre ellos los siguientes:
 - **Ajustes razonables.** Como señala el *Libro Blanco sobre Empleo y Discapacidad*, la adaptación del puesto se ha de configurar como parte integrante del derecho fundamental a la no discriminación por discapacidad, considerándose discriminación directa la denegación de ajustes razonables a las personas con discapacidad (artículo 6.1 a), párrafo segundo, de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación; artículo 2 m) del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social). Por lo tanto, dado que los ajustes razonables constituyen una medida preventiva para mantener el empleo de las personas con discapacidad, en la nueva norma se ha de reforzar el derecho a la igualdad y no discriminación, entre otras medidas, a través de dichos ajustes razonables, **garantizando que las adaptaciones laborales sean obligatorias también en el empleo protegido** y poniendo de relieve que el deber de adaptación existe incluso aunque no haya mediado solicitud expresa, cuando de cualquier modo la empresa tome conocimiento de la necesidad específica de algún trabajador o trabajadora. Esto es especialmente importante **en el caso de las personas con problemas de salud mental, dado que está muy extendida la práctica en el ámbito**

laboral de despedirlas en cuanto se tiene conocimiento de esta condición y esta carencia es extensible a los centros especiales de empleo que, aunque tengan ese conocimiento, no disponen los recursos adecuados para promover la permanencia en el empleo de estas personas.

- **Red de apoyos.** Se trata de establecer una red de apoyos amplia y flexible, dentro del centro especial de empleo, incluyendo la asistencia personal y la metodología de apoyo de pares, que se pueda adecuar a las necesidades específicas de cada persona.

Para ello se tendrán en cuenta, además de las necesidades de apoyo, otras circunstancias sociales agravantes (factores de interseccionalidad), la falta de formación, e incluso la determinación de la zona donde se vive para que podamos hablar de una inclusión social efectiva.

- **Visión integral e inclusiva.** Esto implica crear **planes individualizados**, proporcionando **servicios integrales**, **compatibilizando el empleo con prestaciones sociales** de todo tipo (contributivas y no contributivas), **ayudas económicas, incentivos**, incluidos los fiscales cuando sea necesario, y **facilitando el acceso a servicios de empleo y formativos** de calidad y abogando por **mercados de trabajo inclusivos**. Todo ello conlleva la **eliminación de barreras de cualquier índole y, específicamente, de carácter psicosocial**, habida cuenta que el acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental va más allá de los déficit sustantivos y subjetivos del mercado de trabajo.
- **Planes de orientación, acompañamiento intensivo y formación profesional que permitan el desarrollo competencial de los trabajadores y las trabajadoras con discapacidad.**
- **Evaluación periódica de puestos y tareas, garantizando que el ajuste del puesto es real y actualizado.**
- **Interseccionalidad.** En todo momento se habrán de contemplar medidas para prevenir o atajar la discriminación derivada de la concurrencia de condicionantes que coadyuven en la condición de discapacidad: género, etnia, edad, ruralidad, estatus migratorio, etc.

10. En materia de centros especiales de empleo:

- **No circunscribir el acceso a los centros especiales de empleo a la presentación de un certificado de reconocimiento del grado de discapacidad**, pudiendo acreditar esta situación a través de informes médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales o cualquier otro medio de prueba que se haya aportado, sin que ello tenga carácter excluyente ni exclusivo.
- **Incorporar la perspectiva de género** en el ámbito de las actividades que se desarrollen en el centro especial de empleo. **Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables.** Sufren un mayor riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social, y sería beneficioso incluir criterios que pudieran favorecer su acceso a estos recursos, además de promover medidas que favorezcan su incorporación al mercado laboral.

- **Impulso de un modelo de empleo inclusivo y transicional**, conforme a los objetivos de la norma (mejora del tránsito al empleo ordinario, refuerzo de igualdad y estabilidad), incorporando mecanismos efectivos de evaluación individual de empleabilidad y obligando a los centros especiales de empleo a implementar planes de tránsito al empleo ordinario.

Es imprescindible que la relación laboral especial no se convierta en un destino permanente.

- **Abordaje y desarrollo del concepto de accesibilidad universal, incluyendo la accesibilidad psicosocial (además de la física, sensorial y la cognitiva) e itinerarios laborales en los que tengan cabida todas las personas con discapacidad sin excepción.**

En este sentido, al menos se requerirá:

- Efectuar un análisis ambiental y en el caso de que fuese necesario se rediseñarán los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida**, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas y creando entornos más inclusivos, especialmente para aquellas pertenecientes a colectivos prioritarios como las personas con discapacidad.
 - Ofrecer información adicional con el objetivo de detectar factores intralaborales de carácter psicosocial que pongan en riesgo la relación laboral o, en su caso, los factores protectores que favorezcan una salud mental positiva de las personas empleadas**, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que puedan surgir.
 - Colaborar estrechamente con las entidades del tercer sector, como expertas en las temáticas necesarias, para el desarrollo de este tipo de enclaves laborales**, apostando por que estas entidades sean tenidas en cuenta en este tipo de escenario, además de promover la sensibilización, concienciación y adquisición de las herramientas necesarias para garantizar el acceso a este tipo recursos y posteriormente al mundo laboral.
- **Inclusión de la homologación de los derechos laborales en este contexto con los del empleo ordinario** (permisos retribuidos, clasificación profesional, representación sindical, prevención de riesgos).
 - **Orientar la participación de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo desde el paradigma del trabajo decente**. Como señala el Libro Blanco, el objeto debe ser alcanzar la participación en el mercado laboral con un «empleo significativo», concepto que recoge la Observación general núm. 8 de las Naciones Unidas, garantizando el principio de «igual salario por trabajo de igual valor».
 - **Refuerzo del papel del sector social de la discapacidad** (iniciativa social no lucrativa) como sujeto legitimado activo y colaborador esencial del nuevo sistema de inclusión laboral, en línea con lo dispuesto en el *Libro Blanco sobre Empleo y Discapacidad*.

13. Nivel de vida adecuado y protección social

Artículo 28 CDPD

Este precepto incorpora el derecho a un nivel de vida adecuado para las personas con discapacidad y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, sin discriminación por motivos de discapacidad. Asimismo, se reconoce el derecho a la protección social.

13.1. Aspecto a tener en cuenta: Acceso a la vivienda y salud mental

Los recursos de vivienda son herramientas fundamentales para fomentar la **autonomía** de las personas con problemas de salud mental, así como para **promover la vida independiente**. Sin embargo, la falta de acceso a este derecho también es una fuente importante de problemas de salud mental. El informe *Vivienda y salud mental*, elaborado por el Observatorio de Derechos Sociales de Canarias (ODESOCAN),³⁵ analiza la relación entre la vivienda y la salud mental en el archipiélago desde una perspectiva de derechos sociales que incorpora variables transversales como el territorio y el género. El estudio examina cómo el **aumento de precios** y la **falta de disponibilidad** de viviendas afectan al bienestar mental de la población y observa que, a medida que se incrementan los precios del alquiler por metro cuadrado, también lo hace la prevalencia de trastornos ligados a la salud mental.

El documento muestra diversas **barreras** para acceder a la vivienda, entre ellas factores económicos y sociales, además de cómo el surgimiento de las burbujas de alquiler y las condiciones laborales vinculadas al sector servicio, se encuentran asociadas a un incremento en los problemas de salud mental.

Se ha constatado también el efecto que ejerce la dificultad del acceso a la vivienda al funcionar como **estresor significativo sobre la salud mental**. El principal motivo, según el estudio, radica en la brecha existente entre las condiciones socioeconómicas objetivas y las expectativas sociales procedentes de la socialización primaria. La burbuja del alquiler fuerza a la población local a **desplazar continuamente su residencia** para alejarse de los núcleos tensionados. Este proceso genera una situación de semi- nomadismo forzado, que afecta especialmente a la parte más vulnerabilizada de la sociedad, que sufre graves consecuencias psicológicas debido a la

35. Observatorio de Derechos Sociales de Canarias (ODESOCAN) (2025). *Vivienda y salud mental: la vivienda como catalizador de la prevalencia de trastornos ligados a la salud mental en Canarias*, Observatorio de Derechos Sociales de Canarias (ODESOCAN). <https://consaludmental.org/centro-documentacion/vivienda-salud-mental-canarias-odesocan/>

sensación de inseguridad e incertidumbre que, al cronificarse, derivan en estados de ansiedad y depresión.

Asimismo, se identifica una insuficiencia de profesionales del ámbito sanitario, que se ve agravado por una tendencia a medicalizar la salud mental que afecta especialmente a las mujeres. Los resultados sugieren la necesidad de implementar **políticas públicas que mejoren el acceso a la vivienda, refuercen los servicios de salud mental y garanticen abordar de manera efectiva los desafíos que enfrenta la población.**

Por otra parte, como se ha señalado con anterioridad (epígrafe 3), la investigación *GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España*,³⁶ impulsado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, destaca la **feminización de la pobreza** como una barrera persistente que afecta a la autonomía y calidad de vida de las mujeres. Este estudio revela la alta incidencia de mujeres con problemas de salud mental que han tenido que mudarse en los últimos años por no poder pagar el alquiler o la hipoteca. También señala las mayores dificultades de acceso al mercado laboral que estas sufren, por una falta de derivación a servicios sociolaborales de formación y capacitación para las mujeres y niñas, debido al diseño androcéntrico de los servicios y la distribución desigual de tareas por razón de género y las dificultades de conciliación. Esto, unido a las distintas **violencias machistas** ejercidas contra ellas, dificulta la materialización de la autonomía, un nivel de vida adecuado y la protección social a la que tienen derecho.

13.2. Buena práctica: proyectos de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA relacionados con la vivienda y la vida autónoma

Disponer de **apoyos** para disfrutar de una vida independiente no solo facilita a las personas el acceso a una vivienda, sino que supone una oportunidad para que la participación y la inclusión en la comunidad sean una realidad. Dentro del movimiento asociativo de SALUD MENTAL ESPAÑA existen numerosas iniciativas de apoyo en este sentido.³⁷

AFESA Salud Mental Asturias desarrolla un programa de viviendas supervisadas que tiene como objetivo que las personas con problemas de salud mental alcancen la vida autónoma. La iniciativa se divide en dos fases: la primera es la «Vivienda con apoyo. Rehabilitación psicosocial intensiva», una intervención con un tiempo de duración máxima de 18 meses, donde, en un

36. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (diciembre de 2025). *GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España*, Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-gea-mujeres-salud-mental/>

37. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2025). Reportaje sobre los proyectos de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA relacionados con la vivienda y la vida autónoma, publicado en el n.º 1 de la *Revista Encuentro*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/revista-encuentro-n1-2025/>

contexto de alojamiento seguro, se trabaja un plan consensuado con cada persona, destinado a la mejora y adquisición de los hábitos básicos para su independencia y autonomía. En la segunda fase, «Apoyo en la vivienda. *Housing led*-vida independiente», se constituye la fase de autonomía y el objetivo final del programa. Las personas que finalizan el proceso de la primera etapa comparten una vivienda con plaza permanente o están en la suya propia y gestionan todos los ámbitos de la vida autónoma, incluido el económico, con los apoyos que puedan necesitar.

La **Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón** gestiona pisos supervisados que ofrecen un apoyo flexible (ya que las necesidades varían y requieren capacidad de adaptación), individualizado (cada persona tiene una especificidad única) y continuado (se requiere que exista una referencia de apoyo). Por otra parte, en **ASAPME Huesca** disponen de un recurso alternativo de alojamiento de carácter temporal, con una supervisión personalizada, flexible y ajustada a las diferentes necesidades de cada persona. Promueven un estilo de vida independiente que contribuye a su proceso de recuperación integral y favorece la permanencia en su entorno próximo, de forma que la calidad de vida de la persona mejora. Supone, además, una alternativa cuando los entornos sociofamiliares de la persona se han deteriorado o no resultan adecuados.

Respecto a las entidades de Canarias, **AFES Salud Mental** gestiona 13 recursos de alojamiento en Tenerife, incluyendo 9 viviendas supervisadas (50 plazas), 1 residencia y 3 unidades convivenciales para personas con patología dual. En 2024, atendió a 117 personas. **Salud Mental ATELSAM** dispone de 13 viviendas tuteladas con 64 plazas, donde conviven entre 4 y 7 personas bajo supervisión profesional, las 24 horas. También gestiona dos «mini-residencias» para quienes requieren mayor apoyo en su vida diaria. La **Asociación Salud Mental El Cribo** ofrece un recurso residencial (Viviendas en Comunidad Especializadas en Salud Mental) para personas con trastorno mental grave y gestiona 11 viviendas en Arrecife, en las que convive un número reducido de personas (23 plazas). **AFESUR** ofrece el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal; dispone de 43 plazas y proporciona un total de 7.440 horas de servicio.

En Castilla y León, la federación castellanoleonesa cuenta con una amplia Red de Atención Residencial en toda la comunidad autónoma. Actualmente, dispone de 127 viviendas, 109 viviendas supervisadas (402 plazas) y 18 viviendas de vida independiente/emancipación (42 plazas). En total suman 480 plazas, de las cuales 444 están ocupadas. Asimismo, cuenta con 2 residencias con 84 plazas: la residencia de **ALFAEM** y la **Residencia de Asovica S.L.**

De las 86 entidades que forman la Federació Salut Mental Catalunya, 20 ofrecen servicios de apoyo a la vivienda y, durante 2024, consiguieron beneficiar a 384 personas en su proceso hacia una vida independiente. Estos recursos incluyen pisos con acompañamiento, residencias y servicios de apoyo a la autonomía en el propio hogar. La federación catalana dispone, además, de un recopilatorio de buenas prácticas, en el que destacan experiencias y modelos de éxito en salud mental comunitaria y vida independiente que están llevando a cabo sus asociaciones.

En Ceuta, la Asociación Salud Mental Ceuta ACEFEP dispone de un piso supervisado, una alternativa de alojamiento estable y normalizada, desde un modelo comunitario de atención, destinada a personas con problemas de salud mental que cuenten con un mínimo nivel de autonomía personal y social, pero que requieran un apoyo residencial sin necesidad de supervisión las 24 horas. En estos pisos, las personas pueden vivir durante un período de tiempo más o menos

largo, contando con el apoyo de un equipo multidisciplinar y con los objetivos de mejora de la autonomía, de su calidad de vida, de reducir las consecuencias del problema de salud mental, y de promoción de la integración.

En la red asociativa de Extremadura, la vivienda se organiza en 2 recursos. Por un lado, los pisos supervisados, normalmente de 4 o 6 plazas. Las personas que viven en estos pisos tienen una autonomía media-alta y cuentan con la atención de un número determinado de profesionales, establecido por ratios. Las plazas están concertadas y existen 44 plazas en total, repartidas por distintas viviendas en toda la región. Existe una vivienda de plazas variadas (alrededor de 8) en el Centro Sociosanitario de Mérida (Complejo psiquiátrico), dirigida al tránsito de las personas que están en la unidad hospitalaria de rehabilitación hacia la comunidad. Por otro lado, se encuentran los Centros de Rehabilitación Residencial (CRR), es decir, residencias de baja autonomía (con 30 plazas). Están dirigidas a aquellas personas que necesitan más apoyos y un proceso de rehabilitación más amplio. Se trata de 5 centros concertados y algunos llevan adscritas viviendas de tránsito hacia la comunidad.

Para las personas con problemas de salud mental de **Galicia**, las asociaciones de Saúde Mental FEAFES Galicia cuentan con dos alternativas de vivienda protegida donde están atendidas por personal especializado. Estos recursos habitacionales están dirigidos a personas que no pueden convivir con sus familias o de manera independiente, o bien para aquellas que, por su situación, tienen en estos recursos la salida más adecuada a sus necesidades habitacionales. Por un lado, en todo el territorio gallego, hay 183 plazas en pisos tutelados, tanto protegidos como de transición para personas sin hogar y, por otro lado, 70 plazas repartidas en 3 residencias.

Salud Mental La Rioja, por su parte, cuenta con la **Casa Hogar Salud Mental «Hygea»**, un recurso de atención residencial comunitario supervisado, abierto y flexible. Con 28 plazas públicas concertadas con el Gobierno de La Rioja, «Hygea» trabaja con el modelo de atención centrado en la persona, proporcionando a las personas residentes, con carácter permanente o temporal, alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, y apoyo a la rehabilitación psicosocial y a la inclusión comunitaria. Ofrece una atención personalizada acorde a las necesidades de cada persona. Con ello, favorecen la autonomía personal en el entorno comunitario y su participación plena y activa en la sociedad. Asimismo, se potencia el desarrollo integral dentro de un entorno que promueve el bienestar y que proporciona oportunidades.

El movimiento asociativo en la Región de Murcia gestiona distintos tipos de viviendas. En total, son 30 viviendas con más de 200 plazas, de las cuales 140 están concertadas con el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social). Disponen de 16 viviendas tuteladas y una residencia de 40 plazas concertadas con el IMAS para personas dependientes. Además, cuentan con otras viviendas con apoyos flexibles, financiadas por otros organismos como el Servicio Murciano de Salud y la convocatoria del 0,7, gestionada por la Consejería de Política Social. Un recurso único en España es la **vivienda MUJER**, con 4 plazas para mujeres con trastorno mental grave víctimas de violencia de género, que pueden ir acompañadas de sus hijos e hijas.

Por último, en el País Vasco, las cuatro asociaciones de la Federación Salud Mental Euskadi (AGIFES, ASAFES, ASASAM y AVIFES) disponen de viviendas con apoyo.

13.3. Recomendaciones

1. Implementar políticas públicas que mejoren el acceso a la vivienda y refuercen los servicios de salud mental.
2. Apostar por programas específicos de integración comunitaria para personas sin hogar que sirvan de complemento a los programas centrados en la vivienda.
3. Promover desde el ámbito público programas de Inclusión Social de Salud Mental.
4. Dotar de una mayor flexibilidad a los recursos del sistema sanitario de atención a la salud mental. Esto implica situar a las personas en el centro de la atención, no a los sistemas, 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.
5. Generar programas de incentivos para la contratación y la ayuda a la incorporación laboral de personas en exclusión socio-residencial y desarrollar la figura de los mentores, como herramienta psicosocial, que permita el acompañamiento, en concreto, de las personas jóvenes en un momento de construcción vital.
6. Abordar tanto la falta de alternativas de vivienda como la violencia de género de manera integrada.
7. Adoptar un enfoque holístico y comprensivo para desarrollar soluciones efectivas.

14. Bibliografía

- Huete, A. (2025). *El potencial de la Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad: Propuesta de mejora estadística*, CERMI.
- CARM (15/12/2025). «El proyecto regional «Únicas» recibe el premio a la mejor acción autonómica para la inclusión de las mujeres con discapacidad», CARM.
- Comisionado de Salud Mental (2025). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*, Ministerio de Sanidad.
- Comisionado de Salud Mental (2024). *Marco de intervención psicosocial en situaciones de catástrofe. Recomendaciones desde el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad*, Ministerio de Sanidad.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2025). *Estrategia de Gobierno de la Inteligencia Artificial (IA) del CERMI 2025-2027*, CERMI.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (diciembre de 2025). *GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España*, Confederación Salud Mental España.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (10/09/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA advierte de que los determinantes sociales pueden llegar a desencadenar un sufrimiento profundo que derive en suicidio», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (08/03/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA pone el edadismo en portada y denuncia el daño que genera en la salud mental de las mujeres», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (05/03/2025). «SALUD MENTAL ESPAÑA forma a 40 periodistas de Atresmedia acerca de cómo comunicar la salud mental», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2025). Reportaje sobre los proyectos de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA relacionados con la vivienda y la vida autónoma, publicado en el n.º 1 de la Revista Encuentro.
- El-Abidi, K. et al. (Jul/2025). «Examining the Association Between Perceived Quality of Care and Experienced Coercion Among Patients in Acute Mental Health Units in Spain: A National Cross-Sectional Study», Journal of Clinical Nursing. DOI: 10.1111/jocn.70048.
- Fundación CERMI Mujeres (16/09/2025). «Fallo de los Premios cermi.es 2025», Fundación CERMI Mujeres.
- Gómez Miguel, A., Sanmartín Ortí, A., y Kuric Kardelis, S. (2025). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2025. Zenodo.
- Hermida, B. (21 / 01 / 2025). «La salud mental tiene la misma importancia que la salud física, según una novedosa sentencia del TSJM», CONFILEGAL.
- INFOCOP (28 de noviembre de 2025). «Más de la mitad de la juventud declara problemas de salud mental en el último año, según el Barómetro FAD 2025».
- Ipsos (2025). «Estudio internacional de salud mental AXA España 2025», Fundación AXA.
- MM Grupo Mutua (18 septiembre 2025). «Crece el acoso escolar, impulsado por el ciberbullying y el uso de la IA para cometerlo», MM Grupo Mutua.
- Martí Esquitino, J. (2016). *Asociación de Experiencias Adversas en la Infancia con Problemas de Salud Mental Después de un Desastre Natural: Un Estudio de Caso-Control*, tesis doctoral, Dialnet.

- Mental Health Europe (2024). *Inteligencia artificial y salud mental: oportunidades, riesgos y consideraciones éticas del uso de la inteligencia artificial en la atención a la salud mental*, Mental Health Europe.
- Observatorio de Derechos Sociales de Canarias (ODESOCAN) (2025). *Vivienda y salud mental: la vivienda como catalizador de la prevalencia de trastornos ligados a la salud mental en Canarias*, Observatorio de Derechos Sociales de Canarias (ODESOCAN).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2024). [«Salud mental en el trabajo»](#). *Organización Internacional del Trabajo*.
- Región de Murcia Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo, y Dirección General de Atención a la Diversidad de la Región de Murcia (2025). *Plan Regional de bienestar emocional, prevención del acoso escolar y promoción de la salud mental en educación*, Región de Murcia Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo, y Dirección General de Atención a la Diversidad de la Región de Murcia.
- Orgilés, M. et al. (2025). *Salud mental en la población infanto-juvenil en España*, Universidad Miguel Hernández, Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia, Grupo de Investigación Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes (AITANA).
- [Ruiz Moreno, A. I.](#) (2017). *Hábitos saludables, discapacidad y calidad de vida en personas con ansiedad y depresión tras el terremoto de Lorca: un estudio caso-control*, tesis doctoral, Dialnet.
- UMASAM (13-10-2025). *Guía sobre Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) para profesionales de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid*, UMASAM.
- Universidad de Jaén, Red PROEMO (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes: Necesidades y recomendaciones de la red PROEMO para la promoción de la salud mental y emocional en las personas adolescentes y jóvenes*, Universidad de Jaén, Red PROEMO.
- Universitat de Barcelona (15/09/2025). *Mejorar la calidad de los cuidados reduce la sensación de miedo y coerción en la atención a la salud mental*, Universitat de Barcelona.

Informe sobre el estado de los

Derechos Humanos en Salud Mental 2025



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL