

Informe sobre el estado de los
**Derechos Humanos
en Salud Mental
2023**

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

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

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

Edición:



Colabora:



Publicación: Madrid, julio de 2024.



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

Índice

Presentación	5
1. Introducción	6
2. Igualdad y no discriminación	8
2.1. Aspectos a tener en cuenta	8
2.1.1. Edadismo y salud mental	8
2.2. Denuncias	10
2.2.1. Trato discriminatorio de los seguros hacia las personas con discapacidad psicosocial	10
2.2.2. Trato discriminatorio de muchas entidades bancarias a las personas con problemas de salud mental	13
2.3. Buenas prácticas	14
2.3.1. Nueva edición de la Campaña #ConectaConLaVida: prevención del suicidio de personas mayores	14
2.4. Recomendaciones	17
3. Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación	18
3.1. Información sobre el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA	18
3.2. Buenas prácticas	21
3.2.1. Campaña #NosotrasSíContamos	21
4. Derechos de los niños y las niñas	23
4.1. Aspectos a tener en cuenta	23
4.1.1. Concienciación sobre la importancia de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia como factor fundamental de prevención	23
4.1.2. Impacto de la pandemia en la salud mental de niñas, niños y adolescentes	25
4.1.3. Educación y accesibilidad psicosocial	26
4.1.4. La todavía deficitaria atención socio-sanitaria	27
4.1.4.1. Aislamiento de niños y niñas en ingresos involuntarios	28
4.1.5. Protección contra la violencia, abuso y acoso	28
4.2. Recomendaciones	30
5. Derecho a la vida	42
5.1. Aspectos a tener en cuenta	42
5.1.1. Hablar de la muerte para salvar la vida	42
5.1.2. Informar adecuadamente sobre el suicidio en los medios de comunicación	44
6. Derecho de acceso a la justicia	46
6.1. Aspectos a tener en cuenta	46
6.1.1. Falta de apoyos para el acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial	46
6.2. Buenas prácticas	48
6.2.1. Plan de acceso a la justicia de personas con discapacidad del Gobierno Vasco	48
6.2.1.1. El carácter general para abordar diferentes aspectos que garanticen el acceso a la justicia de las personas con discapacidad	49
6.2.1.2. El plan incluye a las personas con problemas de salud mental	50

6.2.1.3. El «cómo» se ha elaborado este Plan: proceso de elaboración	50
6.2.1.4. Por el propio proceso de desarrollo del Plan.	51
6.3. Recomendaciones	51
7. Libertad y seguridad de la persona	52
7.1. Buenas prácticas	52
7.1.1. Publicación del Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: <i>Análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos.</i>	52
7.1.2. Instrucción para la implantación de planes de atención libres de coerciones en las residencias para personas con problemas de salud mental	54
8. Salud	56
8.1. Denuncias	56
8.1.1. Preocupación por la situación de la salud mental en España	56
8.1.2. La gran ignorada salud mental de las personas mayores	57
8.2. Recomendaciones	58
9. Trabajo y empleo	59
9.1. Aspecto a tener en cuenta	59
9.1.1. Coherencia de los servicios de la Cartera Común del Sistema Nacional de Empleo. . .	59
10. Anexo 1	60
Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023	60
Manifiesto elaborado por el Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.	60
11. Anexo 2	62
Accesibilidad psicosocial	62
12. Fuentes documentales	71

Presentación

El cuidado de la salud mental se explica en el ejercicio de nuestros derechos. En palabras de nuestro vicepresidente, Basilio García Copín, «los derechos son el abrigo de la dignidad; sin ellos, estamos al desnudo, a merced de las inclemencias». A esto añado que, si creemos propugnar una sociedad humanista, es necesario vivirla desde una humanidad real. En este sentido, se pone sobre la mesa lo dicotómico del recurso, que, cuando existe, alivia; y, en ausencia, es sufrimiento. Desde esta óptica, lo que pensamos, decimos y hacemos debe edificar justicia.

Amparado por la tarea del Observatorio Estatal de Salud Mental, Derechos e Igualdad, coordinado —a su vez— por la Asesoría Jurídica de la Confederación; y en colaboración con el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, este material pretende marcar una guía. La novena edición del *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental* es motivo de orgullo para el movimiento asociativo. Esto, a la par de nuestro reclamo incansable por las evidentes vulneraciones a los derechos humanos que aún persisten.

En 2015, un primer Informe plasmaba reivindicaciones fundamentales, que, con ediciones posteriores, se complementaron con una progresiva denuncia. La pandemia lo revolucionó todo; reveló grandes huecos y debilidades de la sociedad. Llegó, entonces, la idea de la transversalidad de la salud mental... la salud mental, en todo. Más que nunca, fue importante hacer calar ideas. Más que nunca, en tiempos líquidos, necesitamos que estas ideas no se diluyan.

Este informe, que recoge datos de 2023, pone a disposición lo pragmático, pero también ofrece pensamientos para que evolucionemos en derechos. Aquellos derechos que las personas con problemas de salud mental siguen sin ejercitar, ya que no se dan las garantías reales que lo posibiliten. No son meras palabras bonitas, sino lo esencial: no caer en la visión negativa de quien tiene un problema de salud mental. Necesitamos revisarnos sin autocomplacencias; y crear un discurso ético genuino.

Este documento habla de convicción por el sentido de lo que hacemos, independientemente de la hora en que asome un resultado. Coge anclajes basados en nuestros innegociables de participación real, diversidad, universalidad y, claro, justicia. En el centro del centro está la reflexión. Y la cooperación es vital.

Mientras haya tabú, habrá estigma; y habrá también mucho por hacer. Y es que, cuando de derechos se trata, no acabamos de llegar, que ya debemos seguir andando. Siguen las reivindicaciones que consideramos justas y necesarias. Sigue el trabajo cohesionado con nuestras entidades. Entre otras muchas acciones, sigue la tarea que el año que viene cristalizará una década del presente Informe. En definitiva, desde SALUD MENTAL ESPAÑA sigue nuestra labor transversal por el cuidado de la salud mental de un modo realista, riguroso, positivo y, sobre todo, humano.

Ni un paso atrás. No olvidemos que la bandera de los derechos humanos, que hemos adoptado como propia, es inequívoca, pero frágil. Ser conscientes de lo conseguido, preservarlo, es tan importante como estar dispuestos y dispuestas a continuar.

Nel González Zapico



Presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

1. Introducción

Decía Václav Havel, en su libro *Perturbar la paz*, que la esperanza no es la convicción de que algo saldrá bien, sino la certeza de que algo tiene sentido, con independencia del resultado final. Esta reflexión conecta muy bien con el espíritu de este informe con el que, año tras año, pretendemos crear un instrumento de consenso de nuestro movimiento asociativo con el que ir operando los cambios que necesitamos en las estructuras sociales para que las personas con problemas de salud mental puedan ocupar el espacio que, por derecho, les corresponde. Hablamos en primera persona, pero también desde el acompañamiento. Nuestra voz tiene muchos tonos y con este trabajo hemos conformado una sinfonía humana que, siguiendo la guía de la ética, especialmente conectada con los derechos humanos, esperamos que suene cada vez más fuerte. Como subraya la filósofa Adela Cortina, la ética nos insta a buscar los mejores caminos en cooperación con otros, es un motor que nos incita a no quedarnos atenzados, impotentes ante el sufrimiento, a no conformarnos con lo que parece un destino implacable, sino a buscar caminos que aumenten la libertad¹.

Para garantizar esa libertad, necesitamos intervenciones públicas efectivamente orientadas a mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas con problemas de salud mental en los ámbitos que constituyen los pilares básicos del Estado de bienestar: sanidad, educación y derechos sociales. Esta tercera década del siglo XXI demanda un reforzamiento de dichos pilares a través de su garantía pública, reconfigurando las políticas con el fin de responder a la nueva realidad social tras la pandemia y a los retos que plantean la demografía, el clima y el mundo digital. Dentro de esta realidad social, ocupa un espacio especialmente destacado la atención de la salud mental, un problema que se ha revelado como un auténtico elefante en la habitación.

En este contexto, los servicios garantizados en el Estado de bienestar no solo han de proveer una atención de calidad a todas las personas con problemas de salud mental que los requieran, sino que han de articular cauces eficaces para prevenir su proliferación en un sistema que ha dejado al descubierto sus debilidades, sobre el que constantemente sobrevuela el fantasma de la precariedad y en el que las personas ya no se encuentran seguras.

Así, como señala el informe elaborado por la [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA](#) junto con la Fundación Mutua Madrileña, [La situación de la Salud Mental en España: 2023](#), desde la pandemia la salud mental se ha convertido en una de las principales preocupaciones para la población española, provocando, en muchos casos, la aparición de problemas de salud mental y, en otros, el empeoramiento de los ya existentes. De hecho, el estudio concluye que un 74,7% de la población considera que la salud mental de la sociedad española ha empeorado y pone de relieve que tiene un fuerte impacto en el estado de bienestar de la persona, en todos los ámbitos de su vida. Asimismo, identifica una serie de perfiles vulnerables, como son: las personas jóvenes, las mujeres, las personas de clase baja y media-baja, el colectivo LGTB, las personas con dificultad para llegar a fin de mes, las personas con incapacidad laboral y las personas que consumen drogas. Por ello, es necesario dispensar una especial atención a estos colectivos,

1. Peñas, Esther. (Enero de 2023) [«La posverdad es una banalización de la mentira»](#), *Ethic*.

con medidas de carácter preventivo y asistencial, tanto desde una perspectiva sanitaria y psicoeducativa, como desde una perspectiva social y económica.

Para lograr todo esto, se ha de situar a la persona en el centro, humanizar el sistema para que este se ponga al servicio de las personas y no a la inversa. Esto implica incorporar un enfoque más equilibrado entre lo bio y lo psicosocial y consolidar redes sociales que conformen un vehículo eficaz de gestión de las políticas públicas que vaya desde los propios servicios públicos a otras estructuras territoriales y sociales, como son las entidades del tercer sector, que acumulan una amplia experiencia atendiendo a personas de colectivos vulnerables con personal especialmente cualificado. Y, a partir de ahí, se habrá de potenciar el factor humano, desarrollando un perfil profesional del personal que atienda a las personas con problemas de salud mental en los mencionados servicios, de modo que, prestando su trabajo tanto en el ámbito público como en el privado, lo haga bajo unos parámetros de calidad acreditables y desde la promoción de la metodología del apoyo de pares.

En 2023 la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA celebró su 40 aniversario, uno de los hitos más importantes del año, bajo el lema «40 años por la salud mental, por los derechos, por ti», y lo hizo poniendo en marcha diversas iniciativas, entre las que destaca el XXII Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA, que contó con la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Fundación ONCE. Este Congreso se centró en la historia del movimiento asociativo y su contribución al progreso de la salud mental a través de grandes hitos, sin olvidar a las personas que lo hicieron posible y a las familias, poniendo el foco también en el relevo generacional de las personas que liderarán el movimiento asociativo en el futuro.

En la línea de estas actuaciones, este informe quiere mostrar y, en última instancia, proponer soluciones que permitan alinear con los derechos humanos las estructuras que condicionan la vida de las personas con problemas de salud mental. No solo es un mandato ético, sino también una necesidad acuciante.

2. Igualdad y no discriminación

Artículo 5. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD)

Este precepto regula el derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna, estando los Estados obligados a prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizar a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo. En este mismo sentido, los Estados habrán de adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.

2.1. Aspectos a tener en cuenta

2.1.1. Edadismo y salud mental

La discriminación por motivos de edad (**edadismo**), **según define el informe Ageism de la Organización Mundial de la Salud**, surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas de forma que se produzcan daños, desventajas e injusticias, erosionando la solidaridad entre generaciones. Lo cierto es, como señala este documento, que la edad es una de las primeras características —junto con el sexo y la raza— en las que nos fijamos cuando interactuamos con otras personas. La discriminación por motivos de edad, según este informe, adopta muchas formas a lo largo de nuestra vida y puede ir desde ser ignorado o ignorada sistemáticamente en el trabajo, recibir un trato condescendiente de la familia, no poder obtener un préstamo en el banco, recibir insultos, ser evitado o evitada, o no recibir las mismas oportunidades de tratamiento en el ámbito sanitario que las demás personas².

Los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, y en la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) reconocieron que el edadismo perjudica nuestra salud y bienestar, y constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable.

Los pensamientos estereotipados, prejuicios a los que estos conducen y las consecuentes conductas discriminatorias dirigidas a las personas por causa de su edad incrementan su incidencia si estas tienen un problema de salud mental.

La Fundación Pasqual Maragall atribuye al conjunto de estereotipos y prejuicios la presunción de que todas las personas de una determinada edad piensan y se comportan de igual manera

2. World Health Organization. (2021). Global report on ageism, World Health Organization, Geneva.

o tienen las mismas necesidades o intereses, señalando como comportamientos edadistas, por ejemplo, «excluir o invisibilizar a las personas mayores, infantilizarlas en el trato o presuponerlas frágiles o menos capaces simplemente por tener una determinada edad»³. Esto, según esta fundación, se puede traducir en lo siguiente:

- **Edadismo institucional:** leyes, normativas o servicios que discriminan y limitan las oportunidades o la participación de las personas según su edad.
- **Edadismo interpersonal:** presente en la interacción entre personas. Por ejemplo, utilización de un lenguaje plagado de términos que perpetúan estereotipos negativos asociados al envejecimiento.
- **Edadismo autoinfligido:** se produce cuando las propias personas mayores acaban interiorizando discursos negativos relacionados con la edad.

Según destaca esta entidad, la desvalorización social del envejecimiento conduce a una simplificación de la realidad y una perpetuación de estereotipos que obvian las necesidades de las personas mayores, ignoran sus opiniones e invisibilizan su aportación a la sociedad.

Todo esto afecta, según la OMS, a la salud física, mental y emocional de las personas, repercutiendo negativamente en su esperanza de vida y contribuyendo al aislamiento, soledad y mayor exposición a la violencia y abuso, entre otros aspectos. Ante la evidencia del progresivo y rápido envejecimiento de la población mundial, este mismo año, dicha organización internacional ha destacado que afecciones de salud mental como la depresión y la ansiedad son las más frecuentes en personas adultas mayores. De hecho, las Estimaciones de Salud Mundial 2019 ([GHE, según sus siglas en inglés](#)) muestran que, a escala mundial, alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio (27,2%) se producen en personas de 60 años o más. Destaca también que las afecciones de salud mental en las personas mayores suelen estar infravaloradas e infratratadas, y la estigmatización que rodea a dichas afecciones puede hacer que las personas sean reacias a buscar ayuda.

Hay que tener en cuenta los factores de riesgo. La OMS ha publicado en este sentido que, a edades más avanzadas, la salud mental viene determinada no solo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento⁴:

- Exposición a la adversidad.
- Pérdida significativa de la capacidad intrínseca y una disminución de la funcionalidad.
- Mayor probabilidad de sufrir eventos adversos como el duelo, una reducción de los ingresos o un menor sentido de propósito con la jubilación.
- Exposición a conductas discriminatorias por motivos de edad (edadismo).
- Aislamiento social y soledad.
- Riesgo de maltrato y abandono.

Por este motivo, es esencial, según esta organización, reconocer y tratar con prontitud las afecciones de salud mental en las personas adultas mayores, siguiendo las normas de atención integrada

3. Fundación Pasqual Maragall. (s. f.). Edadismo: qué es y cómo combatirlo. Fundación Pasqual Maragall.

4. OMS. (23 de octubre de 2023). Salud mental de los adultos mayores, OMS.

para este grupo de edad, que se basan en la comunidad y se centran tanto en los cuidados a largo plazo de estas personas con problemas de salud mental y deterioro de la capacidad intrínseca, como en la educación, la formación y el apoyo a las personas cuidadoras. Suele recomendarse una combinación de intervenciones de salud mental, junto con otros apoyos, a fin de abordar las necesidades de salud, cuidados personales y necesidades sociales de las personas⁵.

La demencia es a menudo una preocupación importante. Afecta a la salud mental de las personas (por ejemplo, desencadenando síntomas de psicosis y depresión) y requiere acceso a una atención de salud mental de calidad.

Entre las acciones de la OMS en este sentido, destacan⁶:

- El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, que promueve la mejora de la salud mental y su atención para todas las poblaciones, incluidas las personas adultas mayores.
- El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), proporcionando protocolos clínicos basados en la evidencia para la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de un conjunto prioritario de problemas de salud mental, como la depresión, afecciones neurológicas, como la demencia, y por consumo de sustancias en entornos no especializados. La guía de intervención mhGAP incluye consejos clínicos para trabajar con adultos mayores.
- Durante la pandemia de COVID-19, la OMS y sus asociados del Comité Permanente entre Organismos (IASC) elaboraron el conjunto de herramientas Adaptarse a los tiempos, consistente en carteles ilustrados para ayudar a las personas adultas mayores a mantener buena salud mental y bienestar.
- Otras actividades de la OMS destinadas a favorecer la salud mental de las personas mayores son la elaboración de intervenciones psicológicas ampliables para tratar la depresión y la ansiedad, la investigación y la orientación sobre intervenciones encaminadas a reducir el aislamiento social y la soledad, y soluciones costoeficaces para prevenir el maltrato de las personas adultas mayores.

2.2. Denuncias

2.2.1. Trato discriminatorio de los seguros hacia las personas con discapacidad psicosocial

En 2022 el Juzgado de Primera Instancia número 12 de Barcelona ha estimado «abusiva y lesiva» la cláusula incorporada por la compañía AXA en la póliza de seguro y cancelación de viaje contratada por una cliente de la entidad. El Juzgado ha entendido que las condiciones de salud mental «se sitúan en plano de igualdad con las fisiológicas». Por tanto, sentencia que la

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

cláusula es «nula y debe tenerse por no puesta». El problema es que, lamentablemente, es una práctica habitual de las compañías introducir en sus pólizas «cláusulas limitadoras y limitativas de derechos» como si fueran condiciones generales de contratación, pero sin serlo en realidad, ya que la renuncia a derechos ha de efectuarse de tal manera que no exista duda alguna de que el consentimiento ha sido prestado de manera voluntaria y con conciencia plena de las implicaciones y consecuencias de tal renuncia⁷.

La Disposición adicional cuarta de la [Ley 50/1980](#), de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) regula la «No discriminación por razón de discapacidad», estableciendo expresamente lo siguiente:

No se podrá discriminar a las personas con discapacidad en la contratación de seguros. En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de discapacidad, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.

El [Real Decreto Legislativo 1/2013](#), de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social* (TRLGDPD) reconoce el respeto a la autonomía de las personas con discapacidad en la toma de decisiones relativas a su tratamiento y a su salud (artículo 6), el derecho a la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad (artículo 10), la prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades (artículo 11) y la obligación de las Administraciones públicas de proteger de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en algunas materias, entre las que se encuentra la salud (artículo 7.3).

La [Propuesta de Directiva del Consejo de la Unión Europea](#) por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, en lo que al acceso y contratación de seguros se refiere, determina en el artículo 2 de dicha Directiva que:

1. A efectos de la presente Directiva, se entenderá por «principio de igualdad de trato» la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por cualquiera de los motivos contemplados en el artículo 1.
2. A efectos de lo dispuesto en el apartado 1, a) existirá discriminación directa cuando una persona sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por alguno de los motivos contemplados en el artículo 1; b) existirá discriminación indirecta cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúen a personas de una determinada religión, determinadas convicciones, una determinada discapacidad, una determinada edad o una determinada orientación sexual en desventaja particular con respecto a otras personas, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse objetivamente con una finalidad legítima y salvo que los medios para la consecución de esta finalidad sean adecuados y necesarios».

7. Colectivo Ronda. (15 de marzo de 2022). *Es abusiva la cláusula de un seguro que excluye las enfermedades mentales de las coberturas*. Colectivo Ronda. [[Página web](#)].

Sin embargo, el mismo artículo establece que:

7. No obstante lo dispuesto en el apartado 2, por lo que se refiere a la prestación de servicios financieros, los Estados miembros podrán decidir autorizar diferencias de trato ajustadas en caso de que, para el producto en cuestión, la consideración de la edad o la discapacidad constituya un factor determinante de la evaluación del riesgo a partir de datos actuariales y estadísticos pertinentes y exactos».

La Directiva 2009/138/CE, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio establece en su artículo 206 que:

1. Los Estados miembros en los que los contratos que cubran los riesgos correspondientes al ramo 2 de la parte A del anexo I constituyan una alternativa parcial o total a la cobertura sanitaria prestada por el régimen legal de seguridad social, podrán exigir:
 - a. que el contrato cumpla las disposiciones legales específicas para proteger el interés general establecidas por ese Estado miembro en dicho ramo de seguro;
 - b. que las condiciones generales y particulares de dicho seguro sean comunicadas a las autoridades de supervisión de dicho Estado miembro antes de su utilización.

Pero la realidad es que para las personas con problemas de salud mental se hace prácticamente imposible superar el escollo de la discriminación en el acceso a la contratación de una póliza de asistencia sanitaria, con el consecuente problema de la falta de cobertura, ya que, como regla general, las condiciones generales de las pólizas de seguros de asistencia sanitaria excluyen de la cobertura los tratamientos de las lesiones que la persona asegurada presente antes de contratar la póliza. Así, las personas con problemas de salud mental se encuentran desprovistas de esta alternativa complementaria al sistema público de salud, encontrándose especialmente perjudicadas aquellas que viven en las regiones donde el sistema sanitario público está menos preparado para atender sus necesidades⁸.

La exclusión de la salud mental por parte de las compañías de seguros no se está efectuando en base a causas justificadas, proporcionadas y razonables, y documentadas previa y objetivamente. Esta conducta reiterada implica que las personas con discapacidad psicosocial sufran las barreras de carácter institucional, legal y actitudinal que les impiden disfrutar sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de las personas. Por ello, es urgente el establecimiento de mecanismos de protección que obliguen a las aseguradoras a evitar conductas discriminatorias y, en caso de mostrar un trato diferencial, a presentar a la persona interesada, junto con su decisión de exclusión, un informe personalizado donde se detalle la excepcionalidad de la situación, la finalidad legítima que persigue su decisión y por qué esta constituye un medio adecuado, necesario y proporcionado para alcanzarla. Es importante también que se regulen las consecuencias del incumplimiento de este requisito, de modo que, en caso de no cumplirse la obligación de aportar este documento, se debería entender por aceptada automáticamente la solicitud de contratación en los términos dispuestos para la población a nivel general⁹.

8. González Carrasco, Carmen. (2013). «Discriminación por razón de discapacidad en los seguros privados de asistencia sanitaria», Revista CESCO de Derecho de Consumo, n.º 8.

9. Ramiro Avilés, Miguel Ángel, y Bolívar Oñoro, María del Val. (s. f.). El acceso de las personas con VIH a la contratación de seguros, Universidad de Alcalá de Henares.

2.2.2. Trato discriminatorio de muchas entidades bancarias a las personas con problemas de salud mental

La Oficina de la Defensa de Derechos de las Personas con Problemas de Salud Mental (Federación Salud Mental Madrid) ha trasladado su estupefacción y profunda indignación por el trato infantilizado y discriminatorio que muchas entidades bancarias están dando a las personas con discapacidad psicosocial que bajo la anterior legislación habían sido declaradas judicialmente «incapaces» o que están siendo apoyadas por una guarda de hecho y que han visto sus cuentas bloqueadas.

Este bloqueo, sin previo aviso, no solo ha afectado a las personas con discapacidad, sino también a las personas autorizadas, impidiéndoles proporcionar los apoyos necesarios en su gestión.

Algunas entidades bancarias se han erigido por sí mismas como erróneas garantes de la aplicación de la [Ley 8/2021](#), de 2 de junio, por la que se modifica la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas adultas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, consiguiendo con su actuación la más flagrante vulneración del derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica de todas las personas con discapacidad y las medidas de apoyo establecidas para su pleno ejercicio, atacando el derecho al respeto de su dignidad inherente.

Olvidan, las entidades bancarias, que la mencionada reforma persigue la adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España el 3 de diciembre de 2008, que promulga, por encima de todo, la plena capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, el respeto de su voluntad, deseos y preferencias en la toma de decisiones, y el respeto por una vida digna y lo más autónoma posible en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La decisión adoptada de bloquear las cuentas bancarias de las personas con discapacidad ha atentado contra los principios generales de la Convención (art. 3), y entre otros derechos, contra la igualdad y no discriminación (art. 5), contra el derecho de igualdad en el reconocimiento de la capacidad jurídica (art. 12), contra el derecho a la libertad y la seguridad (art. 14), contra el derecho a no ser sometidas a tratos degradantes y al abuso (art. 15 y 16), contra el derecho a una vida independiente, al hogar y a la familia (art. 19 y 23), contra el derecho a la educación y a la salud (art. 24 y 25), a un nivel de vida adecuado y protección social (art. 28), y contra el derecho a la vida cultural y actividades de ocio y deportivas (art. 30).

Todos y cada uno de los aspectos de la vida de las personas con discapacidad se están viendo vulnerados con el bloqueo de sus cuentas bancarias. La imposibilidad del pago de sus alquileres, centros residenciales, centros de día, comida, necesidades básicas, terapeutas, etc. Todo ello constituye un maltrato inadmisibles, producto de la falta de integración de la Ley 8/2021 en los protocolos bancarios, aunque, paradójicamente, se escudan en la propia Ley, siendo numerosas las veces que las personas han tenido que acudir a la vía judicial para solicitar autorizaciones para la gestión de las cuentas de quienes ejercen la guarda de hecho, lo cual ha provocado malestar en los juzgados por la actuación de los bancos en esta cuestión. Así, el Auto 81/2022 de fecha 7 de febrero de 2022 dictado por Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Córdoba señala lo siguiente:

Subrayamos y observamos que la guarda de hecho no precisa de una investidura judicial formal, sin embargo, D.ª XXXX, hermana de D.ª XXXX, conviviente y encargada de velar por ésta, se ve necesitada de recabar el auxilio judicial con el objeto de que se reconozca por parte de entes públicos y privados las facultades que ya vienen reconocidas legalmente, en aras, única y exclusivamente, a tutelar los intereses de su hermana cuya discapacidad consta acreditada en Autos.

Esta cuestión no deja de ser preocupante pues lleva ínsito un desconocimiento e incumplimiento por parte de dichos entes de la nueva regulación legal para la protección de las personas con discapacidad, obstaculizando, entorpeciendo y retrasando que puedan ejercitar sus derechos a través de sus guardadores de hecho.

Las conductas discriminatorias de las entidades financieras no se circunscriben solo a esta cuestión, ya que es una práctica ampliamente extendida que se deniegue a personas con problemas de salud mental la contratación de un seguro de vida o de una hipoteca.

En aras de solucionar tales obstáculos y dificultades el 19 de julio de 2023, se ha adoptado un Protocolo Marco entre la Fiscalía General del Estado y las Asociaciones Bancarias para asegurar la autonomía financiera de las personas con discapacidad. El objetivo de este convenio es garantizar la inclusión financiera de las personas con discapacidad y adaptar la práctica de las entidades bancarias a la nueva legislación sobre la materia. Habrá que prestar atención a que tal inclusión sea efectiva para todas ellas, incluidas las personas con problemas de salud mental, y que se den pasos en el mismo sentido con las aseguradoras.

2.3. Buenas prácticas

2.3.1. Nueva edición de la Campaña #ConectaConLaVida: prevención del suicidio de personas mayores

Con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, celebrado el 10 de septiembre de 2023, SALUD MENTAL ESPAÑA elaboró una nueva edición de la campaña #ConectaConLaVida, que contó con la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. En esta ocasión, la campaña se centró en visibilizar la situación de las personas mayores y, para ello, desarrolló un decálogo con medidas de prevención del suicidio en este colectivo, así como un vídeo en el que se dan a conocer los principales datos y factores de riesgo que afectan a este grupo de población.

Según los últimos datos definitivos de 2017 a 2021 publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio entre las personas mayores se incrementó un 8,8% en los últimos 5 años¹⁰. En España, un total de 1.235 personas mayores de 65 años fallecieron en 2021 por suicidio¹¹. En nuestro país, hay casi 10 millones de personas mayores de 65 años (20% de la población

10. Instituto Nacional de Estadística (INE), según últimos datos definitivos de 2017 y 2021.

11. Instituto Nacional de Estadística (INE), «Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad», 2021.

total¹². Sin embargo, los suicidios en mayores de 65 representaron el 30,85% del total¹³. El 75% fueron hombres (921) y el 25% mujeres (314). A nivel mundial, la población de edad avanzada presenta las tasas más altas de suicidio¹⁴.

Ante esta situación, Nel González Zapico, presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, destacó que «el aislamiento en el que viven muchas personas mayores y la soledad no deseada, sobre todo en las grandes ciudades, perjudica su salud mental e impide en muchas ocasiones el acceso a un tratamiento adecuado. Además, las personas mayores experimentan con más frecuencia el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad, factores que pueden ser causa de pérdida de independencia, soledad y angustia». Señaló además que, «como sociedad, es fundamental atender de forma adecuada a este grupo de población, porque los datos de suicidio han aumentado en los últimos años».

El suicidio en personas mayores puede estar relacionado con la depresión, uno de los trastornos mentales más comunes en la vejez, siendo, además, el grupo de edad más propenso a consumir psicofármacos¹⁵. Aproximadamente un 40% de las personas mayores dicen sentirse solas¹⁶.

Según el estudio «El suicidio en personas mayores»¹⁷, **existen numerosos factores de riesgo** de suicidio en personas mayores como, por ejemplo, el modelo tradicional de masculinidad. También la viudedad reciente o pérdida de un ser querido y la conciencia de la muerte.

Vivir solo o sola, el aislamiento social y familiar, así como no tener una red de apoyo, son otras cuestiones que pueden contribuir a las ideaciones o intentos de suicidio. Asimismo, es necesario contemplar la jubilación (con la pérdida de rol y actividad diaria que conlleva) o un cambio de entorno al mudarse de domicilio, como momentos clave y especialmente sensibles en la vida de las personas mayores.

Los factores de riesgo tienen también que ver con tener una enfermedad crónica o terminal con dolor no tratable, pérdidas de tipo físico, una situación de dependencia que pueda llevar a la persona a tener sensación de ser un lastre, o tener un problema de salud mental o de adicciones.

12. Instituto Nacional de Estadística (INE), «Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad», abril 2023.
13. Instituto Nacional de Estadística (INE), «Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad», 2021.
14. Laínez Torrijo, Soraya; Carbonell García, Ana Isabel; Yus González, Rubén; Meléndez Sánchez, Estela; Marzal Rubio, Álvaro. «El suicidio en personas mayores», *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N.º 2, 2022.
15. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. (Marzo de 2023) *La situación de la salud mental en España*.
16. José Daniel Rueda Estrada. *La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible*. PTUN Universidad de Valladolid. Fundación Caser.
17. Soraya Laínez Torrijo; Ana Isabel Carbonell García ; Rubén Yus González ; Estela Meléndez Sánchez; Álvaro Marzal Rubio. «El suicidio en personas mayores», *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N.º 2, 2022.

Ante esta situación, SALUD MENTAL ESPAÑA difundió en su campaña «**10 medidas de prevención del suicidio en personas mayores**»¹⁸, entre las que se encuentran evitar el aislamiento, promover el respeto a estas personas y poner el foco en los aprendizajes que pueden aportar, promover su integración social, mejorar la accesibilidad y los recursos de apoyo, y formar a los equipos profesionales que intervienen en su atención. Además, es importante atender más a las señales de riesgo que muestran las personas mayores, fomentar una vida saludable y una mejora de la detección precoz de los problemas de salud mental, evitar el edadismo, y valorar el rol que desempeñan en el entorno familiar y social.

Con motivo de este día, el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA elaboraron un manifiesto en el que denuncian que, como sociedad, hemos desoído cualidades como «la generosidad, la escucha desinteresada y el espíritu colaborativo». Afirman que, «tras una vida dedicada a abrirnos caminos, las personas

mayores ven cómo se rompen los vínculos y se enfrentan al fenómeno de la soledad no deseada. El cese de su actividad profesional o rol social, la situación de dependencia sobrevenida, o la aparición de un problema de salud mental, son factores de riesgo a la hora de idear un suicidio».

Tanto el Comité como la Red de Mujeres reivindican actuar en la prevención, reforzando la atención psicológica especializada, activando programas de prevención, sensibilizando a la población general, y potenciando los recursos de ayuda. El suicidio continúa siendo un **grave problema de salud pública**. Los últimos datos definitivos publicados por el INE, relativos a 2022, indican que ese año en España se suicidaron 4.227 personas (3.126 hombres y 1.101 mujeres), un 5,6% más que en 2021. Por cada persona que se suicida, al menos otras seis se ven íntima y profundamente afectadas.

18. *Ibid.* Dumon E, Potzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. [Internet] Eurogenas; 2014. [Citado Diciembre 2021].

Anseán, Andoni (dir.); et al. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio, 2014.

2.4. Recomendaciones

1. Fortalecer las normas que garanticen los derechos de las personas mayores y su efectiva aplicación, con especial incidencia en la atención de su salud mental.
2. Poner en marcha iniciativas educativas y de interacción entre personas de diversas generaciones que ayuden a mejorar la empatía y reducir los prejuicios existentes, mostrando el envejecimiento como una etapa más de la vida, libre de estereotipos y generalizaciones, donde las personas mayores sean reconocidas en su diversidad y como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.
3. Diseñar estrategias de prevención y de promoción de la salud mental de las personas adultas mayores orientadas a favorecer un envejecimiento saludable y, entre otros aspectos, a atenuar los factores de riesgo como el aislamiento social y la soledad.
4. Establecer mecanismos de protección contra el edadismo y el maltrato, como políticas y leyes contra la discriminación, intervenciones educativas, actividades intergeneracionales y acciones dirigidas a las personas cuidadoras —entre ellas, servicios de relevo, asesoramiento, educación, ayuda económica, psicoterapia— que contribuyan al mantenimiento de una relación de cuidado buena y saludable.

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

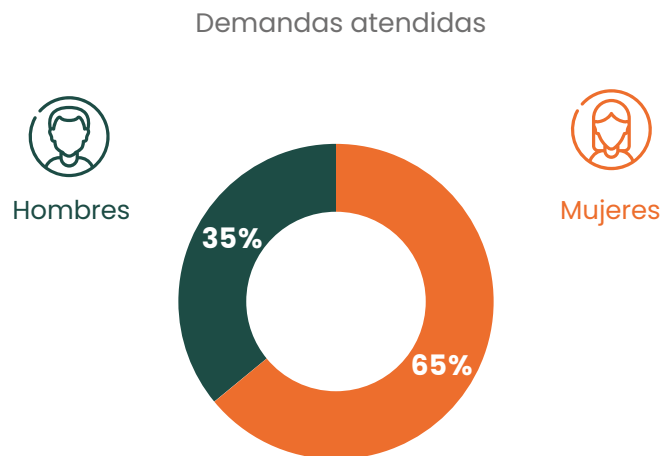
La igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres constituye, para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la principal herramienta en la lucha contra las desigualdades estructurales basadas en el género y, por tanto, un aspecto fundamental en la atención y cuidado de la salud mental. Así, la Confederación,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

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

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

Porcentaje de demandas atendidas

Del conjunto de demandas atendidas durante el año 2023, un 65% han sido efectuadas por mujeres y un 35% por hombres.

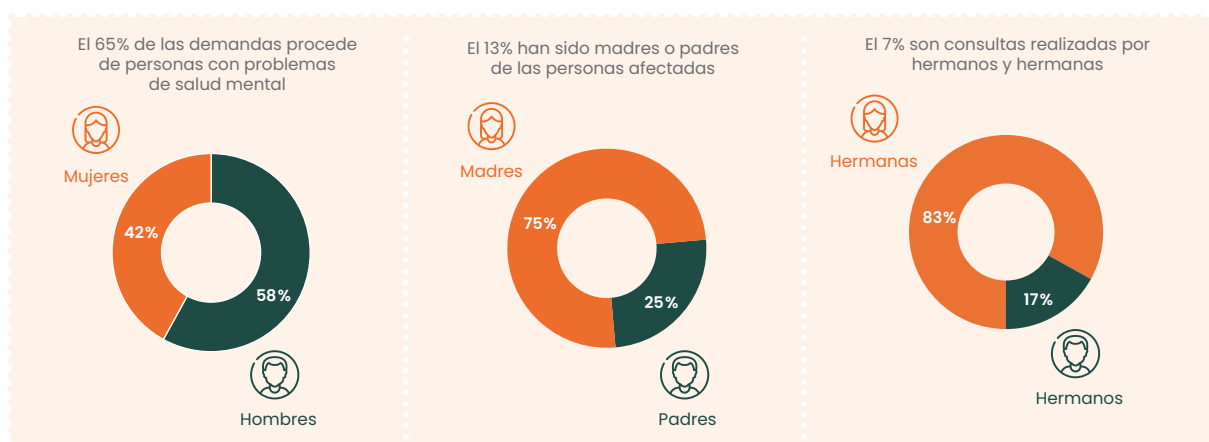


Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

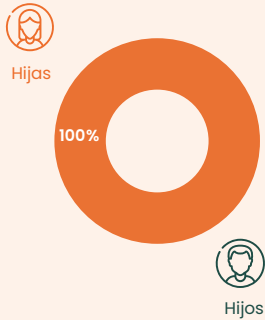
A la hora de estudiar el perfil de las personas que utilizan el Servicio de Asesoría Jurídica, se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

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



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

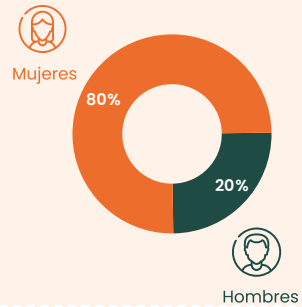
Los hijos y las hijas han accedido al servicio en un porcentaje del 3%



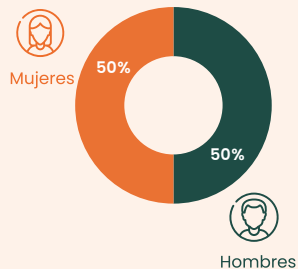
Un 1% de las demandas proceden de cónyuges o parejas



El 6% de las demandas han sido efectuadas por técnicas y técnicos no pertenecientes a ninguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



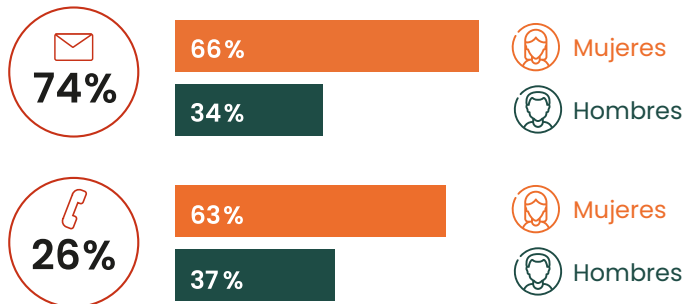
El 4% de las cuestiones fueron realizadas por técnicas y técnicos pertenecientes a alguna de las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



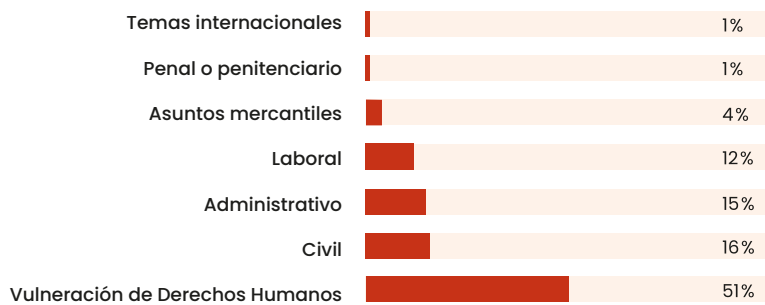
El 1% de las demandas restantes no pertenecen a ninguna de las categorías objeto de análisis



Modo de acceso al servicio



Tipos de demandas planteadas



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

3.2. Buenas prácticas

3.2.1. Campaña #NosotrasSíContamos¹⁹

Por quinto año consecutivo, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA lanzó la campaña #NosotrasSíContamos, en la que denunció las violencias que sufren las mujeres con problemas de salud mental en la asistencia sanitaria. La iniciativa, impulsada por la Red Estatal de Mujeres de la Confederación, contó con el apoyo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Con motivo del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que se celebra cada 25 de noviembre, la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA quiso poner sobre la mesa y denunciar numerosas violencias que sufren en el ámbito sanitario, cuando van a consulta médica o son ingresadas en un hospital, y que no afectarían de igual manera si fuesen hombres.

A través de la campaña #NosotrasSíContamos, que, gracias a la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, celebró en el año 2023 su quinta edición, varias integrantes de la Red expusieron en un vídeo sus vivencias personales, sentimientos, emociones y reivindicaciones.

Mercè Torrentallé, Esperanza Iglesias, Elisabet Lemos y Adela Montañó, todas ellas integrantes de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA, son las protagonistas que con sus testimonios evidencian cómo la brecha de género que existe en el ámbito sanitario se acrecienta cuando se trata de una mujer que tiene un problema de salud mental. Convencer a una mujer de que debe abortar por tener un problema de salud mental, ignorar procesos como el de la menopausia, o decidir sobre el cuerpo de la mujer sin informarla, haciendo, por ejemplo, una mastectomía, son algunas de las experiencias más impactantes y *humillantes* que han sufrido estas cuatro mujeres y que narran, de forma valiente, en el vídeo de algo más de tres minutos.

Esperanza Iglesias, representante de la Red Estatal de Mujeres, afirma que en consulta psiquiátrica «a las mujeres se nos infantiliza bastante» y denuncia el maltrato psicológico, mediante amenazas como: «Te vas a quedar aquí encerrada, te vamos a atar y no vas a ver más a tus hijos. Eso no creo que se lo digan a un hombre».

«Estamos en un entorno paternalista, donde siempre la mujer tiene que ser cuidada, porque por ella no puede defenderse en esta vida, es débil», añade **Adela Montañó**, quien, además, denuncia enérgicamente que «ningún médico te informa de que tu sexualidad se va a ver mermada... sin embargo, a un hombre, si le produce falta de erección o falta de deseo sexual, se lo van a decir. A nosotras nos provoca lo mismo, pero no nos lo dicen».

Mercè Torrentallé es la única de las cuatro que ha sufrido un ingreso involuntario, contenciones físicas y químicas y, en consecuencia, sus secuelas. «Durante el primer ingreso en el hospital

19. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (25/11/2023). «Te vas a quedar aquí encerrada, te vamos a atar y no vas a ver más a tus hijos. Eso no creo que se lo digan a un hombre», *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, Noticias. [[Página web](#)]

psiquiátrico, me hicieron contenciones físicas y químicas. Eso provocó que me laxaran y tuviera la menstruación. Estando atada a la cama, no podía pedir ayuda y me encontraba francamente mal».

Elisabet Lemos relata la violencia obstétrica recibida, cuando «el psiquiatra en sí te aconseja o te intenta convencer de que tener un aborto es lo más conveniente, por tener un problema de salud mental».

La campaña #NosotrasSíContamos denuncia cada 25 de noviembre la violencia y los abusos que sufren las mujeres con problemas de salud mental. El riesgo que tienen estas mujeres de sufrir violencia machista se multiplica por entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres en general. El 80% de las mujeres con problemas de salud mental que vive en pareja ha sufrido algún tipo de violencia por parte de dicha pareja, más de la mitad ha sufrido violencia física, y más del 40% ha sido víctima de violencia sexual a lo largo de su vida. Cuando se dan estas violencias, el 42% reconoce no identificarlas como tales y, a las que sí las reconocen y las denuncian, no se les da credibilidad debido a su trastorno mental.

La Red Estatal de Mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA surgió como **plataforma de actuación de las mujeres con experiencia propia en dificultades en salud mental**, para expresar sus reivindicaciones y trabajar por ellas. Integrada, en 2023, por treinta y una mujeres, representantes de las entidades de todos los territorios pertenecientes al movimiento asociativo de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la Red vio la luz a mediados de 2018 después de varios talleres y un intenso trabajo de recopilación, puesta en común y consenso en torno a la información, las experiencias y las necesidades compartidas por todas las participantes.

Ellas reconocen en este espacio **un lugar seguro**, de respeto y sensibilidad, en el que sus integrantes tienen la oportunidad de compartir experiencias personales y sentirse comprendidas y apoyadas.

4. Derechos de los niños y las niñas

Artículo 7. CDPD

Este precepto regula la obligación de los Estados de tomar todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, teniendo siempre en consideración de manera primordial la protección de su interés superior.

4.1. Aspectos a tener en cuenta

4.1.1. Concienciación sobre la importancia de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia como factor fundamental de prevención

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, siempre se ha reiterado que, poniendo la atención en las niñas, niños y adolescentes con discapacidad psicosocial, se está poniendo de relieve la situación de aquellas o aquellos que sufren restricciones debido a la concurrencia de diversos factores. Estos factores deberán ser oportunamente analizados en el contexto de una estrategia nacional de la infancia y adolescencia con discapacidad que proponemos que se apruebe.

Los problemas de salud mental en las niñas, niños y adolescentes han ido en aumento en los últimos años y están vinculados a importantes cargas psicosociales, económicas y de salud física tanto para los niños y niñas afectados, como para las personas cuidadoras y sus comunidades de procedencia. Sin embargo, existe muy poco conocimiento y, por tanto, concienciación acerca del sufrimiento, **el deterioro funcional, la exposición al estigma y la discriminación y el mayor riesgo de muerte prematura** que se asocia con los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, los cuales tienen una importancia obvia para la salud pública, teniendo además en cuenta que los problemas de salud mental forman parte integral del desarrollo infantil, tanto a nivel socio-familiar como cognitivo²⁰.

En la edición 2021 del informe Estado Mundial de la Infancia *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF publica el análisis más completo realizado por esta organización internacional sobre la salud mental de los niños, las niñas, los adolescentes y las personas cuidadoras en el siglo XXI, y revela **que incluso antes del COVID-19 la infancia y la juventud ya sufrían problemas de salud mental sin que se hicieran las inversiones necesarias**

20. Morón Nozaleda, M.G. (s. f.). *Marco legal y estratégico y cobertura de necesidades de adolescentes y jóvenes*, South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

para solucionarlos. Señala que **la pandemia no es más que la «punta del iceberg»** de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, y advierte que, sin más inversión en salud mental, con servicios accesibles y de calidad, este problema podría extenderse durante mucho tiempo²¹.

Organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales como Save the Children subrayan este problema. En su informe *Crecer saludable(mente). Análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*²², **esta entidad revela que la pandemia ha traído a la vida de niños, niñas y adolescentes nuevas preocupaciones, miedos, infelicidad y ha puesto de manifiesto la magnitud de los problemas de salud mental que sufren los niños y niñas en nuestro país.** Así, según este documento, los trastornos mentales han aumentado exponencialmente y, por ello, incluye recomendaciones para que se implemente la Estrategia de Salud Mental.

Es frecuente hablar de la prevención como un aspecto a tener en cuenta en las políticas públicas, pero, lamentablemente, no se contempla una materialización efectiva de ese propósito en la realidad de la población a la que se dirigen esas políticas. Hablar de prevención implica hablar de invertir en salud mental en la etapa perinatal, infantil y adolescente como forma de **invertir en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad.** Según el estudio *Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action*, financiado por la Comisión Europea, «cada niño es un individuo que tiene derecho a crecer feliz y saludable, a llevar una vida plena, desarrollar competencias individuales y tener acceso a la igualdad de oportunidades». Partiendo de esa premisa, para este informe se consultó a niños, niñas y adolescentes como actores principales a la hora de diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Este reconocimiento individual incluye el apoyo a los grupos de mayor riesgo (por ejemplo, niños, niñas y adolescentes LGBTI, que sufren acoso, que viven en condiciones de pobreza, tienen problemas emergentes o sufren la confluencia de dos o más de esos factores). **La falta de una buena información y formación constituye una de las principales barreras para abordar los problemas de salud mental en este contexto**²³. No es la primera vez que la Comisión Europea se pronuncia a este respecto. El comisario europeo de Salud y Seguridad Alimentaria, Vytenis Andriukaitis, ha recordado en sede parlamentaria la **conexión de la salud mental de los menores con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas**, afirmando que «en 2019, el Grupo director de la Comisión sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles ha decidido dar prioridad a la salud mental, motivo por el cual determinará las mejores prácticas en materia de salud mental para su ampliación y difusión»²⁴.

21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Octubre de 2021). *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF, Nueva York.

22. Save The Children. (Diciembre_2021). *Crecer saludable(mente). Análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*, Save the Children España.

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

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

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

4.1.2. Impacto de la pandemia en la salud mental de niñas, niños y adolescentes

Como se ha señalado, desde la pandemia provocada por el COVID-19, se ha incrementado exponencialmente el número de niñas, niños y adolescentes que presentan problemas de salud mental, sacando a la superficie problemas y carencias previos a los que, pese a su importancia desde un enfoque preventivo, no se había prestado la atención que precisaban. Se han disparado los porcentajes de población infantil atendida en los diferentes recursos sociosanitarios por problemas de salud mental como, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria, la falta de control de los impulsos, etc.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2022, el suicidio entre personas de 15 a 19 años aumentó un 41% respecto a 2021: murieron 75 personas. Entre 2018 y 2022, el suicidio de adolescentes de 10 a 19 años se incrementó un 13%.

En el desarrollo de la persona durante la etapa de la infancia y la adolescencia, confluyen diversos ámbitos en los que el necesario aprendizaje social y emocional serán determinantes a la hora de tener una vida saludable. Entre dichos ámbitos destacan la familia, como unidad básica de socialización, y la escuela, un espacio esencial para promover la educación, la inclusión y el aprendizaje social. El aumento de la tensión entre los diferentes ámbitos perjudica la salud mental de este sector tan vulnerable de la población. Como destaca el informe elaborado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña, *La situación de la*

Salud Mental en España, el desgaste de la salud mental de la población, en especial entre las personas jóvenes, es una realidad incuestionable en la sociedad actual. Resulta especialmente preocupante el deterioro de la salud mental en ese colectivo, porque ello se ha traducido en un aumento de los intentos de suicidio y de los ingresos hospitalarios en estos grupos de edad, tal y como refleja el informe:

Una situación grave y que nos produce un enorme desasosiego como sociedad, por la falta de horizontes e ilusiones que muestran las generaciones venideras²⁵.

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

4.1.3. Educación y accesibilidad psicosocial

La falta de ajustes y apoyos en todos los niveles educativos a las personas con discapacidad psicosocial implica por parte de estas una **inversión de esfuerzo que excede lo que humanamente sería exigible a cualquier persona en sus circunstancias** y en ello tiene mucho que ver, como en otros ámbitos, la **falta de conocimiento y conciencia de lo que es la accesibilidad psicosocial**. Nos constan casos de **niños, niñas y adolescentes aislados en sus domicilios, sin poder asistir a clase con sus iguales, por no existir ajustes y apoyos que les permitan ejercer su derecho a la educación en igualdad de condiciones**. La capacidad y competencias de una persona no se han de confundir con la efectiva existencia de barreras originadas por la no contemplación de los ajustes adecuados al tipo de discapacidad, puesto que es responsabilidad del sistema educativo disminuirlas o eliminarlas, así como los daños que produzca la pasividad ante este tipo de situaciones. Por tanto, incluso en caso de obtener un buen rendimiento, si este se produce a costa de la salud de la persona, el objetivo de igualdad de oportunidades y no discriminación en modo alguno se habrá alcanzado y se estarán infringiendo los derechos de la persona en esta materia.

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

Además, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha venido reclamando de manera reiterada la **implantación de una asignatura de «habilidades emocionales»** en todos los centros educativos de España, como herramienta para prevenir el suicidio y otros problemas relativos a la salud mental. Se trata de enseñar a los niños y las niñas, desde etapas tempranas,

25. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. (Marzo de 2023). *La situación de la Salud Mental en España*, pp.7, 71 y 160.

herramientas para favorecer su adaptación al entorno, el afrontamiento de situaciones adversas, mejorar las habilidades para relacionarse con las demás personas, manejar los conflictos, desarrollar la asertividad, etc., todo ello desde una perspectiva de derechos humanos. Se trata de no esperar a que los demás nos validen, sino de aprender a valorarnos. De ahí la importancia de una asignatura de educación emocional que, además de promover la prevención, enseñe respeto por la diversidad.

4.1.4. La todavía deficitaria atención socio-sanitaria

Como hemos denunciado en este mismo informe, los problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes se han incrementado exponencialmente en los últimos tiempos, lo cual afecta de forma integral al desarrollo infantil, tanto a nivel socio-familiar como cognitivo²⁶.

Ante este panorama, cuando una persona menor requiere asistencia especializada en salud mental, el camino hacia esta se convierte en una auténtica carrera de obstáculos. El primero de los retos a afrontar es el de la detección temprana, un ámbito en el que las carencias son acuciantes y que constituye una zona auténticamente crítica para la inclusión, los derechos y el bienestar de la infancia con problemas de salud mental. De hecho, la prevención prenatal es una cuestión todavía prácticamente inexplorada a efectos prácticos, aunque se conozca de su importancia vital a nivel científico²⁷.

El siguiente reto es el de la saturación del Sistema de Salud Mental y la falta de personal sanitario especializado, lo cual tiene una relación directa con las dificultades para afrontar otros retos importantes como son los de acabar con la sobremedicación, la baja frecuencia de visitas psiquiátricas y psicológicas y la falta de recursos económicos y materiales²⁸.

En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), destaca la importancia de la atención a la salud mental de la mujer embarazada y del bienestar psicosocial y del acceso a servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes, subrayando asimismo la especial importancia de las actividades psicosociales y de salud mental en entornos de conflicto o pobreza extrema, tanto de tratamiento como de prevención y promoción, y de la vigilancia del abuso y la violencia contra menores²⁹.

Así, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 actualizado, sigue insistiendo en la necesidad de adoptar un enfoque que abarque toda la vida y en aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todos y todas, prevenir los problemas de salud mental entre las personas de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental.

26. Morón Nozaleda, M.G. (s. f.). *Marco legal y estratégico y cobertura de necesidades de adolescentes y jóvenes*, South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

27. *Ibid.*

28. *Ibid.*

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

La atención socio-sanitaria de niños, niñas y adolescentes requiere de unos recursos materiales y profesionales específicos y todavía queda **mucho camino por recorrer en este terreno, dada la juventud de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil y la escasa concienciación sobre los malestares mentales en esta franja de la vida de la persona**, siendo todavía tabú para buena parte de la sociedad o, simplemente, ignorados y, en consecuencia, escasamente atendidos.

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

4.1.4.1. Aislamiento de niños y niñas en ingresos involuntarios

Se ha tenido conocimiento por parte de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA de que se producen prácticas lesivas para los derechos de los niños, niñas y adolescentes como es la de aislarlos, sin estudio individualizado del caso, de su familia o entorno afectivo asimilado, así como de sus iguales. Sin embargo, según se ha podido constatar, en otros centros se les permite contar con acompañamiento, al menos la primera noche, salvo que se considere perjudicial (por ejemplo, si el ingreso lo motiva en parte violencia intrafamiliar o si esta se observa en alguna interacción y se considera que perjudica a las personas menores). En caso de tener menos de doce años, y sobre todo a los más pequeños, se les deja a menudo todo el ingreso con acompañamiento a no ser que existan razones psicopatológicas o sociales que justifiquen la separación (por ejemplo, si la presencia de los padres o madres se considera que puede precipitar algunas de las conductas problemáticas que se observen en la planta).

4.1.5. Protección contra la violencia, abuso y acoso

La Observación 22 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2018)³⁰ ha destacado el derecho de las niñas y los niños a no ser objeto de ninguna forma de violencia, recomendando lo siguiente:

1. **Agilizar la aprobación de leyes que garanticen la protección integral** (vida e integridad física y moral) de las niñas y los niños contra la violencia, **y aseguren su aplicación a todos los niveles.**
2. Empezar una **evaluación amplia del alcance, los factores de riesgo y las características de la violencia** contra los niños y las niñas, **los malos tratos y el descuido**, con miras a formular una **estrategia nacional** amplia para prevenir y combatir esos fenómenos.
3. Adoptar un **marco nacional de coordinación entre administraciones e instituciones** para responder adecuadamente a situaciones de violencia contra los niños y las niñas, malos tratos o descuido, prestando especial atención a sus dimensiones de género.

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

4. Aumentar la disponibilidad de **programas orientados a crear conciencia entre los niños y las niñas**, y ofrecerles educación sobre su derecho a vivir a salvo de la violencia y sobre dónde buscar asistencia en casos de violencia, malos tratos o descuido, y consultarles a la hora de diseñar y aplicar esos programas a fin de asegurar que sean pertinentes y útiles.
5. Velar por que se asignen **recursos humanos, técnicos y financieros adecuados** para abordar las causas fundamentales de la violencia contra la infancia, los malos tratos y el descuido.
6. Alentar los **programas comunitarios** orientados a prevenir y combatir la violencia doméstica y los malos tratos y el descuido de los niños y las niñas.

En los contextos de violencia, las niñas y los niños pueden ver **gravemente comprometida su salud mental**, lo cual condiciona su bienestar. Según un **informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**, disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos, definiendo esta última, en el caso de los **niños, niñas y adolescentes, como «la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos»**³¹.

Sin embargo, el estigma continúa siendo una de las barreras invisibles fundamentales (si no la más importante) que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible³². Esa **invisibilización** incrementa su intensidad cuando se trata de niñas y niños, cuyos sufrimientos y dolencias psíquicas han sido tradicionalmente minimizados hasta el punto de convertirse en mitos como el de su natural resistencia y recuperación «espontáneas», el de que «no recuerdan» y «no comprenden», o el de que es difícil el diagnóstico de trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en estas edades³³. Ahora bien, no solo la **violencia intencionalmente infligida** tiene devastadoras consecuencias sobre la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Existe también una **violencia estructural** que les impide lograr y mantener un funcionamiento y bienestar psicológicos óptimos. Como expresa la psicóloga Alice Miller, «también la crueldad no intencionada hace daño» y «contrariamente a lo que suele creerse, las injusticias, humillaciones, malos tratos y violencias de los que ha sido víctima un ser humano, no se pierden, sino que traen consecuencias»³⁴.

Por lo tanto, intencionada o no, **la violencia ha de abordarse de manera integral, transversal e interdisciplinar** en todas sus formas, haciendo especial hincapié en aquellos ámbitos en los

-
31. United Nations, General Assembly. *Mental health and human rights*, A/HRC/34/32 (31 de enero, 2017). Recuperado de: <http://undocs.org/A/HRC/34/32>: «Three different categories should be clearly distinguished among those referred to in resolution 32/18: persons using mental health services (who are current or potential users of mental health and community services); persons with mental health conditions; and persons with psychosocial disabilities, namely, persons who, regardless of self-identification or diagnosis of a mental health condition, face restrictions in the exercise of their rights and barriers to participation on the basis of an actual or perceived impairment. These categorizations may overlap: a user of mental health services may not have a mental health condition and some persons with mental health conditions may face no restrictions or barriers to their full participation in society.»
 32. Red2red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
 33. Atenciano, B. (2015). *Impacto de la violencia de género en los primeros años: Niñas y niños de 0 a 5 años*, Programa MIRA.
 34. Miller, A. (2006). *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño*, Tusquets, Barcelona, p.239.

que se producen mayores cuotas de invisibilización y, en consecuencia, de impunidad. Entre esos factores de invisibilización se encuentran el binomio infancia y adolescencia-salud mental.

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

En el *Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2018*, publicado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, se desarrollan minuciosamente estos y muchos más aspectos³⁵.

4.2. Recomendaciones

En materia de prevención

1. Aprobar de una estrategia nacional de la infancia y adolescencia con discapacidad.
2. Regular la normativa en materia de la accesibilidad psicosocial, así como adoptar medidas para su implementación, concienciación y formación al respecto.
3. Dotar a los centros educativos de formación e información sobre las ideas autolíticas y pensamientos suicidas para, de ese modo, mejorar la prevención ante posibles situaciones de crisis.
4. Aprobar e implementar políticas y normas de prevención y protección a los y las menores de la violencia en las aulas, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
5. Promover información actualizada, no sesgada y con perspectiva de género orientada a la importancia del cuidado de la salud mental, así como de los factores de riesgo del consumo de drogas y su posible relación con los trastornos mentales.
6. Desarrollar planes formativos específicos para profesionales que trabajan en el ámbito del ocio y tiempo libre de los niños, niñas y adolescentes, a fin de capacitarles para reconocer y entender los signos de aparición de los problemas de salud mental; orientar a los y las menores hacia la búsqueda de ayuda; y garantizar que estos espacios sean inclusivos.

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

7. Garantizar la existencia de servicios de soporte social a la vivienda, formación e inserción prelaboral y laboral para adolescentes.
8. Generar servicios de ocio y tiempo libre, así como espacios de encuentro y participación comunitaria, que promuevan vínculos solidarios y garanticen contextos de identificación de demandas y necesidades concretas de las personas adolescentes.
9. Revisar el modelo actual de atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental vinculados al sistema de protección social, con el fin de garantizar una atención más ajustada a sus necesidades.
10. Desarrollar programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave, potenciando la figura de los y las profesionales del Trabajo Social y la Educación Social.
11. Impulsar políticas de atención a los factores sociales de riesgo que tienen una incidencia clara en la salud mental de las familias como, por ejemplo, la falta de conciliación con la vida familiar, las situaciones de paro o la calidad o inestabilidad de la vivienda, entre otras.
12. Formación de madres, padres y profesorado con relación al crecimiento y desarrollo durante la infancia y adolescencia; y promocionar el cultivo de las relaciones, la comunicación y la inclusión, favoreciendo asimismo políticas laborales que faciliten la conciliación.
13. Desarrollar espacios de escucha para que la infancia, la adolescencia y la juventud puedan compartir vivencias y malestares, grupos autogestionados o con acompañamiento de terapeutas.

En materia de educación

1. Potenciar el desarrollo de las capacidades emocionales de los alumnos y las alumnas, ya que existe una evidente continuidad entre los problemas de salud mental en la infancia y los que se desarrollan en la edad adulta. Una medida, en este sentido, es la creación de una asignatura de educación emocional.
2. Sensibilizar a la comunidad educativa de la importancia de las capacidades emocionales y ayudar al profesorado a detectar precozmente posibles problemas de salud mental.
3. Generar un elemento de supervisión, en el que se tenga especial atención a las situaciones de acoso escolar o bullying. La escuela debería ser siempre un espacio en el que sentirse a salvo. Sin embargo, para muchos niños y niñas, su colegio o instituto se ha convertido en la fuente de un tipo de violencia.

4. Desarrollar actividades de promoción y prevención escolar, universales y dirigidas, que incluyan, por ejemplo, programas de vida y habilidades, programas para contrarrestar el acoso y la violencia, programas para contrarrestar la estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, sensibilizando sobre los beneficios de un estilo de vida saludable y los riesgos del consumo de sustancias, y la detección e intervención temprana de niños y adolescentes con problemas de comportamiento (incluidos los trastornos alimentarios) o trastornos del neurodesarrollo. Esto, orientado al personal educativo y sanitario.
5. Abordar la discriminación en las instituciones educativas y el lugar de trabajo y promover el pleno acceso a las oportunidades educativas, programas de participación laboral y reincorporación al trabajo para personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

En materia de atención socio-sanitaria

1. Aplicar la línea estratégica 5 de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dedicada a la salud mental en la infancia y en la adolescencia (período 2022-2026):
 - 5.1: Promover la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades;
 - 5.2: Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental;
 - 5.3: Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
2. Garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental a recibir atención en recursos especializados y por profesionales con formación específica en salud mental infanto-juvenil garantizando, al mismo tiempo, la formación de los y las profesionales de Medicina de atención primaria para que puedan efectuar adecuadamente la detección y derivación, en las que se realice la «intervención» desde la cercanía, la escucha activa y empatía, desde un enfoque multidisciplinar y que incluya la atención temprana.
3. Impulsar políticas de atención a los factores sociales de riesgo que tienen una incidencia clara en la salud mental de los niños, las niñas y su entorno social: exclusión social, pobreza, etc.
4. Desarrollar recursos «intermedios» específicos de atención a la población infanto-juvenil en los que se pueda abordar los problemas de salud desde una perspectiva basada en derechos y en los que se tenga como referencia la empatía y la escucha activa tanto a la persona menor como a su entorno.

5. Impulsar el perfil de Psicología en este tipo de intervenciones, ya que se aprecia una carencia evidente.
6. Desarrollar una red específica y especializada de salud mental de calidad para la atención de 0 a 18 años, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el Estado. Esta red debe seguir el modelo de atención comunitaria y contar con las asociaciones de familiares y profesionales en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales.
7. Aplicar medidas de diagnóstico y detección precoz de problemas de salud mental de eficacia reconocida, coordinadas con otras disciplinas, en problemas de salud mental graves y situaciones de alto riesgo en las distintas etapas del desarrollo³⁶.
8. Proporcionar una intervención temprana a niños, niñas y adolescentes a través de programas psicosociales basados en la evidencia y otras intervenciones no farmacológicas fundamentadas en la comunidad, evitando la institucionalización y medicalización.
9. Proporcionar intervenciones tempranas para niños, niñas y adolescentes con condiciones de salud mental, a través de programas centrados en la familia y la persona menor, y la atención de la salud adaptada a los y las adolescentes, en la atención primaria de la salud, la escuela y la comunidad.
10. Adoptar medidas de mejora de la atención hospitalaria, prevención de los ingresos involuntarios y, en caso de producirse, de humanización de los mismos, evitando el aislamiento y, en la medida de lo posible, la separación de las figuras afectivas de las personas menores y de sus iguales.
11. Promover la hospitalización a domicilio en la población infanto-juvenil, cuando sea necesaria una atención de este tipo.
12. Promover el tratamiento psicoterápico.
13. Mejorar la atención ambulatoria de salud mental en la infancia y adolescencia.
14. Invertir en recursos de los centros de salud mental (CSM) para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.
15. Crear recursos específicos para la atención de la salud mental perinatal y en primera infancia.
16. Prevenir conductas adictivas con o sin sustancia (ciberadicción, ciberacoso, adicción al juego, etc.).
17. Promover la coordinación interadministrativa.

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

18. Fomentar la competencia intercultural con niños, niñas y adolescentes, identificando las posibles barreras de acceso sanitario para las personas menores y sus familias (económicas, geográficas, estigma, creencias...), entendiendo, entre otros aspectos, el impacto de la diversidad de idiomas en la adaptación y funcionamiento de la persona menor, la posible existencia de prejuicios culturales en torno al tratamiento, las diferencias culturales en cuanto a la percepción de su desarrollo, y las expresiones de malestar y la posible historia de trauma personal o familiar en relación con el proceso migratorio —duelo, violencia— (Pumariega, JAACAP 2013).
19. Crear una unidad especializada con equipos de intervención integral para facilitar el despliegue psíquico del niño o niña que ha pasado por un proceso de adopción y la relación con su familia adoptante. Se trata de ir más allá de las etiquetas diagnósticas y la medicalización para ver lo que los niños, niñas y adolescentes dicen con sus síntomas.
20. Formar al personal sanitario y docente en detección temprana, así como en mecanismos de coordinación.
21. Poner en marcha un teléfono de atención a la salud mental, público, gratuito y atendido por profesionales, exclusivo para la infancia y la adolescencia.
22. Mejorar la elaboración de estadísticas oficiales, necesarias para una prevención más efectiva de los problemas de salud mental y que se ven afectadas por una infradeclaración o mala clasificación de los suicidios, entre otros aspectos de mejora.
23. Consolidar la especialidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, aumentar el número de plazas anuales convocadas de Psicólogo Interno Residente (PIR) y también el número de plazas anuales convocadas del MIR en la especialidad de Psiquiatría hasta la completa cobertura de las necesidades.
24. Promover soluciones alternativas a los centros de menores cuando las y los menores tengan problemas de salud mental.
25. Desarrollar el conocimiento y las habilidades de los equipos profesionales de salud generales y especializados para brindar servicios basados en la evidencia, servicios de atención social y de salud mental culturalmente apropiados y orientados a los derechos humanos, para niños, niñas y adolescentes, entre otros: introduciendo la salud mental en los planes de estudio de pregrado y posgrado; y a través de la formación y la tutoría en materia de salud.
26. Identificar a las personas con trastornos mentales y ofrecer tratamiento y apoyo adecuados, así como derivar, según corresponda, a otros niveles de atención.
27. Garantizar que las intervenciones respeten los derechos de los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

28. Cubrir las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos a desastres naturales y disturbios civiles, incluidos aquellos que han estado asociados con fuerzas armadas o grupos armados, ya que requieren una atención especial.

En materia de ocio inclusivo

1. Crear recursos de ocio y tiempo libre ajustados a las necesidades y preferencias de niños, niñas y adolescentes, dada la importancia del abordaje de todas las esferas que afectan a su salud mental.
2. Informar sobre los recursos y/o actividades ofertados e incentivar la participación, ya que cuando irrumpe un problema de salud mental, suele venir acompañado de una ruptura del proyecto de vida y de las relaciones sociales tanto de los y las menores como de las familias, de ahí la importancia de ofrecer la información de este tipo de recursos y/o actividades para recobrar esa parte perdida.
3. En materia de apoyo a las familias.
4. Ofrecer información clara y sencilla a las familias sobre los recursos existentes y su modo de acceso.
5. Ofrecer apoyo social y psicológico para iniciar y transitar por el proceso de recuperación. Es preciso aumentar la presencia de los perfiles profesionales de Trabajo Social y Psicología.
6. Favorecer el apoyo familiar como factor clave para la recuperación de muchos problemas de salud mental que afectan a las personas LGBTI, proporcionando información, formación y recursos.

En materia de la violencia y el abuso

A. Medidas preventivas

1. Promover mecanismos de autoprotección y resiliencia que permitan enfrentar el trauma desde la más tierna infancia a través de los lazos afectivos y, cuando sea el momento, de la expresión de las emociones, a fin de construir un entorno social predispuesto a contribuir al desarrollo del niño o la niña, que le permita construir vínculos con el mundo que le rodea y disponer de herramientas a nivel

biopsíquico para reparar el daño y desarrollarse a partir de la integración en su biografía de un modo positivo³⁷.

2. Elaborar planes de formación a pediatras para que detecten el problema del síndrome de alcoholismo fetal (SAF), a equipos de salud mental, a equipos de asesoramiento pedagógico y al profesorado, así como dotar de recursos de apoyo a las familias afectadas.
3. Desarrollar actuaciones coordinadas por parte de las Administraciones públicas de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, con especial consideración al factor salud mental como elemento clave para garantizar su éxito.
4. Incorporar el principio de igualdad en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica del personal que atiende a este colectivo.
5. Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones.
6. Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de cada niña, niño o adolescente, contempladas desde un enfoque interseccional.
7. Impulsar medidas formativas específicas en materia de salud mental y violencia para el personal sanitario, educativo, jurídico, de los servicios sociales y de los medios de comunicación con el fin de erradicar el estigma, la discriminación y la violencia.
8. Consensuar criterios diagnósticos en salud mental y guías de práctica clínica a fin de reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención³⁸.
9. Fomentar la investigación básica, traslacional y aplicada en la salud mental, la violencia y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.
10. Poner en marcha sistemas de información específicos de trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en todo el territorio nacional³⁹.
11. Favorecer hábitos de buena crianza desde el inicio del embarazo y primera infancia, favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo⁴⁰.

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

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

39. *Ibid.*

40. *Ibid.*

B. Atención sanitaria y social

1. Desarrollar programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave como es el encontrarse o haberse encontrado en un contexto de violencia.
2. Desarrollar la cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud en los aspectos específicos de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes que han vivido o viven en contextos de violencia⁴¹.

C. Regulación y actuaciones judiciales

1. Promover una cultura jurídica y judicial que favorezca la implementación de las diversas disposiciones como, por ejemplo, la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal «para las víctimas de la violencia doméstica» que incluye, además de a la mujer, a los y las menores a su cargo.
2. Establecer mecanismos adaptados para el acceso de los niños y las niñas a los tribunales para el ejercicio de sus derechos, incluyendo los medios humanos y materiales para atenderles debidamente en el ámbito judicial, teniendo en consideración su salud mental.
3. Adecuar físicamente los espacios en los juzgados donde deben realizarse las entrevistas y donde deben esperar los niños y las niñas, así como disponer del material técnico y audiovisual que permita llevar a cabo la participación en los procesos sin tener que ver a la persona agresora ni tener que prestar declaración en una sala llena de personas adultas desconocidas.
4. Establecer mecanismos de mejora de la garantía del derecho de los niños y las niñas a ser debidamente escuchados y escuchadas durante los procedimientos, tanto judiciales como administrativos, teniendo en consideración su salud mental.
5. Establecer un equipo de profesionales de apoyo especialistas en salud mental. Además de la preparación para la atención directa, es esencial que en las valoraciones psicológicas de los niños y las niñas se cuente con la intervención experta de profesionales de la Psicología en coordinación con otros ámbitos de conocimiento técnico (Trabajo Social, Medicina, Educación), de cuya valoración va a depender en gran medida la decisión que se adopte por parte del órgano judicial. La relevancia de esta intervención requiere una mayor especialización, regulación y definición de las competencias, derechos y obligaciones de los y las profesionales en el desempeño de sus funciones⁴².

41. *Ibid.*

42. Para esta recomendación se ha tomado como referencia Save The Children. (noviembre/2012). *Infancia y Justicia: Una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España*.

6. Regular el derecho a la información y la asistencia legal de las niñas, niños y adolescentes durante los procesos, formando a los y las profesionales que les atiendan para aprender a escucharlos con especial consideración a su salud mental⁴³.
7. Establecer mecanismos de supervisión y denuncia por la actuación de los operadores jurídicos, cuya eficacia sea evaluada periódicamente⁴⁴.
8. Establecer y regular la coordinación entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia.

D. Educación y acoso escolar

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

E. Agresión sexual

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

43. *Ibid.*

44. *Ibid.*

F. Violencia de género

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

G. Identidad de género, violencia y salud mental⁴⁵

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

H. Control de la efectividad de la normativa

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

I. En materia del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia:

1. En el caso de jóvenes con discapacidad con problemas de salud mental tutelados por la Administración pública competente, promover planes de transición a la vida adulta que prevean actuaciones específicas que garanticen una atención

45. En esta materia seguimos las recomendaciones incorporadas en el informe RaRE. NODIN, N., PEEL, E., TYLER, A., and RIVERS, I. (2015). *The RaRE Research Report: LGB&T Mental Health – Risk and Resilience Explored*, PACE, London, pp.33, 66, 67 y 68.

adecuada si su discapacidad o sus necesidades especiales dificultan o imposibilitan su vida independiente.

2. Diseñar planes de apoyos que garanticen los medios y recursos, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que aquéllos reciban la información, formen y expresen su voluntad y sus preferencias y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que sus decisiones sean adoptadas sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

5. Derecho a la vida

Artículo 10. CDPD

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

5.1. Aspectos a tener en cuenta

5.1.1. Hablar de la muerte para salvar la vida

Como expresa acertadamente Elena Briongos, presidenta de la Federación Salud Mental Castilla y León, en la introducción a la Guía de prevención del suicidio publicada por esta misma federación: «Hablar de la muerte, en esta cultura nuestra, nunca ha sido fácil ni políticamente correcto (...) Pero hablar de suicidio ya es hacer un salto mortal picado sin red y, si me apuran, sin agua en la piscina. Pero vamos a añadir un triple mortal a la pirueta: suicidio de una persona con problemas de salud mental. Entonces la cosa adquiere matices de códigos secretos, diríamos que al nivel de cualquier agencia de inteligencia. Lo que no se puede *esconder* es que junto al suicidio siempre coexiste una situación que no distingue ni de sexos, ni de clases sociales, ni de educación, ni de poder adquisitivo: el SUFRIMIENTO». Efectivamente, se trata de sufrimiento con mayúsculas, como bien señala Elena Briongos, sufrimiento de quienes «encuentran la solución en el suicidio» y sufrimiento de quienes, demasiadas veces a edades muy tempranas, «aman a esa persona a la que no pudieron rescatar, salvar, acompañar». ¿Qué hacer ante todo esto? Sin duda, hay una responsabilidad social que requiere un paso adelante para enfrentar un problema que se arrastra ya desde hace tiempo, aunque ahora el repunte de casos haga más difícil esconder la cabeza para no verlo sin que resuene la conciencia. Apoyo, terapia adecuada y red de atención accesible constituyen las tres patas sobre las que se ha de sostener el sistema de atención al que todas y todos tenemos derecho, porque nadie sabe cuándo lo podremos necesitar o alguna de nuestras personas queridas. Por eso es tan importante la sensibilización en esta materia y saber que, como se afirma en esta guía, «el suicidio se puede prevenir» y, desde esta premisa, hay que «acabar con los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio para facilitar la desestigmatización y culpabilización de la conducta suicida y, con ello, facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda». Para ello, es preciso plantear estrategias eficaces para trabajar en los aspectos preventivos⁴⁶.

46. N. Hernández; M. Gómez; R. Caballero; Javier Díez; M.ª Luz Gadea y Macarena Martínez. (2022) *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas*, Federación Salud Mental Castilla y León, p. 8.

Testimonio

“ Se ha desvanecido cualquier sentimiento de esperanza, toda idea de futuro; es la desesperación lo que apabulla mi alma, una situación de herido ambulante que vive pegado a su lecho de clavos dondequiera que vaya, moviéndose de tortura en tortura, ordalías indistinguibles de nebuloso horror, este suplicio sin fondo, un simulacro de todo el mal de nuestro mundo, la desesperación más allá de la desesperación. ”

Styron, William. *Esa visible oscuridad: memoria de la locura*.

Con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023, el Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA publicaron un manifiesto conjunto (cuyo texto completo se incluye en el Anexo 1 de este informe) en el que se parte de la mencionada responsabilidad colectiva, interpelando a la sociedad con una pregunta muy clara y directa: «¿Qué estamos haciendo mal como sociedad para que se produzcan 4.000 muertes por suicidio cada año en España?». Necesitamos hacernos estas preguntas si no queremos vaciar de contenido la palabra «sociedad» para convertirnos en la práctica en una agrupación dominada por lo que en la Grecia clásica denominaban *idiotés* (idiota), entendido como aquella persona que se desentiende de los asuntos de la comunidad. Volviendo al manifiesto, hay un grave problema y si no hay visos de solución es porque «hemos desoído la llamada de la condición humana, es decir, de todas aquellas cualidades que un día nos hicieron evolucionar: la generosidad, la escucha desinteresada, el espíritu colaborativo». Una afirmación estremecedora que se hace con conocimiento de causa: «si bien el suicidio es un fenómeno multicausal, sabemos que en muchos de los casos aparece aparejado un problema de salud mental. Esto motiva a nuestro colectivo a promover una solución, una estrategia para salir del aislamiento emocional». La experiencia del «desgarro» del «mundo interior» convierte «la experiencia vital en algo indeseable, en una lectura imposible» cuyas páginas son difíciles de pasar en un contexto de estigma social que, en lugar de promover, «frena a la hora de pedir ayuda»⁴⁷. Por ello, quienes firman el manifiesto piden actuar en varios sentidos:

- El refuerzo de la atención psicológica especializada que ofrezca una salida en el laberinto de la confusión.
- La activación de programas de prevención en los ámbitos educativo y laboral, que ayuden a reconducir el descontento por la vida en una fase temprana.
- Sensibilizar a la población en general, para romper el silencio y crear un espacio de expresión que supere el sentimiento de culpa. Hay que hacer ver que el suicidio es un desenlace definitivo ante un problema que puede ser temporal.
- Potenciar los recursos de ayuda, como puede ser el teléfono 024 de atención a la conducta suicida (en el primer año se atendieron 119.000 llamadas).

47. Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (07/09/2023). *Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023*. [Página web].

- Multiplicar las oportunidades para que la gente desarrolle un proyecto de vida satisfactorio. No existe un mundo feliz sin un proyecto vital.
- Dotación presupuestaria para llevar a buen término los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Mental y de la Agenda 2030 en cuanto a salud y bienestar. Invertir en salud mental es cuidar el propósito de la vida.
- Y, por fin, la creación de equipos de apoyo domiciliario y acompañamiento para animar el día a día de las personas mayores. Qué menos que un gesto de respeto para poner en valor el testimonio de una vida.

5.1.2. Informar adecuadamente sobre el suicidio en los medios de comunicación

La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) ha destacado la importancia de que informar bien sobre el suicidio reduce su incidencia y ha pedido formación al respecto para los y las profesionales de la comunicación. Asimismo, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Federación de Asociaciones de la Prensa de España (FAPE) han reclamado que se informe con responsabilidad y siguiendo las normas del Código Deontológico⁴⁸.

En este mismo sentido, se hace eco el manual de «Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación»⁴⁹, publicado por el Ministerio de Sanidad y en cuya redacción colaboró la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Este documento, consensuado entre profesionales de la información y profesionales de la salud, pretende servir de ayuda para quienes tengan que transmitir información sobre suicidio, recogiendo las principales recomendaciones y evidencias sobre el tema. Así, describe qué hacer y no hacer en el momento de elaboración de una noticia sobre suicidio, independientemente del tipo de medio (prensa, radio, televisión o internet). De este modo, se recomienda **evitar**:

- Recurrir al sensacionalismo;
- Usar en el titular la palabra «suicidio»;
- Concretar el método y lugar para prevenir la imitación;
- Publicar notas suicidas en ninguna de sus posibles modalidades;
- Situar la noticia en un lugar destacado;
- Glorificar a la persona que se ha suicidado;
- Presentar la muerte por suicidio como algo normal, como una solución o modo de afrontar los problemas o como consecuencia de razones simplistas causa-efecto;
- Usar imágenes de manera imprudente;
- Utilizar estereotipos religiosos o culturales;
- Exponer la conducta suicida como una respuesta comprensible ante los cambios sociales, culturales o la desvalorización;

48. María Miret García. (10 de septiembre de 2023). Informar bien sobre suicidio en los medios reduce su incidencia. *El Salto*.

49. Ministerio de Sanidad. (2020). Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación: Manual de apoyo para sus profesionales, Ministerio de Sanidad, pp.7-12.

- Culpabilizar;
- Repeticiones injustificadas de una noticia sobre un suicidio;
- Tratar las intervenciones de los servicios de emergencia (equipos sanitarios, cuerpo de bomberos y de policía) como actos heroicos o dando la sensación de que estos se estén jugando la vida por culpa de la persona en una crisis suicida (mejor utilizar palabras como acoger o ayudar, antes que rescatar o salvar).

En lugar de esto, **se recomienda lo siguiente:**

- Referirse a la muerte por suicidio como un hecho, no como un logro;
- Resaltar las alternativas al suicidio, ya sea mediante información genérica o mediante historias de personas, que ilustren cómo afrontar las circunstancias adversas, las ideas de suicidio, y cómo pedir ayuda;
- Proporcionar información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda;
- Aportar información sobre factores protectores, factores de riesgo y señales de alarma;
- Transmitir la posible asociación entre la depresión y otros trastornos mentales y la conducta suicida, trastornos tratables para los que hay tratamiento;
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los supervivientes en momentos de profundo dolor, y proporcionar datos de contacto (webs) de los grupos de apoyo para supervivientes;
- Usar fuentes auténticas y fiables para las estadísticas y ofrecer una información al respecto cuidadosa y correcta;
- Tener especial cautela cuando se informe sobre suicidios de personas famosas;
- Trabajar estrechamente con las autoridades sanitarias y profesionales de salud mental en la presentación de los hechos;
- Tener cuidado respecto de los contenidos, también en situaciones de presiones por tiempo;
- Mostrar la debida consideración por las personas que han perdido un ser querido;
- Ser consciente de que las propias personas que trabajan en los medios de comunicación pueden verse afectadas por las noticias sobre el suicidio;
- Escribir siempre el artículo o elaborar la pieza informativa con sensibilidad, pensando que uno de los seres queridos que ha sufrido la pérdida lo va a leer, y analizar cómo se puede sentir.

El documento propone toda una serie de expresiones a evitar, ofreciendo sus correspondientes alternativas y otros aspectos útiles a la hora de transmitir la información.

Por su parte, la Agencia EFE ha publicado una *Guía para el tratamiento informativo del suicidio*⁵⁰, comprometiéndose con la prevención y la Unió de Periodistes Valencians ha propuesto algunas pautas para mejorar la forma en que los medios de comunicación abordan la prevención del suicidio.

Además, SALUD MENTAL ESPAÑA publicó en 2018 la guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación *Las palabras sí importan. Comunicar sin prejuicios depende de ti*, dirigida especialmente a profesionales de los medios de comunicación, que aporta información útil y recomendaciones para un trato mediático social, digno y responsable de los problemas de salud mental.

50. Agencia EFE. (2021) Guía para el tratamiento informativo del suicidio en EFE. Agencia EFE.

6. Derecho de acceso a la justicia

Artículo 13. CDPD

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

6.1. Aspectos a tener en cuenta

6.1.1. Falta de apoyos para el acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicosocial

El artículo 13 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece el mandato a los Estados Parte de «asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás».

Por otra parte, la Regla (8) de Reglas de Brasilia sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad (8) señalan que hay que «establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes a utilizar todos los servicios judiciales requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad y comunicación».

Otro marco jurídico a tener en cuenta es la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Esta Ley 8/2021 que supone la reforma del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la Ley de Jurisdicción Voluntaria y la Ley del Registro Civil, entre otras, es la que sienta las bases para el cambio del sistema anterior —en el que predominaba la sustitución por orden judicial en la toma de decisiones que afectan a las personas con discapacidad—, por otro basado en el respeto a la voluntad y preferencias de estas personas que, como regla general, serán las encargadas de tomar sus propias decisiones.

Las personas con problemas de salud mental enfrentan múltiples barreras en el acceso a la justicia, habiéndose ya expuesto las principales en el pasado [*Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental: 2022*](#) de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. En una

encuesta realizada sobre el acceso a la justicia de las personas con discapacidad en Euskadi⁵¹, las personas con problemas de salud mental han señalado que las dificultades que tienen en este sentido son varias, entre las que se destacan las siguientes:

- Presencia de barreras de comunicación, como la poca participación en el proceso debido a la discapacidad o la falta de credibilidad o no entender lo que la persona quiere trasladar.
- Presencia de barreras de comprensión, como no entender la información que le han proporcionado en el proceso o no entender la información que la administración de justicia da al público en general. También indicaron que, al haber contactado por teléfono o Internet con la Administración de Justicia, no han entendido la información que se les ha dado. Así mismo, señalaron que la sala de vistas carecía de elementos que les ayudaran a comprender mejor las cosas y que no entendían el lenguaje empleado por judicatura, Fiscalía o abogacía.
- Presencia de barreras procedimentales, en las que se revelan como muy complicados los pasos para pedir que se adapte un juicio o proceso legal a sus necesidades.
- Respecto a la preparación o formación para atender a personas con discapacidad de judicatura, Fiscalía o cuerpo de letrados o letradas de la administración de justicia, la mayoría consideró que no estaban preparados e igual resultado se refleja en el caso de abogacía, procura, etc.
- Es importante destacar el impacto que el estigma social asociado a los trastornos mentales tiene en el trato recibido y la falta de empatía debido, fundamentalmente, al desconocimiento de la discapacidad por razón de trastorno mental.

No se está dando apoyo a las personas con discapacidad psicosocial, lo que sin duda constituye una vulneración de su derecho al acceso a la justicia en igualdad de condiciones que las demás personas. Parece clara la necesidad de establecer un plan de acción con diversos ejes que actúen para eliminar las barreras y favorecer el acceso a la justicia de las personas con problemas de salud mental, en los diversos ámbitos de intervención y sea cual sea su posición en el proceso (testifical, víctima, persona investigada o detenida, denunciante o denunciada, demandada o demandante, etc.) con los apoyos que se requieran.

Todo ello lleva a la necesidad de cumplir el mandato legal de la Convención y proporcionar los apoyos que se necesiten, adoptando de manera urgente medidas que incidan, entre otras cuestiones, en:

- La formación y sensibilización a las personas que trabajan en la administración de justicia sobre las diferentes discapacidades y, en especial, sobre las personas con problemas de salud mental.
- Evitar el estigma social y la discriminación.
- Garantizar la asistencia especializada y los apoyos que precisen a personas con discapacidad por razón de trastorno mental, detenidas o investigadas.

51. Se trata de una encuesta estadísticamente no significativa pero sí cualitativamente realizada en el marco de la elaboración del Plan de Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad en Euskadi. [\[Página web\]](#)

- Mejorar los procedimientos de medidas de provisión de apoyo:
 - Diseño y elaboración de un catálogo de ajustes de procedimiento para las personas con trastorno mental;
 - Creación del programa de personas facilitadoras.
- Creación de un turno de oficio especializado en discapacidad, que aborde la atención integral de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos, y en especial, en el ámbito civil y penal, todo ello orientado a que el derecho a la defensa sea real y efectivo, de manera similar a la atención integral y gratuita que reciben las víctimas de violencia de género. Es absolutamente necesario un turno de oficio con esa sensibilidad. Como destaca Gonzalo A. López, exteniente Fiscal de la Comunidad Valenciana y patrono de Fundación Aequitas: «La esencia de por qué debe ser una justicia gratuita para las personas con discapacidad es una perspectiva del Estado Social, ya que, de acuerdo con la Ley 8/2021, no se puede obtener una medida de apoyo judicial si no es acudiendo al juzgado. La persona que necesita este apoyo tiene que acudir a ese órgano judicial y no tiene un abogado especializado y después tiene que pagar un abogado para resolver una cuestión tan de Estado Social como es una medida de apoyo que le debe el Estado y le debe la sociedad. Ese sería el fundamento de la gratuidad y especialización»⁵².

6.2. Buenas prácticas

6.2.1. Plan de acceso a la justicia de personas con discapacidad del Gobierno Vasco

Se trata del primer Plan de Acceso a la Justicia de las personas con discapacidad (en adelante, PAJPD)⁵³ de estas características elaborado en España y ha sido llevado a cabo por la Dirección de Justicia de Gobierno Vasco durante el año 2023. El plan plantea diversos ejes de intervención para garantizar el derecho de acceso a la justicia de las personas con discapacidad y contempla la necesidad de recursos que lo posibiliten.

Varios aspectos son destacables en este plan:

- El carácter general para abordar diferentes aspectos que garanticen el acceso a la justicia de las personas con discapacidad.
- La inclusión de las personas con problemas de salud mental.
- El propio proceso llevado a cabo, el «cómo» se ha elaborado este Plan.

52. «Fundamento del turno especializado gratuito para personas con discapacidad», ponencia pronunciada por Gonzalo A. López, exteniente Fiscal de la Comunidad Valenciana y patrono de Fundación Aequitas, en las Jornadas *Dos años de vigencia de la Ley 8 / 21: contextualización jurídico y social*, celebradas en el Parlamento Vasco en enero de 2024, minuto 43.

53. Dirección de Justicia, Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. (2023). Plan de acceso a la justicia para las personas con discapacidad, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- El propio proceso de desarrollo del Plan.

6.2.1.1. El carácter general para abordar diferentes aspectos que garanticen el acceso a la justicia de las personas con discapacidad

Exponemos de forma breve los objetivos que plantea este plan, la misión y visión, así como las líneas estratégicas y principales proyectos encaminados a eliminar las barreras y proporcionar los apoyos para garantizar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad.

Objetivos del Plan:

- Garantizar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad de forma efectiva y en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía.
- Contribuir a que las personas con discapacidad ejerzan su capacidad jurídica de forma autónoma.
- Proveer de recursos organizativos y humanos para disponer de los apoyos necesarios que garanticen los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la justicia.

Misión del Plan:

Son las Administraciones, instituciones, colectivos y entidades las que, trabajando en la prestación del servicio público de justicia en la Comunidad Autónoma de Euskadi, garantizan el acceso a la justicia y el ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidad.

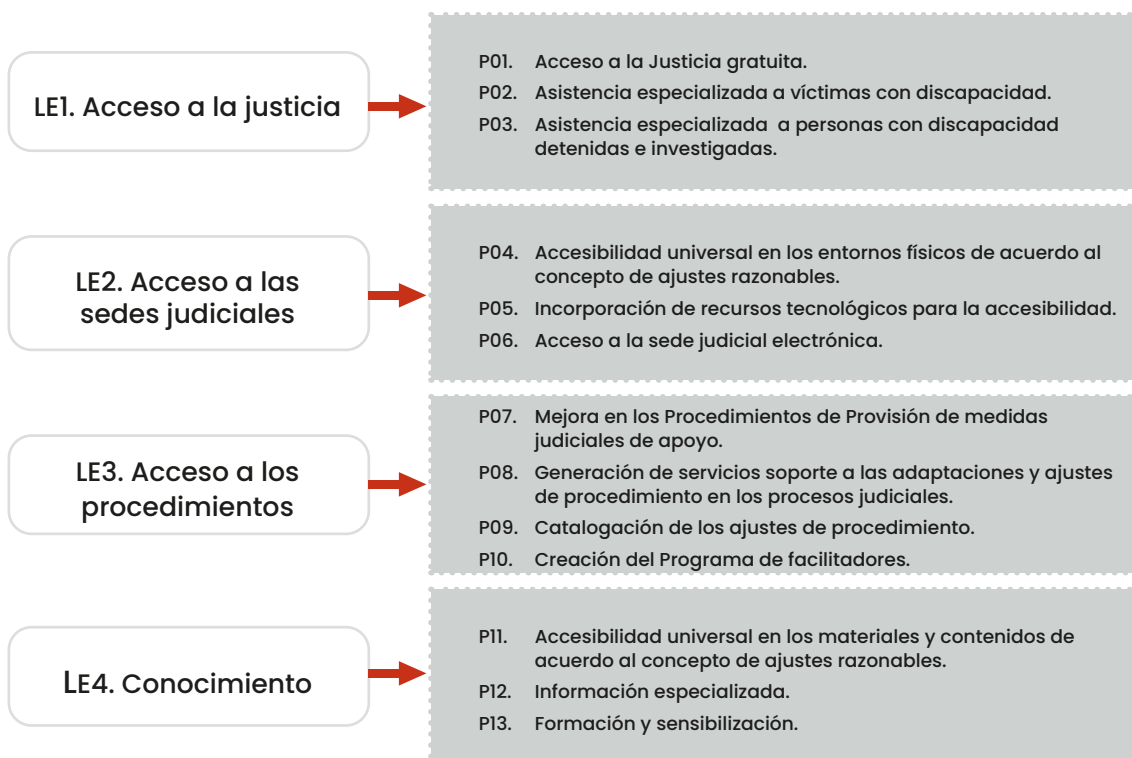
Visión del Plan:

Euskadi dispone de un servicio público de justicia que es conocido y reconocido como accesible por lo siguiente:

- Identificar y eliminar las barreras, asegurando entornos físicos, tecnológicos y materiales accesibles;
- Conocer las discapacidades, adaptándose progresivamente a las personas con discapacidad;
- Potenciar la autonomía de las personas con discapacidad en su relación con la justicia, garantizando que estas pueden actuar en igualdad de condiciones con las demás.

Líneas estratégicas y proyectos:

El plan tiene cuatro líneas estratégicas con sus objetivos e incluye 13 proyectos a realizar, que se resumen en este esquema:



6.2.1.2. El plan incluye a las personas con problemas de salud mental

El plan se ha realizado contando con las diferentes entidades de la discapacidad y también con la federación Salud Mental Euskadi, lo cual garantiza que se tengan en cuenta las necesidades de las personas con problemas de salud mental en el proceso y en los diferentes desarrollos previstos (necesidades como persona víctima, investigada, detenida, necesidades en los ajustes del procedimiento, así como a la hora de elaborar el marco normativo para la facilitación en los procesos judiciales).

6.2.1.3. El «cómo» se ha elaborado este Plan: proceso de elaboración

El propio proceso de elaboración del plan constituye una buena práctica, puesto que se ha realizado de forma colaborativa entre la Dirección de Justicia, las redes autonómicas de la discapacidad y los operadores jurídicos implicados. Han participado en este plan judicatura, fiscalía especializada en discapacidad y representantes de dichos ámbitos en su máximo nivel, también han participado el presidente del Tribunal Superior de Justicia y la Fiscal Superior del País Vasco; así como abogacía y procura, graduados sociales, etc.

La apuesta por la participación colaborativa se valora muy positivamente y se estima necesaria la participación de entidades que representan a las personas con problemas de salud mental.

6.2.1.4. Por el propio proceso de desarrollo del Plan

El PAJPD implica no sólo al sector de justicia en la Comunidad Autónoma de Euskadi, por lo que necesita impulsar el trabajo en colaboración con las redes y asociaciones de personas con discapacidad, con los distintos colectivos que trabajan en la Administración de Justicia y con otras instituciones. En los diferentes proyectos que se van a desarrollar, se prevé la participación de las entidades autonómicas de la discapacidad, así como en la evaluación y seguimiento del plan.

6.3. Recomendaciones

- Elaboración de un plan que coordine las diferentes acciones a realizar para garantizar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad, incluidas las personas con problemas de salud mental con participación de los diferentes operadores jurídicos, administración de justicia y de las asociaciones que representan a las personas con discapacidad, incluyendo a las personas con problemas de salud mental.
- Creación de un turno de oficio especializado en discapacidad que aborde la atención integral y gratuita de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos, y en especial, en el ámbito civil y penal. Similar a la atención integral que reciben las víctimas de violencia de género, donde se da un asesoramiento y asistencia integral y gratuita.

7. Libertad y seguridad de la persona

Artículo 14. CDPD

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

7.1. Buenas prácticas

7.1.1. Publicación del Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: *Análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos*⁵⁴.

El objetivo de este documento es promover que se termine con los automatismos en la atención a la salud mental que supongan una vulneración de derechos y que haya cauces para que las personas puedan decidir cómo quieren ser tratadas en un entorno sanitario, de atención y cuidados conforme a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El informe profundiza sobre algo tan consustancial para el buen desarrollo de la vida humana como es la libertad. Una libertad que, para ser tal, ha de concebirse no solo de manera individual, sino también colectiva para que adquiera todo su sentido.

Es un ejercicio de responsabilidad y de respeto por la dignidad humana detenerse a explorar alternativas de atención a la altura de esa dignidad que nunca se habría de perder de vista. Y de eso trata este inmenso trabajo elaborado por el equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid en el marco del proyecto «Los internamientos involuntarios a la luz de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: implicaciones para el ordenamiento jurídico español» e impulsado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, en una andadura que comenzó en 2020 y que fue

54. Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid; Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2023). *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos.*

desarrollada desde el rigor y el consenso. En 2021 se presentó el primer borrador a la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de SALUD MENTAL ESPAÑA, y en 2022 la primera versión del documento completo con su resumen ejecutivo, además de contrastar los resultados con diferentes perfiles profesionales externos. A lo largo de 2023, se han perfilado los últimos detalles y la maquetación de la versión definitiva. Hablar de tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental es hablar de libertad y dignidad humana en un tiempo y en un lugar en el que no imperan ni la una ni la otra, aunque hayamos normalizado su ausencia. Este trabajo, sin embargo, nos da algo fundamental: un instrumento de consenso con el que ir operando, poco a poco, los cambios que necesitamos en las estructuras sociales para que las personas cuyos derechos defendemos tengan garantizado el espacio que por derecho les corresponde.

En el estudio se indica que, para abordar desde un punto de vista jurídico la delicada cuestión de los internamientos y tratamientos involuntarios en el ámbito psicosocial, es decir, en el ámbito de la salud mental, se ha de partir de tres grandes ideas:

- (I). La necesidad de abordar la discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos humanos;
- (II). La existencia de un derecho a la atención integral en el marco de los derechos humanos;
- (III). La singularidad de la urgencia vital en el ámbito psicosocial.

Se dedica tiempo y trabajo para elaborar un estudio de estas dimensiones porque hay una necesidad. Una necesidad de que *algo hay que hacer* manifestada y reclamada con urgencia por el propio movimiento asociativo, tanto por parte de las personas afectadas directamente por este tipo de medidas como por sus familiares. Sería un éxito absoluto que también la sociedad en su conjunto percibiera esa misma necesidad, pues está compuesta, al fin y al cabo, por personas con problemas de salud mental y por potenciales afectados y afectadas. Para eso, somos conscientes, hace falta mucha pedagogía y, precisamente, por esto también la Confederación ha impulsado este magnífico estudio.

La discapacidad como concepto, esto también lo destaca el estudio, evoluciona. Cada sociedad en cada tiempo produce, por decirlo de algún modo, «su propia discapacidad», resultando esta, como señala la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la interacción de las personas con las barreras debidas a la actitud y a un entorno que evita su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Las personas con discapacidad y, por tanto, las personas con problemas de salud mental, tienen los mismos derechos humanos que cualquier otra persona, aunque esta obviedad, en la práctica, no lo resulta tanto porque todavía no hemos articulado todos los mecanismos que hacen falta para que tales derechos sean efectivos.

Este estudio examina la realidad, la compara con otras realidades y elabora una síntesis que le permite revisar los conceptos y crear otros nuevos más acordes con los cambios que se quieren introducir en la misma, situando en el centro los derechos humanos. Para ello, define conceptos, describe el estado de la cuestión a nivel nacional e internacional, efectúa propuestas normativas y describe todo un sistema de atención integral psicosocial que 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.

En este trabajo, además, se efectúan propuestas concretas. Es decir, se va más allá de la denuncia y la declaración de intenciones, y propone medidas específicas 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. Promueve también la toma de conciencia del estigma y la discriminación a la que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, de forma que se garantice su participación en la sociedad como ciudadanía de pleno derecho.

Este informe es una herramienta que podemos y debemos usar ya que, si queremos que no se sigan reproduciendo las mismas vulneraciones, necesitamos intervenir activamente en la realidad, mover estructuras y proponer alternativas. Ahora, con este trabajo en las manos, podemos hacerlo. Se apunta a un nuevo marco de atención, configurado en este documento como una red de utilización pública que integra de forma coordinada, organizaciones, centros y servicios, públicos y privados, y que asegura la satisfacción de la Atención Integral Psicosocial y de los derechos que la conforman en un sistema que aspira a estar libre de medidas coercitivas conforme a los principios de respeto a la dignidad y los derechos humanos; la igualdad inclusiva y la no discriminación; la interseccionalidad; la integralidad; la inclusión social en la comunidad; la accesibilidad; la planificación centrada en la persona; la interdisciplinariedad; la calidad de los servicios; la corresponsabilidad y participación de las personas; la intersectorialidad; la transparencia y la proporcionalidad.

El informe marca la ruta a seguir y las medidas a adoptar transitoriamente mientras se vaya implantando el sistema. Nada queda sujeto al azar. Se prevé un Protocolo de reglamentación de las medidas terapéuticas de conformidad con los estándares establecidos en el propio documento y que contenga un Plan de eliminación de las medidas coercitivas de aislamiento y de mecanismos coercitivos de contención física, química o mecánica; así como acciones para la capacitación en enfoque de derechos humanos y medidas alternativas.

7.1.2. Instrucción para la implantación de planes de atención libres de coerciones en las residencias para personas con problemas de salud mental

El empleo de medidas coercitivas que agreden la dignidad y derechos de las personas con problemas de salud mental continúa siendo una práctica común en su atención. Por ello, la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental de la Generalitat Valenciana ha publicado la Instrucción N.º 4/2023⁵⁵ con el fin de promover la elaboración e implantación de planes de atención libre de coerciones en las residencias para personas con problemas de salud mental. Su finalidad es proteger y asegurar el respeto a su dignidad inherente y el goce pleno y en condiciones de igualdad de sus derechos y libertades. La Instrucción se emite con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 27/2023, de 10 de marzo, del Consell, por el que se regulan la tipología y el funcionamiento de los centros, servicios y programas de

55. Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental de la Generalitat Valenciana (2023). Instrucción N.º4/2023 para la elaboración e implantación de planes de atención libre de coerciones en las residencias para personas con problemas de salud mental.

servicios sociales, y su ordenación dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. Según se indica en el texto de la misma, establece pautas de actuación y planes de reducción de contenciones, con medidas concretas y evaluables, promoviendo una visión positiva y respetuosa de las personas que hacen uso de los centros de servicios sociales de atención secundaria.

Como destaca esta Instrucción, la coerción daña la autoestima y puede ser la causa de un trastorno por estrés postraumático. De hecho, señala, se asocia a una mayor duración de la estancia en los centros, independientemente de la gravedad del trastorno.

Esta Instrucción pretende contribuir a generar buenas prácticas desde un punto de vista rehabilitador y terapéutico, en las que no tienen cabida las medidas coercitivas, para procurar una mejora de la autonomía y fomentar la inclusión social, promoviendo el proceso de recuperación. Esto constituye una ineludible exigencia ética y clínica para quienes trabajan en el ámbito de la atención a las personas con problemas de salud mental, una exigencia que se ha visto plasmada —a escala estatal— en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 28 de julio de 2022 y —a escala autonómico— en la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana.

Con estas medidas se apunta al objetivo de erradicar la coerción de la práctica asistencial en salud mental, a fin de adoptar y consolidar un modelo en el que prime el respeto a los derechos de las personas y la búsqueda de alternativas de tratamiento más respetuosas con su dignidad. Un modelo en el que, como subraya la Instrucción, las razones de seguridad y protección dejen de ser la única o principal prioridad y que sitúe a la persona, su voluntad, sus derechos y sus preferencias en el centro de sus apoyos y cuidado. El tránsito hacia este nuevo modelo obliga a los centros residenciales a revisar su capacidad para prestar a las personas una atención de esta naturaleza. También obliga a sus equipos profesionales a elaborar y poner en marcha planes de actuación orientados a la eliminación progresiva y segura de estas prácticas. Esperamos que esta Instrucción se aplique de manera efectiva y se convierta en una más de las muchas que es imperativo que se implementen en todo el territorio nacional.

8. 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.

8.1. Denuncias

8.1.1. Preocupación por la situación de la salud mental en España

Según el informe La situación de la salud mental en España, publicado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña en 2023, un 74,7% de la población encuestada tiene la impresión de que, en los últimos años, se ha producido un empeoramiento de la salud mental de la sociedad. Según este documento, esta percepción ha sido corroborada por profesionales de la salud mental, que destacan el componente social y económico de los malestares emocionales y refieren un aumento de la sintomatología en la población, que ha afectado también al propio personal sanitario. Sin duda, señala este informe, la situación de estrés experimentada durante la pandemia, unida a la incertidumbre actual, la sensación de falta de control sobre las propias vidas y la rápida sucesión de noticias negativas, han tenido un impacto sobre la sociedad. Un 18,9% de las personas de más de 18 años en España consume psicofármacos, de las cuales un 73% los consume a diario. Los más comunes son los ansiolíticos (61,9%) y los antidepresivos (47,2%). Por otra parte, el/la médico/a de cabecera (55,1%) es quien principalmente realiza la prescripción, seguido por el/la psiquiatra (35,2%)⁵⁶.

Además, entre otros aspectos, el estudio advierte que un 40,3% de las personas diagnosticadas manifiesta que recibió poca o ninguna información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno. Un 46,3% afirma que recibió poca o ninguna información suficiente acerca de los efectos secundarios de la medicación. Un 48,1% asegura que recibió poca o ninguna información sobre todos los tratamientos alternativos. Un 30% indica que en ocasiones se ha vulnerado mucho o bastante su autonomía o poder de toma de decisión. Un 60,1% destaca que fue ingresado/a de forma involuntaria. Un 28,3% tuvo poca o ninguna confidencialidad en su proceso de tratamiento. Un 40,9% no recibió un programa de atención personalizado. Un 43,2%

56. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España*, pp.137 y ss.

manifiesta que se tuvo poco o nada en cuenta su opinión respecto a la calidad de los servicios. Un 59,8% señala que no participó activamente en el diseño de su programa de atención⁵⁷. El informe revela, asimismo, que la población considera que no se destinan los suficientes recursos al cuidado de la salud mental, y abogan por medidas tanto de carácter sanitario, como de carácter social. Desde la perspectiva sanitaria, un 67,8% se muestra partidario de aumentar el número de profesionales de la salud mental, un 48,7% aboga por asegurar la continuidad del tratamiento con el/la mismo/a profesional a lo largo de todo el proceso, y un 46,4% demanda más centros de salud mental comunitarios y/o equipos de tratamiento asertivo comunitario. Con relación a las acciones de carácter social, un 58% demanda acciones de apoyo para prevenir el estrés laboral y las situaciones de acoso; un 51,3% la promoción de iniciativas comunitarias para prevenir la soledad y fomentar la resiliencia; y un 48% la inclusión de programas específicos de prevención y sensibilización en el ámbito educativo. Asimismo, más de la mitad de las personas diagnosticadas dice haber experimentado rechazo social (58,5%) o discriminación (55%), siendo el trabajo el lugar más habitual⁵⁸.

En definitiva, en este documento se concluye que es necesario aumentar significativamente los recursos humanos en los servicios sanitarios públicos de salud mental (psiquiatras, psicólogos/as clínicos/as, y otros/as profesionales) para poder ofrecer una atención adecuada y respetuosa de los derechos humanos. Además, se necesita concienciar y formar a los y las profesionales en salud mental en España, para lo cual es preciso establecer sistemas de control, seguimiento y corrección, que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos⁵⁹.

8.1.2. La gran ignorada salud mental de las personas mayores⁶⁰

Según Pilar Rodríguez Rodríguez, Licenciada en Filosofía, Gerontóloga, experta en Servicios Sociales y Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, y la Dra. Sacramento Pinazo-Hernandis, Profesora Titular en la Facultad de Psicología de la Universitat de València y Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología (SVGG), los estudios con datos de prevalencia o descriptivos de la situación de las personas con problemas de salud mental en personas mayores son muy escasos en nuestro país, en comparación con los realizados en otros grupos de edad. En un artículo publicado en diciembre de 2023 por la revista *Geriatricare*, poniendo como ejemplo la prevalencia de la depresión diagnosticada a las personas mayores, según datos del INE, estas expertas destacan que dicha prevalencia es sensiblemente más alta que entre la población general. El diagnóstico, según han constatado, se va incrementando con el paso de los años. Existe también un diferencial por sexo: mientras el porcentaje de personas diagnosticadas de depresión no supera el 5% hasta los 45 años y es semejante entre sexos, esta proporción va aumentando con la edad y se acrecienta la brecha de género, sobre todo

57. *Ibid.*

58. *Ibid.*

59. *Ibid.*

60. Pilar Rodríguez y Sacramento Pinazo-Hernandis (diciembre de 2023). Personas mayores y salud mental: la asignatura pendiente, *Geatricarea*.

a partir de los 65 años, cuando las mujeres con depresión son el 15% mientras los hombres se mantienen por debajo del 10%.

Por otra parte, subrayan estas autoras, se produce entre el grupo de personas mayores un aumento de las tasas de mortalidad por problemas de salud mental, llegando a superar los 300, sobre todo entre las mujeres (Estadística de defunciones del INE, 2023). Revelan, asimismo, que la comunidad científica ha descrito con claridad las consecuencias que el sufrimiento psicológico y emocional ocasiona en las personas mayores:

- **Disminución de la calidad de vida y limitado acceso a recursos sanitarios.** La soledad y el aislamiento social son factores de riesgo que se acumulan en la vejez, sin olvidar el porcentaje de personas mayores que sufre malos tratos por parte de sus cuidadores.
- **Reducción de la esperanza de vida y aumento de la discapacidad.**
- **Menores posibilidades de acceso al empleo y, consecuentemente, más pobreza,** dado que el desempleo y absentismo laboral se van acumulando a lo largo de la vida y conducen a menos ingresos y más problemas económicos en la vejez. El sector de población más afectado por este problema es el de las mujeres. No hay que olvidar en este último caso que a la mayor prevalencia de los problemas de salud mental entre las mujeres se une el peso de los cuidados familiares que se ven obligadas a asumir y, en muchos casos, la violencia de género.
- **Discriminación por edad.** Basándose en diversos estudios, estas autoras concluyen que el edadismo es uno de los factores que tiene más efectos nocivos en la salud física y mental de las personas mayores. Sin embargo, es frecuente que se confundan los síntomas de problemas de salud mental con consecuencias naturales asociadas al envejecimiento, por lo que se tiende a no diagnosticarlos ni, por tanto, a tratarlos.
- **Menor atención, mayor utilización de psicofármacos y otras sujeciones,** pese a que las Guías de Práctica Clínica (NICE) recomiendan intervenciones psicológicas como primera línea de actuación para el abordaje de los problemas de salud mental.
- **Cronificación del problema, aumento de días de hospitalización, hiperfrecuentación de servicios médicos y urgencias.**
- **Vulneración del Derecho a los apoyos y cuidados y al mantenimiento del control sobre su propia vida.**
- **Inexistencia de prestaciones y servicios como los relacionados con la accesibilidad psicosocial y la asistencia personal,** que continúan siendo bastante desconocidas.

8.2. Recomendaciones

- Establecimiento de servicios específicos para la adecuada atención de las personas mayores con problemas de salud mental, así como mecanismos de prevención orientados a mejorar su bienestar emocional y calidad de vida.
- Los servicios han de ser atendidos por personal técnico especializado y, en los casos que así se precise, se debe incorporar el apoyo de pares. En definitiva, la prestación de estos servicios deberá responder a las necesidades de la ciudadanía con mayor eficacia y eficiencia, flexibilidad y precisión.

9. Trabajo y empleo

Artículo 27. CDPD

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

9.1. Aspecto a tener en cuenta

9.1.1. Coherencia de los servicios de la Cartera Común del Sistema Nacional de Empleo

Si se habla de Estado de bienestar, los servicios de la Cartera Común del Sistema Nacional de Empleo han de ser coherentes con los estándares internacionales, ayudando a quienes lo demanden a encontrar un empleo adecuado a sus características. También deben ayudar a las personas y entidades empleadoras a contratar perfiles que se ajusten a sus necesidades, siempre con especial consideración a aquellas personas que, por su condición, se enfrentan a mayores barreras para acceder al mercado de trabajo y mantener el empleo. Entre ellas, se encuentran las personas con problemas de salud mental, que mayoritariamente optan por no revelar su situación en el puesto de trabajo a fin de evitar el estigma y consecuente discriminación. Prefieren intentar aguantar hasta el límite e, incluso, abandonar el trabajo, antes que explicar que no se encuentran bien. Lamentablemente, todavía falta una cultura del trabajo que fomente la salud mental y que tenga la voluntad de implementar los ajustes necesarios para promover el mantenimiento del empleo por parte de las personas trabajadoras, del mismo modo que se haría en caso de cualquier otra necesidad⁶¹.

61. López Tovar, A. (3 de octubre de 2023). «El 90% de las personas con problemas de salud mental los ocultan en el trabajo», *La Vanguardia*.

10. Anexo 1

Manifiesto del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023

Manifiesto elaborado por el Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

En el Día Mundial de la Prevención del Suicidio queremos asomarnos a una realidad difícil y dolorosa, y plantear una pregunta que nos ayude a comprenderla:

¿Qué estamos haciendo mal como sociedad para que se produzcan 4.000 muertes por suicidio cada año en España?

En primer término, la respuesta es clara. Hemos desoído la llamada de la condición humana, es decir, de todas aquellas cualidades que un día nos hicieron evolucionar: la generosidad, la escucha desinteresada, el espíritu colaborativo.

Por otra parte, y si bien el suicidio es un fenómeno multicausal, sabemos que en muchos de los casos aparece aparejado un problema de salud mental. Esto motiva a nuestro colectivo a promover una solución, una estrategia para salir del aislamiento emocional.

Sin duda, lo que le da una dimensión de problema a la salud mental es el sufrimiento, el desgarrar de nuestro mundo interior.

Por lo tanto, el primer paso sería indagar las causas de tanto malestar, de tanta desesperanza, que convierte la experiencia vital en algo indeseable, en una lectura imposible.

Proyectamos nuestra imagen hacia el futuro y no logramos reconocernos, parece que el camino se acaba. Nos convertimos en personas extrañas y sin un proyecto que nos dé confianza.

Además, el estigma social nos frena a la hora de pedir ayuda, y pedir ayuda se convierte en un gesto que requiere de una gran fortaleza. Ante una situación de riesgo tenemos que conectar, abrir puertas, hacer preguntas liberadoras que ayuden a recapacitar.

Es desalentador ver a una juventud sin esperanza, pero queremos aprovechar este mensaje para ofrecer una mirada de comprensión y reconocimiento a las personas mayores. Resulta que el 30% de los suicidios se corresponde con la franja de edad de mayores de 65 años.

Tras una vida dedicada a abrirnos caminos, las personas mayores ven cómo se rompen los vínculos y se enfrentan al fenómeno de la soledad no deseada. El cese de su actividad profesional

o rol social, la situación de dependencia sobrevenida, o la aparición de un problema de salud mental, son factores de riesgo a la hora de idear un suicidio.

Según estas claves, desde el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA, pedimos actuar en varios sentidos:

- El refuerzo de la atención psicológica especializada que ofrezca una salida en el laberinto de la confusión.
- La activación de programas de prevención en los ámbitos educativo y laboral, que ayuden a reconducir el descontento por la vida en una fase temprana.
- Sensibilizar a la población en general, para romper el silencio y crear un espacio de expresión que supere el sentimiento de culpa. Hay que hacer ver que el suicidio es un desenlace definitivo ante un problema que puede ser temporal.
- Potenciar los recursos de ayuda, como puede ser la línea telefónica 024 de atención a la conducta suicida (en el primer año se atendieron 119.000 llamadas).
- Multiplicar las oportunidades para que la gente desarrolle un proyecto de vida satisfactorio. No existe un mundo feliz sin un proyecto vital.
- Dotación presupuestaria para llevar a buen término los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Mental, y de la Agenda 2030 en cuanto a salud y bienestar. Invertir en salud mental es cuidar el propósito de la vida.
- Y, por fin, la creación de equipos de apoyo domiciliario y acompañamiento para animar el día a día de las personas mayores. Qué menos que un gesto de respeto para poner en valor el testimonio de una vida.

Sabemos que la vida arraiga a la menor oportunidad y, lo que antes era un camino de oscuridad, ahora puede ser un paisaje de belleza y bienestar, que merece ser descubierto.

Comité Pro Salud Mental En Primera Persona y Red Estatal de Mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA.

11. Anexo 2

Accesibilidad psicosocial

1. ¿Qué es la accesibilidad psicosocial?

La **discapacidad psicosocial** es la característica de los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que permiten la acogida y la inclusión de las personas con problemas de salud mental, promoviendo mecanismos preventivos y de eliminación de las barreras actitudinales, contextuales, administrativas y sistémicas o simbólicas que son alzadas por el estigma, los prejuicios y, en definitiva, el desconocimiento de las dificultades que tales personas enfrentan por su condición.

Para ello, los prestadores de los mismos habrán de **promover actuaciones planificadas** destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso a los productos y servicios por parte de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial).

Las Administraciones públicas han de conocer qué barreras específicas se alzan ante las personas con problemas de salud mental y habrán de promover la accesibilidad de este grupo de población, adoptando medidas individuales y estructurales que eliminen los obstáculos para el efectivo ejercicio de sus derechos y que favorezcan el respeto a su autonomía, voluntad y preferencias.

2. ¿Qué barreras impiden el acceso a las personas con discapacidad psicosocial?

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

Como señala Mental Health Europe (MHE), entidad que agrupa a más de 3.000 ONG y asociaciones de salud mental en toda Europa, las personas con discapacidades psicológicas y sociales suelen tener dificultades para acceder a los servicios de apoyo adecuados, una realidad que se ha visto aún más agravada por la pandemia.

Como se ha destacado al principio, las personas con problemas de salud mental se enfrentan a **barreras actitudinales, contextuales, administrativas y sistémicas o simbólicas** alzadas por el estigma.

El estigma, íntimamente relacionado con la ignorancia y los prejuicios, obstaculiza el ejercicio de los derechos de las personas con este tipo de discapacidad y opera en los siguientes ámbitos:



El estigma crea barreras en todos los aspectos de la vida cotidiana. Alimenta la proliferación de conductas discriminatorias y afecta, entre otros, al acceso a recursos sanitarios adecuados, a la justicia, al empleo, a la educación, a la participación política y a las actividades religiosas, culturales y sociales. De este modo, siguiendo a Tina Minkowitz, se tiende a excluir y confinar a las personas con discapacidad psicosocial en espacios segregados. Un ejemplo revelador de este tipo de situaciones, continuando con esta autora, lo constituye el acceso a la atención médica, donde el mero diagnóstico psiquiátrico conduce a ignorar cualquier queja emitida por las personas en torno a su salud física, tratándose aquella como mera manifestación de sus problemas de salud mental. Esto ha conducido en demasiadas ocasiones al empeoramiento de su estado de salud o, incluso, la muerte.⁶² De ahí la importancia de efectuar, entre otros aspectos, un análisis ambiental, es decir, sobre el diseño e implementación de medidas que permitan crear entornos más inclusivos para las personas con discapacidad psicosocial, especialmente cuando han estado sometidas a experiencias traumáticas.

3. ¿Qué vulneraciones de derechos se suelen producir por falta de accesibilidad psicosocial?

Algunos ejemplos de **vulneraciones** a este respecto son, entre otras:

- Una carencia en general de:
 - Tiempos y apoyos adaptados a la persona para procesar la información y responder.
 - Comunicación sensible y adaptada.

62. Minkowitz, T. (s. f.). «Accessibility as a right of users and survivors of psychiatry/ people with psychosocial disabilities: Submission of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities for its Day of General Discussion on CRPD Article 9», *World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)*.

- Ajustes razonables y figuras de apoyo, según las preferencias de la persona, incluida la asistencia personal mediante la metodología de apoyo entre iguales.
- Falta de una completa garantía de los derechos a la vida y a la salud por:
 - La carencia de espacios de consulta profesional abiertos.
 - La ausencia de cauces reales de participación para que las personas afectadas puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.
 - La no consolidación de una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.
 - La falta de una voluntad de rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, con orientación hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, y detectando aspectos hostiles que generen desconfianza a las personas y puedan hacerlas sentirse amenazadas.
 - La carencia de unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza, en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Estos espacios se han de dotar de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.
- Dificultad para acceder y mantener el empleo por:
 - La ausencia una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental y tenga en cuenta los factores intralaborales de carácter psicosocial que la ponen en riesgo. Esta cultura del trabajo ha de promover factores protectores que favorezcan la salud mental de las personas empleadas, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto.
 - La falta de promoción de actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso al empleo y mantenimiento del mismo por parte de las personas con problemas de salud mental. Como parte de este plan de actuaciones, se habría de efectuar un análisis ambiental y rediseñar los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida.
- Dificultades de acceso a la educación en todos los niveles, por desconocimiento de las especificidades de la accesibilidad psicosocial en este ámbito.
- Proliferación de barreras de acceso a la justicia.

En definitiva, las vulneraciones se extienden a todos los ámbitos de la vida de la persona.

4. ¿Qué ha de caracterizar a los servicios de apoyo para que sean accesibles a nivel psicosocial?

Los servicios de apoyo han de estar orientados a la acogida, evitando aspectos hostiles que generen desconfianza a las personas y puedan hacerlas sentirse amenazadas. Como se ha señalado, cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, utilización, disfrute, interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier producto y/o servicio, constituye una barrera de accesibilidad. Por ello, es especialmente importante adoptar **medidas individuales y estructurales** para detectar y eliminar esas barreras invisibles a la accesibilidad en los términos expuestos, a fin de impedir que el estigma y los prejuicios dificulten o impidan el efectivo ejercicio de los derechos y favorezcan conductas discriminatorias. Se trata, en definitiva, de crear entornos más inclusivos para las personas con problemas de salud mental.

5. ¿En qué ámbitos principales se ha de considerar este tipo de accesibilidad?

Accesibilidad psicosocial relativa a productos y servicios

Las personas con problemas de salud mental, conforme al principio de igualdad de trato, han de tener el mejor acceso a distintos productos y servicios, a fin de promover una mayor integración y participación en la sociedad.

Consideramos muy importante que, al hablar de accesibilidad universal, se tengan en cuenta en todo momento las diferentes necesidades de cada tipo de discapacidad, de tal modo que se pueda vehicular la efectividad de todos los derechos de las personas con discapacidad sin exclusiones indeseables.

Por ejemplo, el diseño de espacios psicosocialmente accesibles en los servicios sanitarios, públicos o privados, condiciona el bienestar mental de las personas; lo cual beneficia no solo a quienes tengan un problema de salud mental, sino a todo el conjunto de personas con o sin discapacidad, y puede prevenir el recurso a medidas coercitivas.

La perspectiva psicosocial completa la descripción de la accesibilidad para hacerla verdaderamente universal, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos de todas las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas. Para ello, hay que tener en cuenta la concreta situación de vulnerabilidad en la que se encuentren en la esfera de los bienes y servicios a disposición del público, así como proteger la seguridad y salud de los empleados y empleadas y de los usuarios y usuarias en establecimientos abiertos al público.

Para promover la accesibilidad psicosocial en tales servicios se habrán de promover actuaciones planificadas destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso a los productos y servicios por parte de las personas con problemas de salud mental.

Los servicios de apoyo habrán de estar orientados a la acogida y, en concordancia con las características arriba señaladas, evitar aspectos hostiles que generen desconfianza a las personas y puedan hacerlas sentirse amenazadas, creando entornos más inclusivos para las personas con problemas de salud mental. Se han de evitar las barreras de accesibilidad, en los términos expuestos, incluidas aquellas que dificulten o impidan la accesibilidad psicosocial, a fin de impedir que el estigma y los prejuicios impidan el efectivo ejercicio de sus derechos a las personas con problemas de salud mental y favorezcan conductas discriminatorias.

Por este motivo, la información y el apoyo se habrán de proporcionar de forma respetuosa y adecuada a las circunstancias de cada persona, reales o percibidas, aunque estas no sean visibles. Esto incluye también el empleo de un lenguaje claro, sencillo y concreto en el que se tengan en cuenta las características de la persona, culturales, socioeconómicas o de cualquier otra índole.

Accesibilidad psicosocial en los servicios sanitarios y sociales

En este ámbito es de enorme importancia el establecimiento de normas y espacios orientados a la acogida y la creación de entornos inclusivos para las personas con problemas de salud mental. Esto implica promover una visión positiva de las personas usuarias de los centros sanitarios y sociales, libre de aspectos hostiles, favoreciendo la confianza de las personas y evitando que puedan sentirse amenazadas.

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

La accesibilidad psicosocial tiene que ver con el diseño de alternativas reales de atención por parte del personal sociosanitario, que eviten la coerción o el abandono y permitan superar las situaciones de sometimiento y desamparo a las que con demasiada frecuencia se ven sometidas las personas con problemas de salud mental. Se trata de impulsar las relaciones terapéuticas y las necesarias alianzas entre estas personas y las y los profesionales.

La perspectiva de la accesibilidad psicosocial contribuye a evitar la normalización de prácticas que vulneran derechos humanos, ofreciendo un cauce para transformar los discursos y culturas en los que estas se sustentan, así como las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

El *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*⁶³, ofrece toda una serie de propuestas que entran plenamente en el ámbito de lo que se ha de considerar un espacio sociosanitario psicosocialmente accesible:

63. AEN, Federación en primera persona, Veus y Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2017). «Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción», *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, Vol. 14, N.º 1, pp. 65-67.

- No considerar las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos, sino como incidentes críticos que invitan al análisis y la mejora.
- Exigir transparencia y establecer sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuándo se hace, qué figuras profesionales fueron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado y, especialmente, cómo evitar su uso en el futuro.
- Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, con orientación hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, y detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y sentir desconfianza.
- Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza, en las que las personas se sientan acogidas, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales; y dotadas de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.
- Velar por que la extinción de estas prácticas en unos lugares no suponga un riesgo de que se produzcan en otros.
- Promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.
- Formar a los y las profesionales y a los equipos en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona.
- Apoyar a los y las profesionales y a los equipos para que sean capaces de plantear alternativas creativas, reconocer y difundir sus esfuerzos, generando así una cultura profesional libre de coerción.
- Crear cauces reales de participación de las personas usuarias para que puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.
- Buscar alianzas con los movimientos ciudadanos que aboguen por la erradicación de la coerción en otros ámbitos, de los discursos que las sustentan y de las desigualdades de poder que las facilitan.
- Instar el compromiso de las Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones necesarias en recursos que favorezcan la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión.

Accesibilidad psicosocial en el ámbito educativo

La Observación general 13 (U.N. Doc. E/C.12/1999/10) del Comité de Derechos Humanos, intérprete preeminente para la aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece (párrafo 31) que «La prohibición de la discriminación, consagrada en el párrafo 2 del artículo 2 del Pacto, no está supeditada ni a una implantación gradual ni a la disponibilidad de recursos; se aplica plena e inmediatamente a todos los aspectos de la educación y abarca todos los motivos de discriminación rechazados internacionalmente». Además de los artículos 23, 28 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño, el artículo 24 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se refiere específicamente a la obligación de garantizar el derecho a la educación, con miras a hacerlo

efectivo sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, a través de un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida.

Para que la educación sea psicosocialmente accesible se habrá de asegurar, entre otras cuestiones, que se realicen ajustes razonables que faciliten a las personas con problemas de salud mental el acceso general a la educación en todos sus niveles, desde la infancia a la edad adulta, incluida la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. Esto se ha de conectar con la promoción de la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad (artículos 24 y 3). También el artículo 27 de la Constitución española reconoce el derecho a la educación, obligatoria y gratuita, que habrá de tener por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y ser garantizada por los poderes públicos y cuya definición e implicaciones se recogen en los artículos 16 y 18 a 21 del Real Decreto 1/2013 que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. En concreto, el artículo 18 establece que: «Corresponde a las administraciones educativas asegurar un sistema educativo inclusivo en todos los niveles educativos así como la enseñanza a lo largo de la vida y garantizar un puesto escolar a los alumnos con discapacidad en la educación básica, prestando atención a la diversidad de necesidades educativas del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de apoyos y ajustes razonables para la atención de quienes precisen una atención especial de aprendizaje o de inclusión». Pese a ello, en nuestro país no se está garantizando, de modo general, la educación inclusiva para los niños, las niñas y adolescentes con problemas de salud mental, y buena parte del problema viene dado por la falta de aplicación de medidas para favorecer la accesibilidad psicosocial.

Accesibilidad psicosocial en el empleo

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

Accesibilidad psicosocial en el ámbito judicial y policial

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

En este sentido, será fundamental el establecimiento de la figura de la persona facilitadora, seleccionada entre personas específicamente formadas para intervenir en situaciones en las

que haya un problema de salud mental, y la disposición de los mecanismos oportunos para que el procedimiento se adapte a la persona y no la persona al procedimiento. Para ello es esencial que tales mecanismos favorezcan la accesibilidad psicosocial, y que se disponga de un plan de medidas para abordar los factores que la dificultan o impiden. Entre ellas, se encuentra el análisis ambiental y diseño de los espacios y la organización de profesionales y actividades con orientación hacia la acogida y la inclusión, así como la promoción de factores protectores que la garanticen. Entre estos factores, se pueden señalar los siguientes:

1. Realización de un diagnóstico adecuado de la situación.
2. Garantía de una comunicación adecuada a la condición de discapacidad de la persona (conocimiento del lenguaje en las psicosis, en caso de ser necesario), con el fin de que comprenda todo lo concerniente al proceso, incluidos sus derechos y el modo de ejercitarlos. Por ejemplo, el desconocimiento de este lenguaje y del manejo adecuado cuando se producen episodios críticos causados por un problema de salud mental ha conducido en muchas ocasiones a injustas denuncias por atentado a la autoridad que se podrían haber evitado.
3. Detección de actitudes y conductas promovidas por el estigma entre las personas profesionales del ámbito jurídico y/o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
4. Detección del autoestigma que impide o dificulta a la persona con problemas de salud mental el reconocimiento de su vulnerabilidad por miedo a sufrir algún tipo de perjuicio por el mero hecho de hacerlo.
5. Evaluación adecuada de la situación, teniendo en cuenta la posible concurrencia de múltiples vulnerabilidades y el hecho de que, especialmente en lo que a la salud mental se refiere, esta evaluación ha de constituir un proceso continuo, ya que puede mejorar o empeorar a lo largo del tiempo.
6. Promoción de un mayor contacto con la persona profesional de la Abogacía que defienda los intereses de la persona con discapacidad psicosocial. Si este se produce pocos minutos antes del juicio, difícilmente se va a poder detectar necesidad adicional alguna, establecer el apoyo acorde con la misma y, en el peor de los casos, evitar que el resultado del proceso se vea condicionado por situaciones como las señaladas en los apartados anteriores.
7. Diseño y promoción de la capacitación adecuada de quienes trabajan en la Administración de Justicia, incluido el personal policial y penitenciario, en los términos previstos en el art.13.2. CDPD, además de invertir en concienciación, sensibilización y especialización.
8. Consideración específica de la situación de las personas institucionalizadas e ingresadas involuntariamente.
9. Elaboración de un protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de las personas con discapacidad que, atendiendo a sus específicas circunstancias, facilite la mejora de la atención que les brindan quienes trabajan en la Administración de Justicia, incluido el personal policial y penitenciario. En este sentido, como capítulo específico de este protocolo o en documento aparte, se habría de contemplar la situación de las personas ingresadas involuntariamente (ingreso urgente u ordinario) ya que, en estos casos, se producen controversias que provienen de la situación privación de libertad, del aislamiento, de posibles circunstancias relativas a una disminución de su capacidad cognitiva derivada de la administración de medicación e, incluso, de la desconfianza de los mismos hacia su propio entorno familiar o vecinal que, en no pocas ocasiones, son quienes promueven tales

ingresos. De este modo, la presencia de profesionales independientes que pudiesen asesorar, realizar trámites e, incluso, constituir un puente de comunicación con el exterior, sería un aspecto fundamental a tener en cuenta. En este sentido, la figura de la persona facilitadora podría ser un modelo óptimo de profesional independiente para este supuesto. Asimismo, tampoco se puede ignorar que aspectos en apariencia inocuos, como el hecho de llevar una toga, por poner un ejemplo, pueden tener un efecto adverso sobre el ánimo de la persona con problemas de salud mental y condicionar su conducta y/o respuestas.

6. ¿Qué objetivo queremos alcanzar?

El Observatorio de Accesibilidad afirma que esta es una condición necesaria para la participación social de las personas con distintas limitaciones funcionales y garantía de un mejor diseño para todos⁶⁴. En este sentido, el concepto de accesibilidad se ha ido desarrollando a partir de la consideración de la persona y su entorno como un todo. Por ello, además de adoptar medidas para promover su autonomía, se ha de intervenir sobre el medio en el que se desenvuelve, para diseñarlo con el fin de garantizar sus derechos. Asimismo, se deben brindar todas las facilidades para que las personas con discapacidad psicosocial, incluyendo a niños, niñas y adolescentes, puedan moverse libremente en el entorno, hacer uso de los servicios y disponer de todos los recursos que garanticen la comprensión, comunicación, movilidad, comodidad y seguridad. De esta forma, la accesibilidad se ha convertido en uno de los mayores retos y es un indicador claro del progreso y del desarrollo social alcanzados⁶⁵.

Sin embargo, se desconocen profundamente las específicas barreras que enfrentan las personas con problemas de salud mental y ni siquiera se nombra lo que se ha de aspirar a conseguir: accesibilidad psicosocial. Y ya se sabe que lo que no se nombra es como si no existiera.

Por tanto, si el objetivo general es contribuir a la eliminación de las barreras que impiden la accesibilidad universal, favoreciendo que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, no se puede obviar la efectiva garantía de la accesibilidad psicosocial.

64. Observatorio de accesibilidad. «Tecnología Inclusiva», disponible en [Discapnet](#), el Portal de las Personas con Discapacidad. Asimismo, ONCE, «La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social».

65. Poder Judicial de Costa Rica, Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial, *Colección Documentos de Política* n.º 6, Área Justicia, Costa Rica, 2013. Artículos 3, 5 y 9 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad (1, 2 y 8).

12. Fuentes documentales

- AEN, Federación en primera persona, Veus y Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2017). «Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción», *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, Vol. 14, N.º. 1, pp.65-67.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2009). Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes, *Cuadernos Técnicos 14*, Madrid, p.71.
- Atenciano, B. (2015). Impacto de la violencia de género en los primeros años: Niñas y niños de 0 a 5 años, Programa MIRA.
- CYRULNIK, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, ed. Gedisa, Col. Psicología, Barcelona.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España*. pp.137 y ss.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2019). Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2018, pp.56 y ss.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2020). Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2019, pp.47 y ss.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2022). Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2021, pp.85-89.
- Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental de la Generalitat Valenciana (2023). Instrucción N.º4/2023 para la elaboración e implantación de planes de atención libre de coerciones en las residencias para personas con problemas de salud mental.
- Dirección de Justicia, Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2023). Plan de acceso a la Justicia para las personas con discapacidad, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (octubre de 2021). En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, UNICEF, Nueva York.
- Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid; Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2023). Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos.
- LÓPEZ TOVAR, A. (3 de octubre de 2023). «El 90% de las personas con problemas de salud mental los ocultan en el trabajo», *La Vanguardia*.
- LÓPEZ, G. A. (enero de 2024). Fundamento del turno especializado gratuito para personas con discapacidad. Ponencia pronunciada en las Jornadas «Dos años de vigencia de la Ley 8 / 21: contextualización jurídico y social», celebradas en el Parlamento Vasco, minuto 43.
- MILLER, A. (2006). Por tu propio bien. *Raíces de la violencia en la educación del niño*. Tusquets, Barcelona.
- MINKOWITZ, T. (s. f.). «Accessibility as a right of users and survivors of psychiatry/ people with psychosocial disabilities: Submission of the World Network of Users and Survivors

of Psychiatry (WNUSP) to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities for its Day of General Discussion on CRPD Article 9», *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP): <http://www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD7102010/submissions/WNUSP.doc>

- MORÓN NOZALEDA, M. G. (s. f.). *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.
- NACIONES UNIDAS (5 de marzo de 2028). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España*. Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/ESP/CO/5-6.
- OBSERVATORIO DE ACCESIBILIDAD (s. f.). *Tecnología Inclusiva*. Discapnet: el Portal de las Personas con Discapacidad.
- ONCE (s. f.). [La accesibilidad, un factor clave para la inclusión social](#).
- ONU (2006). [Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#), artículos 3, 5 y 9.
- PEÑAS, E. (enero de 2023). [«La posverdad es una banalización de la mentira»](#), Ethic.
- PODER JUDICIAL DE COSTA RICA (2013). «Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial», *Colección Documentos de Política n.º 6, Área Justicia*, Costa Rica.
- Publicaciones de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA).
- Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Champion, J., Carta, M. G., Daniélsdóttir, S., Holte, A., Huurre, T., Matloňová, Z., Méndez Magán, J. M., Owen, G., Paulusová, M., Radonic, E., Santalahti, P., Sisask, M. y Xerri, R. (2015). *Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action*. European Commission.
- RaRE. NODIN, N., PEEL, E., TYLER, A., and RIVERS, I. (2015). *The RaRE Research Report: LGB&T Mental Health – Risk and Resilience Explored*. PACE, London, pp.33, 66, 67 y 68.
- RODRÍGUEZ, P. y PINAZO-HERNANDIS, S. (diciembre de 2023). [«Personas mayores y salud mental: la asignatura pendiente»](#), *Geatricarea*.
- Red2red Consultores (2015). [Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma](#). Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Save The Children (Diciembre 2021). [Crecer saludable\(mente\). Análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia](#). España.
- Save The Children (noviembre 2012). *Infancia y Justicia: Una cuestión de derechos. Los niños y las niñas ante la Administración de Justicia en España*. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/infancia_y_justicia.pdf
- United Nations, General Assembly. [Mental health and human rights](#), A/HRC/34/32 (31 de enero, 2017).
- World Health Organization (WHO). (10 May 2018). [The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016-2030\): early childhood development](#). Report by the Director-General, A71/19 Rev.1.

Informe sobre el estado de los
Derechos Humanos
en Salud Mental 2023



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL