

ARGUMENTARIO

Día Mundial de la Salud Mental 2023

para portavoces y representantes de entidades miembro de la
Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



***Nota importante:** *Este es un documento interno de apoyo elaborado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA para facilitar el trabajo de portavocía a aquellas personas vinculadas a este movimiento asociativo, tanto como representantes de la entidad como ofreciendo testimonios en primera persona (como familiar o como persona con problemas de salud mental) ante los medios de comunicación y en el marco de las actividades conmemorativas del Día Mundial de la Salud Mental 2023. Para garantizar la utilidad del documento, el argumentario no debe compartirse públicamente.*

Índice

1. Qué es el Día Mundial de la Salud Mental	3
2. Mensajes clave	4
3. Razones para escoger esta temática	6
4. Trato y tratamiento violento, inhumano y cruel en la atención a la salud mental	8
4.1. Contexto	8
4.2. Situación.....	10
a) Ingreso involuntario	10
b) Contenciones físicas, mecánicas y químicas.....	12
c) Tratamientos, medicaciones forzosas y sobremedicación	15
d) Reclusión, aislamiento y falta de privacidad.....	18
4.3. Propuestas	19
5. Libertad de decisión y participación, derechos inalienables en salud mental	21
5.1. Contexto	21
5.2. Situación.....	23
a) Falta de información	23
b) Falta de alternativas terapéuticas y de acceso a recursos.....	25
c) Voluntades anticipadas o instrucciones previas	27
d) Toma de decisiones	32
5.3. Propuestas.....	35
6. Buenas prácticas.....	38

1. Qué es el Día Mundial de la Salud Mental

- El Día Mundial de la Salud Mental se conmemoró por primera vez el 10 de octubre de 1992, fecha que eligió la Federación Mundial de la Salud Mental para llamar la atención sobre la importancia de la salud mental. Desde entonces, la Organización Mundial de la Salud se une a la conmemoración y apoya la iniciativa.
- Aunque el Día Mundial de la Salud Mental es el 10 de octubre, a lo largo de todo el mes de octubre las más de 340 entidades que forman el movimiento asociativo de personas con problemas de salud mental y sus familiares en el Estado español realizarán numerosas acciones informativas, de sensibilización y de reivindicación tanto para promover la salud mental como para defender los derechos y la inclusión social de las personas con trastorno mental.
- Por décimo año consecutivo, el lema del movimiento asociativo reunido en SALUD MENTAL ESPAÑA se ha decidido en una votación abierta online entre 5 propuestas planteadas por un grupo de trabajo compuesto por personas que pertenecen al Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA y a la Red Estatal de Mujeres de la Confederación. Más de 2.100 personas participaron en la votación y el lema elegido ha sido “Salud mental, salud mundial: un derecho universal”.
- El lema que utilizará el movimiento asociativo agrupado en SALUD MENTAL ESPAÑA toma como punto de partida la temática propuesta por la Federación Mundial para la Salud Mental, que en 2023 ha centrado el foco en la salud mental como un derecho humano universal.
- El objetivo de este lema es dar a conocer las principales vulneraciones de derechos humanos que se producen en el ámbito de la salud mental, así como realizar propuestas para que las personas con problemas de salud mental no sufran estas vulneraciones que ocurren cada día en nuestro país.
- Las entidades miembro de SALUD MENTAL ESPAÑA son un ejemplo de participación ciudadana y conocen de primera mano la situación real de la atención a la salud mental y las necesidades de las personas directamente afectadas y de su entorno más cercano. Esta conmemoración es un hito fundamental para recordar a los agentes implicados en el ámbito de la salud mental (sanidad, ámbito social, educativo, empleo, de justicia, etc.) que deben contar con la interlocución y asesoramiento de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familiares y personas allegadas.

2. Mensajes clave

Trato y tratamiento violento, inhumano y cruel en la atención a la salud mental

INGRESO INVOLUNTARIO

- La escasez de recursos es causa directa de situaciones de ingresos involuntarios.
- Deben suponer una garantía del derecho de asistencia sanitaria, sin que se vulneren otros derechos de la persona, su dignidad e integridad, y únicamente deberán ser aplicados en casos excepcionales.
- Deben contar lo más posible con la aceptación previa de la persona y con la participación de sus familiares para humanizar lo máximo esta complicada situación.
- La CDPD afirma que la existencia de una discapacidad no debe justificar “en ningún caso” una privación de la libertad.

CONTENCIONES FÍSICAS, MECÁNICAS Y QUÍMICAS

- La contención física o mecánica está considerada como tortura por la ONU.
- Es contraria a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y carece de perspectiva terapéutica.
- Pueden causar importantes consecuencias físicas y psicológicas.
- Se suele practicar de forma opaca y no controlada. En muchas ocasiones no es posible acceder a un registro en el que se explique a quién se ata, por quién, por qué, etc.
- Entre los factores que explican su amplia aplicación se encuentra la poca cantidad de personal y la escasez de personal cualificado, con falta de formación y experiencia clínica.

MEDICACIONES FORZOSAS Y SOBREMEDICACIÓN

- El tratamiento médico involuntario no tiene cabida en el modelo social de la discapacidad, pues se enmarca en el tradicional modelo médico rehabilitador.
- Implica el sometimiento de una persona con trastorno mental a un tratamiento de manera no voluntaria y, por tanto, no acorde con un enfoque de derechos humanos.
- El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha denunciado que el uso de medicamentos se imponga a las personas con discapacidad psicosocial como requisito para poder acceder a servicios de apoyo psicosocial y a servicios relacionados con la vivienda, algo que ocurre con frecuencia en España.

RECLUSIÓN, AISLAMIENTO Y FALTA DE PRIVACIDAD

- La reclusión y el aislamiento que a veces suceden en los ingresos hospitalarios implican, entre otras cosas, la retirada de las pertenencias personales y la prohibición de recibir visitas de familia o amistades, o tener contacto con ellas.
- El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad califica este hecho de inflexible y limitado.
- Todas las personas tienen derecho a la confidencialidad y a la intimidad, tanto durante el tratamiento como sobre las historias clínicas.
- Algunas vulneraciones que deben ser corregidas son la inexistencia o inadecuación de espacios privados e íntimos, el uso ilimitado de cámaras de vigilancia, el acceso ilimitado del personal, o las restricciones punitivas.

Libertad de decisión y participación, derechos inalienables en salud mental

FALTA DE INFORMACIÓN	FALTA ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y ACCESO A RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • El 40,3% de las personas diagnosticadas de un trastorno mental considera no haber recibido información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno. • El acceso a información veraz y de calidad es la premisa para tomar nuestras propias decisiones, con libertad, en cualquier aspecto de nuestra vida (salud, trabajo, vivienda, reproducción, ocio, desarrollo personal...). • Tenemos derecho a recibir información sobre el diagnóstico, el tipo de intervención, el tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios, los recursos de apoyo, los derechos en salud mental, las alternativas terapéuticas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de alternativas terapéuticas desencadena vulneraciones de derechos. • La escasez y falta de especialización de los recursos de atención a la salud mental constituyen una barrera de acceso. • El Relator Especial de la ONU insta a los Estados a la ampliación inmediata de las alternativas basadas en los derechos y no coercitivas. • En vez de disponer de una única respuesta, lo ideal es que existan multitud de recursos con programas lo más individualizados posible, que posibiliten que la persona escoja, contando con el asesoramiento de las y los profesionales y familiares, el recurso que considere que se adapta mejor a sus necesidades, valores y preferencias.
INSTRUCCIONES PREVIAS Y PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none"> • En momentos de crisis o de dificultad, las personas con problemas de salud mental pueden sentirse desamparadas y/o sometidas a situaciones o decisiones que en otros momentos hubieran deseado evitar. • El documento de Instrucciones Previas y la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) pretenden anteponer la autonomía y garantizar el consentimiento informado y expreso de la persona ante cualquier actuación sanitaria futura. • El desconocimiento acerca del modo de ejercer estos derechos y la falta de medios públicos dificulta que las personas dispongan de un espacio adecuado para poder iniciar el proceso de PAD y los recursos de apoyo que precisen. 	<ul style="list-style-type: none"> • El 30% de las personas con un diagnóstico en salud mental considera que en alguna ocasión se ha vulnerado su autonomía o poder de toma de decisión. • Negar la capacidad para decidir y tratar de incapacitar el ejercicio de las voluntades personales, en base a un criterio de salud, es una vulneración de derechos. • La falta de recursos y la carencia de un modelo comunitario ha estado en el origen de muchas de las denominadas incapacitaciones. • Existen el riesgo de no implementar una adecuada transición desde el modelo de sustitución de la decisión al modelo de apoyos (Ley 8/2021).

3. Razones para escoger esta temática

Como en años anteriores, SALUD MENTAL ESPAÑA, se alinea con la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) en torno a la temática a tratar con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, que se celebra cada 10 de octubre.

En esta ocasión, la Federación Mundial propone la reivindicación de que la salud mental es un derecho universal. Los derechos humanos se vulneran todos los días en el ámbito de la salud mental dentro de nuestro país.

Prácticas coercitivas dentro del `status quo`

“No hay salud sin salud mental” y “no puede haber buena salud mental sin derechos humanos”. Con esta claridad expone el Informe del Relator Especial de la ONU, publicado en abril de 2020¹, la actual situación en este ámbito. El informe señala que *“sigue habiendo una inacción mundial respecto del `status quo` para hacer frente a las violaciones de los derechos humanos en los sistemas de atención de la salud mental. Este mantenimiento del `status quo` refuerza un círculo vicioso de discriminación, desempoderamiento, coerción, exclusión social e injusticia”*.

Esta reclamación no es nueva. Ya en el anterior Informe del Relator Especial, publicado en 2017², se recomendaba *“elaborar una hoja de ruta para reducir radicalmente las prácticas médicas coercitivas, con miras a su eliminación, con la participación de diversas partes interesadas, incluidos los titulares de derechos”*.

Desgraciadamente, la mayoría de los países todavía siguen permitiendo algún tipo de coerción y de contenciones mecánicas en los servicios de salud mental, que se creen justificadas cuando se considera que la persona es un peligro para sí misma o para los demás³.

Situación en España

Según explica el Manifiesto de Cartagena⁴, firmado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA junto con otras entidades en 2016, la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria supusieron una apuesta por suprimir las prácticas institucionales que vulneraban los derechos humanos y por la recuperación de la dignidad y los derechos de las

¹ [Informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental \(2020\)](#).

² [Informe del Relator Especial de la ONU \(2017\)](#).

³ [Guía breve para Acabar con la Coerción y las Contenciones en los Servicios de Salud Mental](#)

⁴ [Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción](#). 2016.

personas con problemas de salud mental. Desde entonces, ha habido un esfuerzo continuado por ofrecer una atención respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos. A pesar de ello, los presupuestos en salud mental continúan siendo insuficientes, con equipos incompletos y una red fragmentada.

Esta situación ha dificultado el desarrollo de la atención comunitaria y ha favorecido más el uso de medidas de control y coerción en lugar de medidas terapéuticas. El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad. Es el caso del uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción.

A pesar del carácter vinculante de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), exigible en España desde mayo de 2008, y que protege el respeto a la dignidad, la autonomía individual y la libertad de tomar las propias decisiones respecto a la propia salud, los derechos de las personas con problemas de salud mental se siguen vulnerando de forma sistemática y estructural, en lo referente a las institucionalizaciones, tratamientos e ingresos involuntarios y contenciones mecánicas.

Las medicaciones forzosas, la sobremedicación, la reclusión y el aislamiento, así como la falta de información, la ausencia de alternativas terapéuticas y de acceso a recursos, o las dificultades a la hora de registrar las voluntades anticipadas, son algunos de los derechos que se ven vulnerados en nuestro país.

Qué encontrarás en este documento

En este argumentario, se desglosan las vulneraciones relativas al trato y tratamiento violento, inhumano y cruel en salud mental, así como las relativas a la libertad de decisión y participación.

La razón, por tanto, de escoger esta temática en 2023 tiene que ver con el elevadísimo número de violaciones de derechos que se producen de forma estructural en nuestro país, y la necesidad de garantizar su cumplimiento para preservar, sin mayor demora, los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Es el momento de avanzar en la toma de conciencia sobre estas prácticas que no garantizan los derechos de las personas; de trabajar para su eliminación y para la erradicación de las deficiencias que las hacen posibles.

4. Trato y tratamiento violento, inhumano y cruel en la atención a la salud mental

4.1. CONTEXTO

“Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás” (Art. 17, CDPD)

“Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (Art. 15 CDPD)

Según explica la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), la coerción es una práctica habitual en la asistencia actual en salud mental que consiste en administrar tratamientos en contra de la voluntad de quienes los reciben acompañados de otras medidas que limitan su autonomía, basándose en una orientación que pretende “disminuir los riesgos de la persona” y también de la sociedad, y que habitualmente implica una definición externa del sufrimiento personal⁵.

Los primeros contactos con tratos violentos, inhumanos o crueles que sufren las personas con problemas de salud mental, se suelen producir durante un episodio de crisis que, debido a diversos factores (entre ellos la falta de coordinación socio sanitaria y/o falta de recursos), puede derivar en un ingreso que, a su vez, puede ser involuntario.

Para muchas personas, esta experiencia puede conllevar un gran sentimiento de soledad, miedo e incertidumbre. Puede ser humillante y aterradora. Esto puede empeorar si el proceso es involuntario o coercitivo, lo que provoca una angustia añadida y un trauma duradero³. Por ello, es imprescindible que no se recurra a malas praxis que vulneran sus derechos.



Las medidas de control y coerción no son, ni serán nunca, medidas terapéuticas, ni se pueden confundir con tratamiento.

⁵ [Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental](#). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 20.

En un estudio de EUNOMIA (Evaluación europea de la coerción en Psiquiatría y armonización de las mejores prácticas clínicas) reflejado en un informe de AEN⁵, se recogieron incidentes de medidas coercitivas en un 38% de las personas ingresadas involuntariamente durante las cuatro primeras semanas del ingreso. La medicación forzosa fue la más frecuentemente usada (56%), seguida por la contención mecánica o física (36%), y el aislamiento (8%). El informe explica que la situación cambia mucho de unos países a otros. Los dos centros españoles participantes se encuentran en la media general. Hay países donde solo se aplica una medida por paciente, otros donde se aplican frecuentemente dos o más, entre ellos España.

Además, según este informe, se han encontrado en un estudio diferencias de género a la hora de aplicar medidas coercitivas: se utiliza más frecuentemente la medicación forzosa en mujeres y la contención física y el aislamiento en hombres⁵.

¿Qué dicen los organismos y entidades nacionales e internacionales?

Diversos organismos y entidades nacionales e internacionales denuncian desde hace años la situación de desprotección que sufren las personas con problemas de salud mental y defienden la necesidad de que exista un replanteamiento en la forma en que se atiende a estas personas para que dejen de vulnerarse sus derechos humanos.

- En el **Informe del Relator Especial de la ONU (2020)**¹ se incluye entre las recomendaciones *“la necesidad de reducir radicalmente la coacción, la medicalización excesiva, la institucionalización, todas las formas de discriminación contra las personas con problemas de salud mental y otras vulneraciones de los derechos humanos”*.
- Según **Mental Health Europe**³, las medidas coercitivas tienden a enmarcarse como *“último recurso”*, con directrices y formación obligatoria, pero la realidad es otra: su uso como primera respuesta o de emergencia sigue siendo generalizado e incluso aumenta en los servicios con mucha presión de trabajo.
- Según el **Manifiesto de Cartagena**⁴, *“el abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad”*. Esto supone, en muchas ocasiones, el uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción.
- Respecto a las instituciones europeas, **SALUD MENTAL ESPAÑA** se opone al Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo (actualmente paralizado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa hasta finales del año 2024), un documento que confunde coerción y cuidados, autoriza la privación de libertad de la persona con problemas de salud mental basada en la presunción de riesgo, y no da respuesta a las advertencias de los organismos más relevantes en el ámbito de los derechos humanos. No solo responde a un modelo

anclado en el pasado y absolutamente biologicista de la salud mental, con el que no comulgamos en SALUD MENTAL ESPAÑA, sino que, además, vulnera explícitamente los artículos 10, 12, 14, 15, 17, 25 y 26 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

Consecuencias de las medidas coercitivas

Las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico:

- 1) Mantienen y acrecientan los evidentes desequilibrios de poder respecto a la persona con un problema de salud mental.
- 2) Alimentan el estigma.
- 3) Hacen que quienes tienen un malestar psíquico eviten acudir a estos recursos por miedo a lo que puedan encontrarse en ellos, lo que conlleva un empeoramiento de su estado de salud. No hay que olvidar que los procesos de cronificación se derivan habitualmente de la respuesta recibida por parte del entorno, por las barreras psicosociales y las vulneraciones de derechos sufridas.

Además, en el ámbito de la atención profesional, los prejuicios de peligrosidad e impredecibilidad fomentan y favorecen las intervenciones de coerción, especialmente en los contextos hospitalarios.

En definitiva, no podemos permitir una legitimación de prácticas coercitivas vinculadas a los internamientos involuntarios, como la medicación forzosa, la contención física y química, y el aislamiento, que pueden llegar a constituir tortura.

4.2. SITUACIÓN

A) Ingreso involuntario

El ingreso involuntario consiste en ingresar a una persona en un centro psiquiátrico sin su consentimiento. Existen dos tipos de internamiento involuntario⁶:

- 1) El internamiento involuntario ordinario es autorizado previamente por el juez o la jueza del lugar donde reside la persona, según el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Puede darse el caso de que posteriormente el o la especialista del centro rechace el internamiento al no considerarlo indicado.

⁶ ["Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales". Psychiatric commitments. Medicolegal aspects. Clara Vega Vega et al. Instituto de Medicina Legal de Alicante, Alicante, España](#)

- 2) En el internamiento involuntario urgente, la persona responsable del centro o el/la facultativo/a que adopta la medida debe comunicarlo rápidamente, “lo antes posible”, al juez o la jueza y, desde luego, en el plazo máximo de 24h. Posteriormente, el tribunal, una vez que tenga conocimiento de la noticia y, en todo caso, en el plazo máximo de 72h, ratificará o no esta medida (art. 763.1 LEC).

SALUD MENTAL ESPAÑA denuncia que la escasez de recursos es causa directa de situaciones de ingresos involuntarios. Defiende que los tratamientos e ingresos involuntarios deben suponer una garantía del derecho de asistencia sanitaria, sin que se vulneren otros derechos de la persona, su dignidad e integridad, y únicamente deberán ser aplicados en casos excepcionales.

Los tratamientos involuntarios puntuales y con una duración muy limitada y breve en el tiempo, deben contar lo más posible con la aceptación previa de la persona, así como con la participación de sus familiares para humanizar lo máximo esta complicada situación.

Numerosas personas con experiencia propia han dado testimonio de las vulneraciones de derechos humanos sistemáticas e injustificadas a las que son sometidas durante los ingresos en áreas de Psiquiatría: aislamiento, sujeciones, restricciones a la movilidad y a recibir visitas o comunicarse vía telefónica con sus familiares, aplicación de castigos o sanciones, medicalización excesiva, etc.

Según el informe ‘Coerción y salud mental’⁵, *“los estudios acerca de las hospitalizaciones involuntarias sugieren que la mejoría de los síntomas es mínima, lo mismo que el funcionamiento social posterior. (...) A pesar de esta pobreza de resultados, se defiende la necesidad de las hospitalizaciones involuntarias argumentando que su función no es la mejoría clínica sino la disminución del riesgo auto y heteroagresivo”*.

¿Qué recomiendan los organismos nacionales e internacionales?

- El Informe del Relator de 2020¹ explica que las intervenciones forzosas en salud mental se han justificado aduciendo determinaciones de “peligrosidad” o “necesidad médica”. Esas determinaciones, que no son establecidas por la persona en cuestión, son subjetivas y por tanto requieren un mayor escrutinio desde la perspectiva de los derechos humanos. De hecho, considera los internamientos forzosos como uno de los aspectos que ponen en riesgo el derecho a una atención de calidad.
- El Grupo de Ética y Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha denunciado las “importantes disfunciones” que se han producido en la materialización de

los ingresos involuntarios⁷. Desde la AEN, hacen también hincapié en la declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en virtud de Sentencia del Tribunal Constitucional nº 132/2010 de 2 de Diciembre, y han solicitado a los organismos legisladores que actualicen la regulación de los ingresos no voluntarios.

- Es fundamental recordar que la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNPD)** afirma que la existencia de una discapacidad no debe justificar “en ningún caso” una privación de la libertad. El documento recoge que *“los Estados Parte asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos”*.
- En su labor de examinar la situación de los derechos, el **Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** realizó en 2019 una serie de recomendaciones a España⁸. Denunció que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y Ley Orgánica siga permitiendo que las personas con discapacidades psicosociales o intelectuales sean sometidas al internamiento involuntario en instituciones en las que se les puede privar de su libertad y puedan ser sometidas a tratamientos médicos forzados y medidas mecánicas de contención. El informe indica que *“la falta de concienciación de los profesionales de la atención sanitaria en torno a sus obligaciones según la Convención, que, basándose en prejuicios, los lleva a justificar la institucionalización forzosa y el uso de medidas mecánicas de contención como ‘medidas terapéuticas’”*.

El Comité instó a España a revisar o derogar todas las disposiciones jurídicas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a fin de prohibir la institucionalización forzosa y los tratamientos forzados por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivo de salud mental se basen en los derechos humanos.

B) Contenciones físicas, mecánicas y químicas

¿A qué nos referimos cuando hablamos de contenciones³?

- Contención física: sujetar manualmente a una persona para impedirle o restringirle el movimiento.

⁷ [Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. Grupo de “Ética y legislación” de AEN.](#)

⁸ [Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019](#)

- Contención mecánica: el uso de dispositivos (por ejemplo, correas, cinturones, camas jaula, etc.) para impedir o restringir el movimiento de la persona.
- Contención química o farmacológica: el uso de fármacos sedantes para controlar o someter a la persona (por ejemplo, la sedación farmacológica de acción rápida).



La contención física o mecánica está considerada como tortura por la ONU⁹, es contraria a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y ahonda en un mayor sufrimiento psíquico para las personas que las sufren y para sus familias, además de carecer de perspectiva terapéutica.

¿Cuáles pueden ser las consecuencias de aplicar este método coercitivo?

- Físicas: Hematomas, fracturas, atrofia muscular, deshidratación, incontinencia y, en los casos más extremos, muerte de la persona.
- Psicológicas: Sufrimiento psíquico, trauma, problemas de salud mental, desconfianza en los/las profesionales.

13

Realidad de las contenciones en España

Según explica la campaña #0Contenciones, impulsada desde el colectivo activista Locomún¹⁰:

- Es una práctica común en las unidades de Psiquiatría de nuestro país que atenta contra los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.
- La persona puede permanecer atada durante horas o incluso días, dependiendo de la decisión del personal sanitario.
- Se suele practicar de forma opaca y no controlada.

⁹ Informe Relator Especial ONU: Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2020).

¹⁰ <https://www.0contenciones.org/>

- No es posible acceder a un registro en el que se explique a quién se ata, por quién, por qué, durante cuánto tiempo ni cómo. Esto hace más difícil denunciar las contenciones y tener conciencia de la dimensión del problema.
- Según un informe de AEN, realizado en España, el 30% de las unidades psiquiátricas participantes en la encuesta informan de que no existe ninguna iniciativa destinada a la prevención del uso de las contenciones mecánicas.
- Varios estudios atribuyen la sobreutilización de estas prácticas al contexto profesional: cantidad de personal y a la escasez de personal cualificado, con falta de formación y experiencia clínica⁵.
- Se observa además cierta tendencia a la naturalización de las prácticas coercitivas, con una ausencia de reflexión al respecto y dificultades para conectar con la vivencia y la posible repercusión emocional para la persona⁵.



“En teoría, se nos ata como recurso extremo para evitar que nos hagamos daño a nosotras mismas y/o a las demás. En realidad, se nos ata cuando el personal se asusta y no sabe establecer contacto con nosotras, cuando no entiende lo que pedimos, cuando no puede tolerar nuestro nivel de malestar, para castigarnos si quebrantamos una norma de la unidad hospitalaria, o cuando el personal no es capaz de diferenciar entre las conductas impredecibles o inesperadas y las conductas peligrosas y de riesgo. En resumen, nos atan cuando el personal sanitario considera que hay que atarnos, en base a decisiones que tienen que ver con el poder, el control y el miedo, pero no con la terapéutica”. – Campaña 0Contenciones¹⁰

¿Qué opinan los organismos nacionales e internacionales?

- Según el **Relator Especial de la ONU**, *“prácticas como el aborto involuntario, la esterilización o la intervención psiquiátrica por motivos de “necesidad médica” o del “interés superior” del paciente [...] suelen entrañar intentos sumamente discriminatorios y coercitivos de controlar o “corregir” la personalidad, el comportamiento o las decisiones de la víctima y casi siempre infligen dolores o sufrimientos graves”*. Por lo tanto, en opinión del Relator Especial, *“si todos los demás elementos definitorios están presentes, es muy posible que esas prácticas equivalgan a tortura”*.

- Según **Mental Health Europe**, en la actualidad, las medidas coercitivas tienden a enmarcarse como de “último recurso”, con directrices y formación obligatoria, pero su uso como primera respuesta o de emergencia sigue siendo generalizada e incluso aumenta en los servicios con mucha presión de trabajo.

Este organismo asegura, además, que el uso de la coerción y la contención está arraigado en la cultura y los procedimientos de los servicios de salud mental y en los comunitarios.

- Según el **Manifiesto de Cartagena**⁴, *“la situación y estructura actual de nuestro sistema socio sanitario favorece el uso de estas medidas, invalidando los esfuerzos de los diferentes perfiles profesionales que intervienen en este ámbito para evitarlas”*.
- En esta misma línea, el **Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en salud mental de 2019**¹¹, que cada año publica SALUD MENTAL ESPAÑA, afirma que *“hay que reiterar la aspiración de tender a la contención cero y a la progresiva reducción de los ingresos no voluntarios en pro de otras medidas más eficaces y en consonancia con los derechos humanos”*.
- Por su lado, el **Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**¹² insta, en sus observaciones a España en 2019, a *“adoptar medidas inmediatas para erradicar cualquier trato cruel, inhumano o degradante contra las personas con discapacidad”*. Ha advertido a España de la necesidad de eliminar *“el uso de medidas de contención por motivo de discapacidad en todos los lugares”*. Denuncia, además, *“la ausencia de datos concretos desagregados por sexo y edad sobre los casos de violencia y abuso que se producen en hospitales, y en particular en hospitales psiquiátricos”*.

Además, el Comité asegura que le preocupan los casos denunciados de fallecimiento de personas con discapacidad psicosocial como consecuencia de la contención involuntaria y tratamientos médicos inadecuados en hospitales psiquiátricos.

C) Tratamientos, medicaciones forzosas y sobremedicación

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad. Su pretensión es, según las personas que lo defienden, *“mejorar la adhesión al tratamiento de las personas con una enfermedad mental”*

¹¹ [Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en salud mental de 2019.](#)

¹² [Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019.](#)

grave, sin conciencia de enfermedad, en los que el abandono terapéutico supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y/o autoagresivas o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes”¹³.

Sin embargo, SALUD MENTAL ESPAÑA ve en el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) una medida coercitiva, que implica el sometimiento de una persona con trastorno mental a un tratamiento de manera no voluntaria y, por tanto, no acorde con un enfoque de derechos humanos.

Al igual que en el caso de los ingresos, la Confederación cree que los tratamientos involuntarios deben garantizar el derecho de asistencia sanitaria, sin que se vulneren otros derechos de la persona, su dignidad e integridad, y únicamente deberán ser aplicados en casos excepcionales.

A lo largo de los últimos años, ha habido varios intentos de regular el TAI en España. SALUD MENTAL ESPAÑA mantiene su postura contraria a la regularización por contravenir los derechos de las personas con trastorno mental.

En cualquier caso, el tratamiento médico involuntario no tiene cabida en el modelo social de la discapacidad, pues se enmarca en el tradicional modelo médico rehabilitador en el que no solo no se tiene en cuenta la voluntad de la persona, sino que se aplican las medidas en contra de la misma.



“A muchas personas se nos impone una medicación contra nuestra voluntad y/o en dosis excesivas, a menudo con unos efectos adversos incapacitantes. Muchas veces, los ingresos forzosos y las contenciones se hacen para obligarnos a tomar esta medicación”. – ActivaMent

Posturas contrarias de profesionales y personas expertas en derechos humanos

En este sentido se ha pronunciado el Grupo de Ética y Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría con una postura clara: “no se trata de un problema de falta de legislación, sino de falta de recursos”¹⁴. De esta forma, se considera preciso abandonar los intentos fallidos de regulación. Algo sobre lo que también se han manifestado psiquiatras y profesionales de la salud mental, poniendo en duda la efectividad del TAI.

¹³ [Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. Moleón Ruiz AI, Fuertes Rocañín JC2.1 Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.](#)

¹⁴ [El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Celia Prados García. ISBN: 978-84-1122-975-3](#)

El **Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** instó a España a revisar o derogar *“todas las disposiciones jurídicas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a fin de prohibir la institucionalización forzosa y los tratamientos forzosos por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivo de salud mental se basen en los derechos humanos”*.

También ha denunciado que el uso de medicamentos se imponga a las personas con discapacidad psicosocial como requisito para poder acceder a servicios de apoyo psicosocial y a servicios relacionados con la vivienda, algo que ocurre con frecuencia en España.

Respecto a la sobremedicación, la terapia electroconvulsiva y otros tratamientos que no cuentan con el consentimiento libre de la persona, el Comité ha manifestado en sus observaciones a España su inquietud por el hecho de que el artículo 9 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil permitan el uso de estas medidas coercitivas.

Según la asociación ActivaMent, *“a muchas personas se les ofrece aceptar recibir terapia electroconvulsiva (electroshock) sin darnos información suficiente sobre sus riesgos y efectos adversos. A veces, el consentimiento se hace firmar bajo coerción, por ejemplo, con amenaza de ingreso involuntario si no se firma, o lo puede firmar un familiar nuestro contra nuestra voluntad”*.

La sobremedicación de las personas con problemas de salud mental no solo ocurre durante los ingresos, sino también en la práctica clínica ordinaria. Los médicos y las médicas de atención primaria entrevistados y entrevistadas en el Informe *“La situación de la salud mental en España”*¹⁵, elaborado por SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, explican las causas de que esto sea así:

- Una sociedad donde impera la ‘cultura de la inmediatez’ y ‘la intolerancia a la frustración’, que conduce a psiquiatrizar las emociones negativas.
- La presión de tiempos en sus consultas.
- La accesibilidad y bajo precio de los fármacos, que hace que la población los adquiera, aunque no se vayan a consumir.
- La falta de otros recursos alternativos.
- La ‘prescripción inducida’, donde un familiar o persona cercana da a probar alguna medicación a la persona, que posteriormente se dirige a su médica/o para solicitarla.
- Y la tendencia de algunos/as psiquiatras a pautar en exceso.

¹⁵ [Informe ‘La situación de la salud mental en España’, 2023. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña.](#)

D) Reclusión, aislamiento y falta de privacidad

La reclusión y el aislamiento (es decir, el confinamiento en una habitación o zona aislada de la que una persona no puede salir libremente³) sucede a veces en los ingresos hospitalarios de las personas con problemas de salud mental.

Esto implica, entre otras cosas, la retirada de las pertenencias personales y la prohibición de recibir visitas de familia o amistades, o tener contacto con ellas, una situación que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad califica de inflexible y limitado⁷.

Todas las personas tienen derecho a la confidencialidad y a la intimidad, tanto durante el tratamiento como sobre las historias clínicas. *“Este derecho tiene que ser respetado también en los contextos de atención intensiva, como los ingresos hospitalarios, y los contextos residenciales”*, explican desde ActivaMent.

Según esta asociación, las vulneraciones más habituales en los contextos asistenciales son:

1. Inexistencia o inadecuación de espacios privados e íntimos: Las personas no suelen tener espacios donde recibir visitas o hacer llamadas sin ser escuchadas por las demás personas usuarias o por el personal.
2. Uso ilimitado de cámaras de vigilancia, sin información ni consentimiento de las personas afectadas. El uso indiscriminado de cámaras, en las habitaciones y en todos los rincones de la institución, se da especialmente en las Unidades de Agudos.
3. Acceso ilimitado del personal: se da en todos los espacios (incluidos los lavabos) sin permiso, a menudo sin el hábito de llamar a la puerta o preguntar si se puede pasar. El respeto a la intimidad es también respeto a la dignidad de la persona.
4. Restricciones punitivas: se utiliza la restricción del uso del teléfono, el ordenador, las visitas, etc., como forma de castigo durante los ingresos o en las residencias.

Todo ello supone una vulneración de los derechos de las personas que debe ser revisada y corregida. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su informe relativo a España⁷, ha manifestado su preocupación por la colocación de cámaras de videovigilancia en las habitaciones de las personas ingresadas por problemas de salud mental y también por las filtraciones de información confidencial en el sector de atención a la salud mental.

El Comité ha instado a España a que implemente medidas efectivas que garanticen la privacidad de las personas con discapacidad psicosocial en instituciones y en los sistemas y

servicios de atención a la salud mental, incluida la confidencialidad de información y de sus historias médicas personales.

4.3. PROPUESTAS

Es necesario realizar una reflexión profunda y estructural del sistema de atención sanitario que garantice los derechos de las personas con problemas de salud mental. Por ello, desde SALUD MENTAL ESPAÑA, reivindicamos:

- Que no se consideren las medidas coercitivas como tratamientos ni como parte del proceso terapéutico.
- Que se tienda, de forma urgente, hacia las ‘cero contenciones’ y a la erradicación del uso de la coerción, de cualquier naturaleza (física, química o emocional), como modo de control e intervención en los entornos sanitarios y sociales.
- Que exista transparencia y sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuándo se hace, qué figuras profesionales estuvieron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado, y especialmente cómo evitar su uso en el futuro.
- Que se destinen más recursos que permitan desarrollar medidas alternativas desde un enfoque de derechos humanos, cambiando el paradigma actual por uno basado en la recuperación, en la atención comunitaria y en la promoción de la autonomía de las personas. Esto consistiría, tal y como establece el Manifiesto de Cartagena⁴, en:
 - Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándose hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas.
 - Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza, en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Dotarlas 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 en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona. Apoyar a los y las profesionales y los equipos 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 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.
- Que se humanicen los tratamientos y se garantice una intervención especializada centrada en la persona, confiable y empática, que fomente la autonomía de las personas con problemas de salud mental, a través de:
 - Planes Individualizados de Atención para cada persona con trastorno mental, que estarán reflejados por escrito en su historial clínico informatizado, y tendrán un seguimiento y una posterior evaluación.
 - Equipos de Intervención Familiar. La propuesta de SALUD MENTAL ESPAÑA es que todas las familias de personas con problemas de salud mental tengan la oportunidad de acceder a programas de Intervención Familiar Psicoeducativa. Estos programas les permitirán mejorar su capacidad de afrontar posibles crisis y prevenir recaídas.
 - Apoyo Domiciliario a través de los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, que permita un sistema organizativo para reforzar el tratamiento y facilitar la recuperación de la persona.
 - Desarrollo de equipos multidisciplinares especializados que atiendan a las personas con problemas de salud mental y sus familiares, compuestos por un número suficiente de profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario, terapeutas ocupacionales o técnicos y técnicas de integración social.
 - Que las Administraciones españolas revisen su legislación actual, propongan acciones contra la discriminación de las personas con trastorno mental y tengan presente en futuras normativas el respeto al compromiso internacional que contrajeron con la firma de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

5. Libertad de decisión y participación, derechos inalienables en salud mental

5.1. CONTEXTO

“(…) que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás.” (Art. 21, CDPD)

“Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad (…)” (Art. 25 CDPD)

“El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” es uno de los principios sobre el que se sostiene la Convención de los Derechos sobre las Personas con Discapacidad (CDPD).

La autonomía es la capacidad que tenemos para tomar nuestras propias decisiones, con libertad, en cualquier aspecto de nuestra vida (salud, trabajo, vivienda, reproducción, ocio, desarrollo personal...), y constituye un derecho inalienable e inherente a todas las personas.

En el ámbito de la salud mental, todas las personas tenemos derecho a recibir una atención que se base en el consentimiento libre e informado, la autonomía y la participación en nuestro tratamiento.

A pesar de que estos derechos están exhaustivamente definidos y reconocidos en las leyes internacionales, y de que son vinculantes, en la práctica, las personas con problemas de salud mental encuentran numerosas barreras para ejercerlos y sufren vulneraciones de derechos relacionadas con la falta de respeto a su autonomía y capacidad de decisión.

El Consejo de Derechos Humanos de la ONU declaró en una resolución¹⁶ en 2020 su profunda preocupación por que *“las personas que utilizan los servicios de salud mental, puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, estigma, prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencias, entre otras cosas”*. Además, mostró su inquietud por que estas prácticas desencadenen *“violaciones y abusos de sus derechos humanos y libertades fundamentales, equivalentes en ocasiones a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”*.

La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, es otro de los principios fundacionales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta participación incluye, por extensión, la participación plena y efectiva en el ámbito de la salud. Las personas con problemas de salud mental deben tener la oportunidad de participar en sus propios procesos de atención y tratamientos, mediante la libre expresión de sus necesidades, opiniones y preferencias.

El empoderamiento, entendido como la capacidad de tomar las decisiones que afectan a tu vida y hacer valer tus derechos, supone un paso imprescindible en la recuperación de un trastorno mental. Cada vez hay más evidencias acerca del beneficio que supone en términos de bienestar y de seguridad para las personas con problemas de salud mental la participación activa en su tratamiento, un factor que, además, fomenta la eficacia y el seguimiento del mismo.

Sin embargo, como consecuencia de los prejuicios y el estigma, en demasiadas ocasiones las personas con trastorno mental ven limitado su derecho a la participación y limitada su autonomía en los diferentes aspectos de sus vidas (político, económico, social, familiar o sanitario). Los datos sobre la participación de las personas con problemas de salud mental en los servicios de atención no son positivos: menos de un 7% participa en un Plan Individualizado de Atención, y solo un 8,2% participa activamente en tomar decisiones sobre su tratamiento farmacológico¹⁷. Además, más de la mitad (58,5%) ha sentido rechazo social en algún momento por parte de su entorno por su problema de salud mental¹⁸ y el 55% considera que ha sufrido una discriminación.

¹⁶ Consejo de Derechos Humanos de la ONU. [Resolución del Consejo de Derechos Humanos 43/13 sobre salud mental y derechos humanos \(2020\)](#).

¹⁷ Gómez Beneyto Manuel. [“La participación de los usuarios, ¿Qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios”](#). En: Carmona J, Río Noriega F, editores. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2009: 161-72.

¹⁸ SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. [“La situación de la salud mental en España”](#). SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023.

En los últimos años, se han aprobado a nivel estatal dos leyes fundamentales para el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, un imperativo derivado de la necesidad de adaptar el ordenamiento jurídico de España a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), después de su entrada en vigor el 3 de mayo de 2008.

- [Ley Orgánica 2/2020](#), de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente.
- [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.

Sin embargo, existen aspectos controvertidos respecto a la aplicación de estas normas. En el primer caso, por ejemplo, no existen medidas de reparación para las mujeres que ya han sido esterilizadas de manera forzada o sin consentimiento por razón de su discapacidad.

En el caso de la segunda ley, preocupan aspectos como, por ejemplo, que la falta de recursos efectivos para el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica derive en fórmulas similares a las tutelas, como la “curatela con representación plena” de manera indefinida. El objetivo de la norma es sustituir la incapacitación y la figura del/la tutor/a por un sistema basado en el apoyo y el respeto a su voluntad.

5.2. SITUACIÓN

A) Falta de información

Contar con información comprensible, de calidad, veraz y ajustada a cada situación es una premisa indispensable para poder tomar decisiones. Si bien esto es así en todos los aspectos de la vida, cuando se trata de cuestiones que afectan a la salud de las personas, sin derecho a la información no existe libertad de decisión.

El artículo 21 de la CDPD garantiza el ejercicio del “derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan”.

Sin embargo, las personas con problemas de salud mental y sus familias denuncian la falta de información en los procesos de atención. Según el reciente estudio “La situación de la salud

mental en España”¹⁹, el 40,3% de las personas diagnosticadas de un trastorno mental considera no haber recibido información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno.

Derechos de las personas con discapacidad psicosocial en el ámbito de la información sobre atención sanitaria

Ya en 1991, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó los ‘Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental’²⁰ que establecía las libertades fundamentales y derechos básicos de las personas con trastorno mental, y regulaba aspectos como el consentimiento informado.

Según el principio 11, “*no se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado*”, entendiendo este ‘consentimiento informado’ con aquel “*obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda*”. Esta información abarca: el diagnóstico y su evaluación, el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto, las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles, y los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

Sin embargo, en estos Principios de 1991, “*la gravedad de los supuestos en los que se puede tratar a una persona sin su consentimiento o contra el mismo debería haber implicado una regulación más detallada y garantista*”²¹.

¿Qué información tienen derecho a conocer las personas con problemas de salud mental y sus familias?

Los equipos profesionales de atención a la salud mental deben facilitar información comprensible y suficiente a las personas con trastorno mental y a sus familias sobre los siguientes aspectos relativos a su tratamiento:

- **El diagnóstico:** las personas tienen derecho a conocer con detalle toda la información relativa a los diagnósticos que reciben por parte de las y los profesionales. Esto abarca conocer el significado del diagnóstico, obtener información acerca de sus causas, sus implicaciones, los síntomas, etc.

¹⁹ SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. “[La situación de la salud mental en España](#)”. SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023.

²⁰ Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

²¹ Biel Portero, Israel, [Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad](#), Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.

- El tipo de intervención: en qué consiste la atención o terapia, qué objetivos tiene, en qué enfoques se basa, qué expectativas tiene, etc. Es conveniente conocer si la intervención está orientada a estabilizar los síntomas y permitir la funcionalidad de la persona o si aspira a la promoción de la autonomía de la persona y al empoderamiento para que desarrolle su proyecto de vida. Hay que tener en cuenta que el modelo de atención a la salud mental actual se ha construido desde una perspectiva fundamentalmente biomédica, que ha dejado fuera otros factores sociales y contextuales que, poco a poco, están tomando mayor relevancia. A las personas no se les explica que las teorías estrictamente biomédicas sobre los diagnósticos no tienen suficientes evidencias científicas y que existen diferentes enfoques para abordar un mismo malestar.
- El tratamiento farmacológico: la medicación psiquiátrica puede tener efectos secundarios o síntomas no deseados, por ello, antes de iniciarla es importante que tanto la persona interesada como el/la profesional recopilen información y resuelvan dudas. El 46,3% de las personas diagnosticadas de trastorno mental considera que la información sobre los efectos secundarios de su medicación fue insuficiente²². Las personas con problemas de salud mental tienen derecho a conocer el funcionamiento de los psicofármacos, su alcance, así como los efectos esperados, la duración del tratamiento, las contraindicaciones y los riesgos para la salud. Uno de los inconvenientes del uso de tratamientos farmacológicos en el campo de la salud mental es la imposibilidad para medir de manera fiable sus efectos, ya que todavía las investigaciones no han logrado determinar las causas biológicas del malestar mental²³, ni se realiza una medición sobre la evaluación de marcadores biológicos.
- Los recursos de apoyo: informar sobre dispositivos comunitarios de apoyo, sobre recursos de apoyo a la autonomía personal, al acceso al empleo, a la vivienda, etc., sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)...
- Los derechos: en este aspecto, la labor de información que se proporciona a las personas con trastorno mental sobre sus derechos es inexistente o insuficiente. Esta debería estar fundamentada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Entre estos derechos, se encuentra la información sobre la posibilidad y canales para denunciar las discriminaciones, tratos injustos o violencias sufridas. Las alternativas terapéuticas: sobre los distintos tipos de tratamientos que puede recibir la persona, sus pros y contras.

²² *Ibid.*

²³ Mental Health Europe. Guía breve sobre medicamentos psiquiátricos. Mental Health Europe, 2022.

B) Falta de alternativas terapéuticas y de acceso a recursos

Una de las barreras con las que se encuentran las personas con problemas de salud mental y que desencadenan vulneraciones de derechos es la falta de alternativas terapéuticas y de acceso a recursos.

El Relator Especial de la ONU indicó en un informe sobre salud en 2020 lo siguiente: *“los Estados tienen la obligación inmediata, en virtud del derecho a la salud, de adoptar medidas para garantizar la disponibilidad de servicios apropiados y aceptables y de apoyo basado en los derechos. Esto requiere la ampliación inmediata de las alternativas basadas en los derechos y no coercitivas²⁴”*.

El discurso que defiende la aplicación de medidas coercitivas a personas con trastorno mental, se fundamenta en la idea de que “no hay alternativas”. Sin embargo, SALUD MENTAL ESPAÑA defiende que siempre hay alternativas. Sin embargo, para poder ofrecer estas opciones es necesario invertir recursos y formación, lo que requiere de voluntad política.

Estas medidas permiten el seguimiento y la intervención temprana que puede prevenir brotes o situaciones de crisis. Protocolos que impliquen la movilización y coordinación de distintos recursos para evitar la escalada de la situación y tratar de calmar a la persona, en lugar de tener que recurrir a un ingreso involuntario. En vez de disponer de una única respuesta, lo ideal es que existan multitud de recursos con programas lo más individualizados posible, que permitan que la persona escoja, contando con el asesoramiento de las y los profesionales y familiares, el recurso que considere que se adapta mejor a sus necesidades, valores y preferencias.

Modelo comunitario

Las principales instituciones (ONU, Organización Mundial de la Salud, Comisión Europea, Consejo Interterritorial en España) apuestan por un modelo comunitario de atención a la salud mental, que ha demostrado ser más eficaz en los resultados terapéuticos, reduciendo el número de ingresos hospitalarios y el consumo de medicamentos, siendo además más eficiente en cuanto a costes directos e indirectos.

²⁴ Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud. [Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental](#). Naciones Unidas, Asamblea General, 2020.

Para ello, la propuesta de intervención terapéutica²⁵ de SALUD MENTAL ESPAÑA es este modelo comunitario de atención a la salud mental que garantice un tratamiento integral adecuado y reivindica el centro/unidad de salud mental comunitaria. Este centro/unidad debe contar con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo. Ello evitaría cualquier posibilidad de tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).

Barreras en el acceso a recursos

La escasez y falta de especialización de los recursos de atención a la salud mental constituyen una barrera de acceso.

Por ejemplo, faltan recursos especializados, flexibles y adaptados a las mujeres. Mientras que el porcentaje de mujeres atendidas en las Unidades de Salud Mental (USM) es ligeramente superior al de los hombres, *“el propio diseño y estructura de estos recursos están más pensados para dar respuestas a las necesidades de los hombres con problemas de salud mental y los sitúa como principales personas que usan los mismos”*²⁶.

Por otra parte, a menudo sucede que el acceso a determinados recursos para personas con problemas de salud mental está supeditado a la toma de un tratamiento farmacológico. Este hecho supone una barrera y antepone este criterio a otras necesidades.

27

C) Documento de Instrucciones Previas y Planificación Anticipada de Decisiones

El respeto a las preferencias

En momentos de crisis o de dificultad, las personas con problemas de salud mental pueden sentirse desamparadas y/o sometidas a situaciones o decisiones que en otros momentos hubieran deseado evitar. De hecho, según las denuncias de las personas con experiencia en salud mental, los ingresos involuntarios, la medicación forzosa, el aislamiento, las coerciones y la falta de respeto a sus instrucciones y preferencias son frecuentes.

²⁵ Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). [Propuesta de intervención terapéutica alternativa al tratamiento ambulatorio involuntario \(TAI\)](#). Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). 2009.

²⁶ María del Pilar Álamo Vázquez. [Guía de salud mental con perspectiva de género](#). ATELSAM Salud Mental, 2020.

Frente a la tradición paternalista que ha regido tradicionalmente la atención a la salud en general, y a la salud mental en particular, según la cual la única decisión válida es la del médico o la médica, la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) pretende anteponer la autonomía y garantizar el consentimiento informado y expreso de la persona ante cualquier actuación sanitaria futura.

Conocer con antelación las preferencias que las personas tienen respecto a cómo quieren ser tratadas permite que la atención en salud mental sea lo más respetuosa y acorde posible con su voluntad. De este modo, además, se pretenden evitar posibles vulneraciones de derechos durante los tratamientos ambulatorios, ingresos involuntarios, etc. Así, una persona puede indicar que no quiere que se le medique forzosamente o que no quiere ser sometida a contenciones.

La evidencia científica indica que “la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento, suponen una mejora en la adherencia farmacológica y una reducción del número de recidivas²⁷”. Además, con este modelo participativo *“se muestra una mayor adherencia a los fármacos, puede realinear las expectativas personales, aumenta el bienestar reflejado en su calidad de vida y hay un mayor cumplimiento con el tratamiento²⁸”*.

Existen dos niveles de profundización para avalar la voluntad de la persona de manera anticipada:

- El documento de Instrucciones Previas es una herramienta sanitaria orientada a garantizar el respeto a los deseos e instrucciones que las personas han dejado pautados, de manera previa, respecto al tratamiento de su salud, incluido el testamento vital (destino del cuerpo, muerte digna, medidas de soporte vital...), en los momentos en que consideran que su capacidad de decisión está alterada puntualmente.
- La Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), en cambio, es el proceso continuo de toma de decisiones compartidas entre personas con trastorno mental y profesionales en todo lo referente a las preferencias, necesidades y voluntades de la persona con experiencia propia en lo que respecta a su tratamiento en salud mental. La PAD puede ser aplicada tanto en caso de hospitalización como en el ámbito de atención ambulatoria de Salud Mental.

²⁷ Sergio Ramos-Pozón; Bernabé Robles del Olmo. [La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas](#). Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), 2015.

²⁸ Ramos S. La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. Dilemata. 2012; 10:263-77.

En todo caso, siempre que la persona con problemas de salud mental conserve su capacidad y posibilidad de expresarse, deberán ser tenidas en cuenta las instrucciones que traslade en cada momento, sin necesidad de acudir al documento de Instrucciones Previas.

El principal problema a la hora de elaborar un Documento de Instrucciones Previas o de emprender un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones es que las personas con problemas de salud mental desconocen estos derechos y, por tanto, no los ejercen.

Por ello, es muy importante poner en valor estas vías para el ejercicio de las voluntades, e instruir a las y los profesionales para que faciliten la información y los apoyos necesarios.

Documento de Instrucciones Previas

Con el documento de Instrucciones Previas, tal y como se menciona en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, conocido también como documento de voluntades anticipadas, *“una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad*, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente”, siempre que esta no sea contraria al ordenamiento jurídico. Esta Ley dio respuesta a la necesidad de adaptar su legislación sanitaria al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, firmado en el 4 de abril de 1997 en Oviedo y que España ratificó en 1999.

En el documento de Instrucciones Previas pueden recogerse aspectos relativos a las señales o síntomas previos que pueden anticipar una crisis y las necesidades inmediatas en esas situaciones, a qué personas avisar y a quiénes no, todo lo que se quiere evitar (coerciones y medidas de contención), sobre las y los profesionales de preferencia, sobre la medicación y la alimentación, los hábitos de sueño y los religiosos, las rutinas de cuidado personal, los espacios o elementos que aportan seguridad, de qué personas se desea estar acompañado/a, qué actuaciones suelen servir de ayuda y cuáles no, etc.

Las decisiones anticipadas reflejadas en el documento de Instrucciones Previas prevalecen sobre la voluntad de las y los familiares. Sin embargo, es posible para la persona con trastorno mental designar a otra que la represente como interlocutora con los equipos profesionales de atención y pugne por el cumplimiento de las voluntades.

Es recomendable que la persona representante designada sea alguien de confianza y que participe en el proceso y sea concedora de primera mano de las preferencias e instrucciones expresadas por la primera interesada.

En este sentido, la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: periodo 2022-2026” recoge la Planificación de Anticipada de Decisiones (PAD) como una herramienta para garantizar el ejercicio de los derechos de autonomía y vida independiente, con los siguientes objetivos:

- “*Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones anticipadas, durante su proceso asistencial y de recuperación.*”
- “*Establecer procedimientos que faciliten la planificación anticipada de decisiones ante situaciones o momentos en los que puedan plantearse dilemas éticos, en especial, en situaciones de crisis y que tengan carácter vinculante (instrucciones previas o voluntades anticipadas)*”.

Este recorrido culmina con el registro del documento de Instrucciones Previas dentro de las Historia Clínica de la persona. Según la Ley 41/2002, este tipo de voluntades previas deben constar por escrito y se podrán revocar por la persona igualmente por escrito en cualquier momento. Existen distintas vías para la formalización de la declaración, siendo especialmente reseñable la que se realiza desde los centros sanitarios.

Si bien es posible realizar un documento consensuado con el/la profesional de salud mental, no es algo obligatorio, “*realizar un proceso de revisión conjunta del documento antes de su registro en la historia clínica electrónica*”²⁹ y dejar constancia de las discrepancias o a la falta de acuerdo entre la persona interesada y el/la profesional.

Además, es conveniente revisar y actualizar este documento periódicamente ante posibles matices o cambios en las preferencias o situaciones.

La Ley 41/2002 regula las Instrucciones Previas en el campo de la salud para todas las personas, de manera general, y ha tenido un importante impacto en el caso de personas con problemas de salud mental. El desarrollo de su aplicación corresponde a las Comunidades Autónomas, que cuentan con diferentes leyes específicas.

Si bien, el registro del documento de voluntades anticipadas corresponde a las Comunidades Autónomas (así como el desarrollo de la aplicación de la Ley 41/2002), los documentos de voluntades anticipadas previas se centralizan en un Registro Nacional de Instrucciones Previas que permite su consulta a nivel estatal.

²⁹ Amets Suess; María Isabel Tamayo Velázquez; Águila Bono del Trigo. Planificación anticipada de decisiones en salud mental: guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.

Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) o toma de decisiones compartida

En contraposición al documento de Instrucciones Previas, que se rige por la Ley 41/2002, el proceso de PAD se sustenta sobre la base de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Uno de los principios generales sobre los que se articula la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, algo que debe incluir la participación en el proceso terapéutico. En cambio, la mayoría de las personas con un diagnóstico en salud mental (59,8%)³⁰ considera que no ha participado activamente en el diseño de su programa de atención.

A la mencionada falta de información, se suma la falta de medios públicos para atender la salud mental que dificulta que las personas dispongan de un espacio adecuado para poder iniciar el proceso de PAD y los recursos de apoyo que precisen.

La PAD supone un paso más para garantizar el respeto de los valores y preferencias de las personas con problemas de salud mental. Con ella se genera un proceso conjunto con el/la profesional basado en el diálogo, lo que se conoce también como toma de decisiones compartida. Otro de sus aspectos positivos es que fomenta y mejora el autoconocimiento personal en materia de salud mental (síntomas, detonantes, preferencias, valores...) de la persona con experiencia propia.

La figura profesional adopta un papel de asesoramiento en el que se plantean los beneficios y riesgos de los distintos tratamientos, para favorecer que la persona con problemas de salud mental decida en base a sus valores y a su proyecto vital. Además, las y los profesionales juegan un papel de facilitación en los procesos de toma de decisiones.

La toma de decisiones compartida³¹ (o la realización de planes individualizados de actuación consensuados) es un proceso entre el/la profesional de salud mental y la persona con trastorno mental, mediante el que elaboran una hoja de ruta para escoger el tratamiento, sopesando riesgos y beneficios, a partir de las preferencias y necesidades de la persona interesada. Este enfoque promueve la comunicación y la confianza.

La práctica habitual parte de la identificación de estas voluntades, proceso en el cual la persona con trastorno mental puede apoyarse en otras personas, como sus familiares o las y los

³⁰ SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. "[La situación de la salud mental en España](#)". SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023.

³¹ Sergio Ramos-Pozón; Bernabé Robles del Olmo. [La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas](#). Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), 2015.

profesionales de la salud mental, o en asociaciones de salud mental, durante la fase de información y reflexión acerca de sus derechos, necesidades y deseos. Es importante que las personas que quieran iniciar el proceso de definición de las voluntades previas tengan información y herramientas adecuadas para determinar los apoyos con los que quieren contar en el proceso. Cada vez más, se promueve que las y los profesionales de la salud mental se involucren en dicha tarea, ofreciendo información y colaborando en la fase de deliberación y de apoyo, en pro de crear acuerdos consensuados con la persona en cuestión que, además, favorecen la relación de confianza.

Los y las profesionales de la salud mental deben fomentar el empoderamiento de las personas con trastorno mental en todas las facetas. En primer lugar, promoviendo su participación en el propio proceso de recuperación. Las relaciones asimétricas entre las y los profesionales y las personas con problemas de salud mental fomentan el estigma y propician vulneraciones de derechos, mientras que la planificación anticipada de decisiones empodera a la persona.

Además de prestar apoyo en la elaboración del documento de PAD en salud mental, el rol de los equipos profesionales consiste en “aportar información exhaustiva, contrastada y realista, *así como* explorar alternativas y opciones complementarias sobre la medicación, estrategias de contención o preferencias en la atención en salud mental”, además de “*informar sobre los recursos disponibles*”³².

D) Toma de decisiones

Todas las personas somos merecedoras de que se respete nuestra dignidad inherente, autonomía individual e independencia. Todas gozamos de la libertad para tomar nuestras propias decisiones.

Según el artículo 12 del Convenio sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados reconocen “*que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida*”. Además, se establece que los Estados Parte habrán de adoptar las medidas pertinentes para proporcionarles acceso al apoyo que puedan necesitar y las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.

En cambio, las personas con problemas de salud mental son sometidas desde hace décadas a la privación de sus libertades fundamentales y de su derecho a decidir. Muy frecuentemente,

³² Amets Suess; María Isabel Tamayo Velázquez; Águila Bono del Trigo. Planificación anticipada de decisiones en salud mental: guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.

son invisibilizadas en los procesos de toma de decisiones, debido a los estereotipos y prejuicios que recaen sobre ellas. Las actitudes paternalistas, por ejemplo, desplazan el foco de la decisión desde la persona con experiencia propia en salud mental hacia otras figuras, como las y los profesionales que les atienden, con la creencia de que *“tienen afectada la capacidad para tomar sus propias decisiones”* y que *“es lo mejor para ellas”*.

Negar la capacidad para decidir y tratar de incapacitar el ejercicio de las voluntades personales, en base a un criterio de salud, es una vulneración de derechos.

A menudo, sin su consentimiento, las personas con discapacidad psicosocial son maltratadas y sometidas a violencia durante su tratamiento, incluso coaccionadas, para hacerlas ceder en su voluntad. Del mismo modo no se puede obligar a una persona con una pierna rota a permanecer encerrada dentro de un centro de salud, sobre la base de que ‘se puede caer’, tampoco se puede obligar a una persona con un problema de salud mental a permanecer ingresada en un centro en contra de su voluntad. La hospitalización involuntaria es una violación de la capacidad jurídica.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad efectuó en 2011 una serie de Observaciones al Informe inicial presentado por España, en virtud del artículo 35 de la Convención, entre las que se solicitaba la supresión de la administración de tratamientos médicos sin el consentimiento, pleno y otorgado con conocimiento de causa, por parte de la persona.

Los estereotipos, los prejuicios, pero también la falta de medios, condicionan la atención a la salud mental. A menudo, las personas con problemas de salud mental son tratadas desde el paternalismo, el capacitismo, la culpabilización, el miedo o la incredulidad, y vistas como personas incapaces de tomar sus propias decisiones, incompetentes o que no saben lo que es mejor para ellas. Estas actitudes pueden desencadenar en vulneraciones de derechos y discriminaciones, como negar la capacidad de la persona con trastorno mental o presionarle en la toma de decisiones.

Sustituir a las personas con problemas de salud mental en su toma de decisiones supone una absoluta injerencia y la eliminación de la persona del mapa de su propia vida. Con ella, las personas pierden por completo capacidad de decisión, autonomía y vida independiente sobre su vida entera, o sobre determinados aspectos.

El 30% de las personas con un diagnóstico en salud mental considera que en alguna ocasión se ha vulnerado su autonomía o poder de toma de decisión³³.

La capacidad jurídica

Al respecto de la capacidad jurídica, recientemente se ha producido un avance sustancial en materia de derechos para las personas con discapacidad: la entrada en vigor, en septiembre de 2021, de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Esta reforma legislativa responde a la necesidad de adaptar el ordenamiento jurídico español a los preceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y reinterpreta la capacidad jurídica, en los términos de su artículo 12 sobre “Igual reconocimiento como persona ante la ley”.

Con dicha reforma, se pasa de mirar a la persona con problemas de salud mental como objeto de atención para verlas como sujeto de derechos. Según la Ley 8/2021, “se eliminan del ámbito de la discapacidad no sólo la tutela, sino también la patria potestad prorrogada y la patria potestad rehabilitada”.

En cambio, la norma prevé la figura de la curatela representativa como medida excepcional y, en cualquier caso, la persona que ejerza el cargo habrá de actuar conforme a la ideología, creencias o preferencias de la persona a la que representa conforme a lo dispuesto en la correspondiente resolución judicial.

Algunos aspectos preocupantes

SALUD MENTAL ESPAÑA celebra la aprobación de esta Ley, pero alerta sobre los riesgos de no implementar una adecuada transición desde el modelo de sustitución de la decisión al modelo de apoyos. La falta de recursos y la carencia de un modelo comunitario ha estado en el origen de muchas de las denominadas incapacitaciones.

Para poder aplicar este modelo hacen falta recursos, formación específica y crear una amplia red de figuras de apoyo que posibilite una intervención que gradúe su intensidad en función de las necesidades concretas de la persona en cada momento.

³³ SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. “[La situación de la salud mental en España](#)”. SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023.

Además, un factor preocupante es la no inclusión de la intervención preceptiva de abogado/a y procurador/a en todos los casos. También resulta cuestionable que el criterio de convivencia sea determinante para el ejercicio del cargo de curador o curadora.

Por otra parte, SALUD MENTAL ESPAÑA comparte la preocupación expresada por el Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por “la ausencia, en términos generales, de conocimiento de las disposiciones de la Convención por parte de abogados, funcionarios de los tribunales, jueces, fiscales y agentes del orden público³⁴”. Es necesaria formación y la sensibilización de todos los agentes implicados para garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica a todas las personas, sin discriminaciones ni barreras.

5.3 PROPUESTAS

- Garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica y el sistema de apoyos:
 - Inversión: Se requiere de una inversión económica y una previsión presupuestaria que permita operar con garantías la transición del modelo de sustitución de decisiones por el de apoyos.
 - Sistemas de apoyos:
 - Diseñar y poner en marcha, de la mano de las personas con problemas de salud mental, sus familias y las entidades sociales que representan sus intereses, un sistema de apoyos efectivo que no sustituya a la persona jurídica.
 - Impulsar la realización de planes individualizados de actuación consensuados entre la persona con trastorno mental, familiares y profesionales, así como la figura del “paciente experto” (personas con trastorno mental que apoyan a otras dentro de los servicios de atención), suponen ejemplos de buenas prácticas de participación en el ámbito de la salud mental.
 - Fomentar el servicio de asistencia personal, un servicio dirigido a fomentar la vida independiente, a través de un modelo de pares o de apoyo entre iguales. La figura de la asistencia personal es una persona con problemas de salud mental que trabaja, tras un período de formación, para promover y potenciar la autonomía de otras, garantizando los apoyos necesarios y personalizados.

³⁴ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España](#). Naciones Unidas, 2019.

- Información y formación:
 - Los y las profesionales de la salud mental deben fomentar el empoderamiento de las personas con trastorno mental en todas las facetas. En primer lugar, promoviendo su participación en el propio proceso de recuperación.
 - Ofrecer información clara y precisa a las personas con trastorno mental y sus familias sobre las opciones de asesoramiento al respecto de la capacidad jurídica y de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).
 - Formar a las y los profesionales de atención a la salud mental sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) para que informen y sirvan de apoyo a las personas con problemas de salud mental y sus familias en esta tarea.
 - Formar, concienciar, sensibilizar y facilitar la especialización de los operadores jurídicos que intervienen en los procesos relacionados con la capacidad jurídica desde un enfoque de derechos.
- Fomentar la denuncia de vulneraciones de derechos como una manera de hacer justicia y visibilizarlas ante las instituciones y organismos que pueden tomar decisiones.
- Mayores recursos y una atención a la salud mental comunitaria con un enfoque de derechos
 - Impulsar un sistema de atención a la salud mental comunitario que cumpla con las siguientes medidas:
 - Planes Individualizados de Atención para cada persona con trastorno mental, que estarán reflejados por escrito en su historial clínico informatizado, y tendrán un seguimiento y una posterior evaluación.
 - Equipos de Intervención Familiar. La propuesta de SALUD MENTAL ESPAÑA es que todas las familias de personas con problemas de salud mental tengan la oportunidad de acceder a programas de Intervención Familiar Psicoeducativa. Estos programas les permitirán mejorar su capacidad de afrontar posibles crisis y prevenir recaídas.
 - Apoyo Domiciliario a través de los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, que permita un sistema organizativo para reforzar el tratamiento y facilitar la recuperación de la persona.
 - Desarrollo de equipos multidisciplinares que atiendan a las personas con problemas de salud mental y sus familiares, compuestos por un número suficiente de profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario, terapeutas ocupacionales o técnicos y técnicas de integración social.

- Formación:
 - Formar a los equipos profesionales que intervienen en la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos y en la lucha contra el estigma, al ser un colectivo que aún presenta comportamientos estigmatizadores hacia las personas con trastorno mental³⁵.
- Atajar las discriminaciones: SALUD MENTAL ESPAÑA reclama la creación de recursos sanitarios y sociales que incluyan las circunstancias específicas de los colectivos y personas que habitualmente son discriminados por cuestiones de sexo-género, etnia o color de la piel, pobreza, discapacidad, orientación sexual, etc.

³⁵ Valverde-Bolivar, Efrén; García-Arenas, José J; López Pelegrin, Ilda; Pérez-Gómez, Laura; Muñoz-López, Manuel; Simonelli-Muñoz, Agustín J. [El estigma de los profesionales de salud mental hacia los usuarios con trastorno mental](#). Fuente: Actas esp. psiquiatr;50(4):178-186, julio 2022. tab, graf.

6. Buenas Prácticas

En otros países, ya se han desarrollado distintas alternativas respetuosas con los derechos humanos y que están reduciendo muchísimo las contenciones y la violencia sobre las personas con problemas de salud mental.

La experiencia de Trieste (Italia)

De la mano de Franco Basaglia, el precursor de la reforma psiquiátrica en Italia en 1978, Trieste se convirtió en una ciudad ejemplar en materia de salud mental, porque fue *“la primera ciudad del mundo donde se cerró un hospital psiquiátrico y que, además, supo ofrecer un modelo terapéutico diferente, que funciona”*³⁶.

Allí se creó un modelo comunitario de atención a la salud mental más humano, centrado en los determinantes sociales, que deja atrás el modelo biomédico predominante. En Trieste no existen muros ni reclusión, sino espacios abiertos y todo un entramado de redes de trabajo y cooperativas³⁷ en las que se ocupan las personas con problemas de salud mental, que promueven su autonomía y recuperación, y son una base para sus proyectos vitales.

El modelo desarrollado en Trieste ha tenido resultados positivos³⁸ como la reducción del estigma en la ciudad, la reducción de costes respecto a los del hospital psiquiátrico del año 1971, no se utilizan contenciones mecánicas ni electroshock y se ha pasado de 1300 internamientos forzados en el hospital psiquiátrico en 1971 a unas 30 personas al año con tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).

Diálogo Abierto

No es un método, ni una estrategia o una técnica sino, como explica Jaakko Seikkula, psicólogo y profesor de psicoterapia, *“una manera de integrar todos servicios, de pensar y relacionarse*

³⁶ Ana Martínez Pérez-Canales. Trieste, antes y después de la revolución psiquiátrica, [La ciudad: imágenes e imaginario: Actas del Congreso Internacional Interdisciplinar](#) [celebrado en la] Facultad de Humanidades, Comunicación y Documentación, Universidad Carlos III de Madrid, 12-15 de marzo de 2018 / coord. por Ana Mejón, David Conte, Farshad Zahedi, 2019, ISBN 978-84-16829-44-6, págs. 408-416.

³⁷ Área de Comunicación, Orientación e Influencia Social de SALUD MENTAL ESPAÑA. Viaje a Trieste, la cuna de la atención comunitaria en salud mental. [Número 3 de la Revista Encuentro de 2017](#). SALUD MENTAL ESPAÑA, 2017.

³⁸ Pasquale Evaristo. [La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia](#). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 no.2 Madrid abr./jun. 2011.

*con los otros y con el mundo*³⁹ que ha obtenido resultados satisfactorios en el abordaje de los episodios de psicosis en la región finlandesa de Laponia Occidental desde hace más de 30 años.

Según los resultados presentados por Seikkula, se ha logrado una tasa del 85% de recuperación completa ante un primer episodio psicótico y un 75% de reinserción en el mercado laboral o académico en un plazo de 2 años. El Diálogo Abierto está *"basado en el trabajo con las familias y las redes sociales, en la medida de lo posible en sus hogares, los equipos tratan de ayudar a los implicados en una situación de crisis a mantenerse juntos y en diálogo"*⁴⁰.

Los principios⁴¹ del diálogo abierto son:

- Ayuda inmediata (en 24 horas).
- Perspectiva de red social: se invita a la persona afectada, la familia y otros miembros de su entorno.
- Flexibilidad y movilidad: adaptación a las necesidades específicas y cambiantes de la persona y de su red social.
- Responsabilidad: con quien se establece el primer contacto es la persona que se responsabiliza de concertar la primera reunión. No se remite a otra autoridad.
- Continuidad psicológica: para dar una respuesta integral, el mismo equipo se hace cargo de todo el proceso al margen del lugar donde se realiza la intervención.
- Tolerancia a la incertidumbre.
- Dialogismo: en lugar de promover el cambio en las personas, el énfasis de la intervención debe estar en generar diálogo; crear nuevas palabras y un lenguaje común para las experiencias; permitirse todas las opiniones y sentimientos; entender que todas las personas tienen el derecho y la oportunidad de ser escuchadas; disposición a reflexionar, dudar y cambiar los puntos de vista y asumir que nadie posee la verdad absoluta.

No forcé first

Se trata de una iniciativa que ya se está implantando en centros de salud mental de Reino Unido, que busca un cambio de cultura en las unidades de ingreso psiquiátricas, para pasar de la

³⁹ Área de Comunicación, Orientación e Influencia Social de SALUD MENTAL ESPAÑA. Jaakko Seikkula expuso en Madrid los principios del modelo de intervención finlandés Diálogo Abierto. [Número 3 de la Revista Encuentro de 2016](#). SALUD MENTAL ESPAÑA.

⁴⁰ Marfà Vallverdú, J.-Filgueira Bouza, M.Olabarría González, B. Diálogo Abierto y teatro espontáneo. La Hoja de Psicodrama N° 68 (106-112), 2019.

⁴¹ Área de Comunicación, Orientación e Influencia Social de SALUD MENTAL ESPAÑA. Jaakko Seikkula expuso en Madrid los principios del modelo de intervención finlandés Diálogo Abierto. [Número 3 de la Revista Encuentro de 2016](#). SALUD MENTAL ESPAÑA.

coerción a la recuperación, bajo la idea de que “no existe la recuperación forzosa”. Para ello, este abordaje se sirve de acciones como:

- La promoción de las personas con trastorno mental y el personal de los centros.
- Promover la formación en técnicas de desescalada.
- Desarrollar una cultura de cooperación.
- Incorporar la visión de las personas con experiencia propia en los servicios.
- Informar y sensibilizar a estas personas y a sus familiares.
- Contar con un registro de datos sobre el uso de medidas coercitivas y realizar un análisis inmediato tras un incidente.

El [Mersey Care NHS Foundation Trust](#), fundación dedicada a la atención a la salud mental del Reino Unido, logró reducir el uso de contenciones físicas en un 60%, aproximadamente, en los dos primeros años de aplicación de la iniciativa “No Force First”. Posteriormente, *“el enfoque se aplicó en todas las unidades de ingreso psiquiátricas del Trust y, entre abril de 2016 y agosto de 2017, se produjo una reducción del 37 % en el uso de sujeciones físicas”*⁴².

Este proyecto piloto demuestra, además, el impacto positivo en la salud de los equipos profesionales, al reducirse su rotación y bajas por enfermedad.

⁴² Mental Health Europe. [“Guía breve para acabar con la coerción y las contenciones en los servicios de salud mental”](#). Mental Health Europe, 2022.