

Resumen ejecutivo del Informe sobre

El Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental

2024



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

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

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

Edición:



Colabora:



Publicación: Madrid, junio de 2025.

© Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

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

Índice

4 | Presentación

6 | Reflexión previa

7 | ¿Qué hemos detectado?

8

1. Obligaciones generales

14

2. Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación

27

3. Derechos de los niños y las niñas

55

4. Toma de conciencia

57

5. Accesibilidad

61

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

62

7. Igual reconocimiento como persona ante la ley

69

8. Acceso a la justicia

70

9. Derecho a la libertad y seguridad

74

10. Respeto del hogar y de la familia

77

11. Derecho a la educación

81

12. Derecho a gozar del más alto nivel de salud

85

13. Derechos a trabajar en igualdad de condiciones que las demás personas

Presentación

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

Las personas con problemas de salud mental siguen sufriendo ingresos y tratamientos involuntarios, contenciones mecánicas y químicas, falta de información y consentimiento sobre sus tratamientos, discriminación y estigma, etc. Aún queda mucho por hacer y en esa senda está la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

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



**“ la situación
sobre los Derechos
Humanos en salud
mental ha cambiado
poco en los últimos
diez años ”**

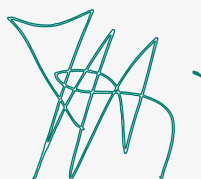


En SALUD MENTAL ESPAÑA, desde luego, no nos vamos a rendir. Prueba de ello, es que la **línea 1** de nuestro recién estrenado **Plan Estratégico 2024-2028**, se centra en **la defensa de derechos, la lucha contra el estigma e incidencia política**.

Quisiera apelar a la colaboración ciudadana trasladando denuncias y demandas al **Observatorio de Derechos, Salud Mental e Igualdad**. Una poderosa herramienta para recopilar datos e información que nos permitirán tener una base sólida para llevar nuestras reivindicaciones y demandas a las Administraciones públicas.

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

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



Presidente
de SALUD MENTAL ESPAÑA



Reflexión previa

Es urgente construir otra forma de relacionarnos, llamando a la acción para desarrollar redes de gobernanza local y sistemas comunitarios que democratizen la pertenencia, promuevan la responsabilidad colectiva, y se ajusten a una interdependencia que es rasgo principal de la naturaleza humana. Las personas necesitan de las personas, porque somos frágiles, aunque los medios de comunicación y las redes sociales nos quieran vender lo contrario: el espejismo de la felicidad permanente y el mantra de la autosuficiencia del «si quieres, puedes». No, no siempre lo que se quiere, se puede. Con el pretexto de la eficiencia y la justificación en la falta de medios o la precariedad de los recursos, aceptamos lo inaceptable y asumimos como irremediables realidades sobre las que, simplemente, no nos hemos detenido a pensar. La monetización de la vida humana, la inmediatez del cortoplacismo, la ausencia de un debate público que trascienda la autoafirmación y el objetivo prioritario de maximizar la rentabilidad perpetúan un enfoque esencialmente capacitista y restrictivo de los derechos y libertades de las personas con problemas de salud mental que deja poco margen para explorar la sostenibilidad de otros mundos verdaderamente posibles.

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

**No actuar decididamente
en pos de la justicia,
por difícil que sea,
nos lleva a cometer
lo que Cicerón denominó
injusticia pasiva**

Martha C. Nussbaum
La monarquía del miedo

¿Qué hemos detectado?



1

Obligaciones generales

Artículo 4 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta

Sinhogarismo y salud mental

La imposibilidad de acceder a una vivienda es uno de los grandes males de nuestro tiempo y provoca que **se haya producido un incremento del número de personas que, carentes de recursos, se encuentren viviendo en la calle. Esta situación, que produce ya de por sí problemas de salud mental, contribuye al agravamiento de los que se tuvieron previamente.** Es una situación que está asociada a otro problema fundamental como es el acceso y mantenimiento del empleo, un derecho especialmente inaccesible para las personas con problemas de salud mental.

Cuando se piensa en sinhogarismo, inmediatamente nos viene a la mente el recurso de los albergues, pero estos no son lugares seguros ni adecuados para atender las necesidades de las personas con

discapacidad psicosocial. **África**, de 52 años, los conoció cuando con 47 perdió su empleo en una empresa de limpieza tras diagnosticarle cáncer. Al perder el trabajo, su situación económica, naturalmente, empeoró, hasta el punto de que el banco la desahució y se quedó en la calle. «Para mí fue desgarrador quedarme sin hogar.

Cuando se piensa en sinhogarismo, inmediatamente nos viene a la mente el recurso de los albergues, pero estos no son lugares seguros ni adecuados para atender las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial.

El mismo día en que nació mi nieta, me quedé sin casa», recuerda África, quien a raíz del desahucio comenzó a desarrollar trastornos mentales, que la vida sin un hogar fue agravando: «Tuve una tentativa de suicidio». En [ASAENES Salud Mental Sevilla](#), entidad del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, recibe los apoyos y recursos que necesita para poder reorientar su vida.¹

Según los últimos datos del INE, en los últimos 10 años se ha producido en España un incremento del 25 % en el número de personas sin hogar. La potenciación de **modelos centrados en la vivienda** ha reducido, como se señala desde RED FACIAM: Hogar, Futuro y Comunidad, de ámbito estatal (en adelante, RED FACIAM, la incidencia y el debate sobre el sinhogarismo a un elemento exclusivo de privación material y de falta de acceso a un derecho. **Sin embargo, para el abordaje de este grave problema no se está teniendo en cuenta otro elemento esencial como es el de la salud mental**, el cual permite enmarcar el cuadro descriptivo de la exclusión desde un enfoque mucho más complejo, centrado en la persona, y, por tanto, más ajustado a una realidad.

RED FACIAM subraya la acuciante necesidad de abrir la perspectiva al **abordaje de la salud mental del conjunto de la población**, un enfoque que va más allá de la «enfermedad diagnosticada» y alcanza a aspectos como el **«sinhogarismo oculto»**, tanto en su faceta vinculada a la exclusión residencial —que puede conducir al sinhogarismo

más grave—, como a la que tiene que ver con las personas que, una vez solventado el acceso a una vivienda, desaparecen del **«paradigma de la intervención y el acompañamiento»**. Desde RED FACIAM subrayan que, una vez cubiertos los gastos residenciales, los índices de pobreza monetaria en España son muy elevados y cualquier pequeña crisis convierte en personas sin hogar a grandes grupos de población que carecen de soportes vitales para la supervivencia en el medio y largo plazo. Sin embargo, gran parte de las intervenciones que se realizan ponen en el centro la consecución de una vivienda o un espacio residencial y, una vez conseguido, los niveles de acompañamiento social tienden a descender y minimizar el conjunto de procesos vinculados al sinhogarismo.²

Además, existe el problema de la no utilización de prestaciones, servicios públicos o programas sociales por parte de aquellos que cumplen criterios de elegibilidad. Esto constituye una **brecha de cobertura o lo que se conoce como non take-up**. Es decir, se produce una infrautilización de las oportunidades disponibles y, potencialmente, merma la efectividad de las acciones sociales impulsadas por las Administraciones públicas, tanto por desconocimiento de la propia norma, como por renuncia del trámite durante el proceso, debido a su dificultad o a la falta de acompañamiento de la Administración, así como por los obstáculos y las barreras burocráticas que dicho proceso implica.³

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

2. *Ibid.*

3. Ayuso Leno, M. E. (coord.). (2022-2023). [Más Allá de la Vivienda](#). RED FACIAM.

Por tanto, hay que abordar el problema urgentemente y pensar en soluciones. Una de ellas sería el **modelo Housing first**. Este modelo invierte el planteamiento tradicional de afrontar el 'sinhogarismo', ofreciendo a la persona, como primer recurso, una vivienda, en lugar de obligarla a ir superando pasos: de la calle a un albergue, después a un alojamiento temporal y, por último, una vivienda permanente a la que un alto porcentaje de las personas no llega porque el proceso es demasiado largo.⁴ La experiencia de **Carmen Flores Barrul**, de 51 años, es una de las muchas que certifica este éxito del modelo *Housing First*. El maltrato en su infancia le dejó importantes secuelas en su salud mental, que la situación de calle ha empeorado, provocándole

El modelo *Housing first* invierte el planteamiento tradicional de afrontar el 'sinhogarismo', ofreciendo a la persona, como primer recurso, una vivienda, en lugar de obligarla a ir superando pasos hasta lograr una vivienda permanente a la que un alto porcentaje de las personas no llega porque el proceso es demasiado largo.

una discapacidad reconocida del 67 %. Sin estudios, sin saber leer ni escribir, ha sustentado gran parte de su vida en los hurtos para poder comer y sobrevivir. Después de 34 años viviendo en la calle, lleva cinco en una vivienda que le ha proporcionado Hogar Sí, donde convive con su pareja y su perro. Durante estos cinco años, Carmen no ha faltado a una visita con su psiquiatra y no ha sufrido ninguna crisis. Tener esta casa le ha proporcionado una estabilidad, no solo material sino también, y, sobre todo, mental y emocional.⁵

Las vidas de África o de Carmen son, lo creamos o no, ejemplos de lo que nos podría ocurrir a cualquiera, porque todas las personas estamos en riesgo de desarrollar un trastorno mental y porque el sinhogarismo es resultado de un fallo estructural del sistema. Estas vidas revelan también la necesidad de adoptar un enfoque de género y, para ello, como señala RED FACIAM, es preciso profundizar en los indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS (privacidad personal, control de quién entra y quién sale, y sensación de que su vida no corre peligro). Esto es clave si se desea tener una visión multidimensional sobre la exclusión residencial de las mujeres que vaya más allá de los recuentos nocturnos que se ofrecen en toda España y dejan fuera a un ingente número de personas que se encuentran en situación de vivienda insegura o vivienda inadecuada. Desde ahí, tomando como referencia la vivienda insegura como categoría de análisis, se puede poner el foco de atención en la dimensión psicosocial si se quieren comprender mejor las trayectorias

4. *Ibid.*

5. *Ibid.*

de sinhogarismo de las mujeres.⁶ Por lo tanto, hace falta tener una mirada capaz de visualizar en toda profundidad la multiplicidad de relatos o historias de vida de las personas sin hogar en toda su dimensión y hacerlo siempre desde un triple ángulo: estructural, comunitario e individual.⁷

Además, RED FACIAM, destaca otro aspecto como es el incremento de las personas migrantes dentro de los sistemas de

atención a personas sin hogar, un ámbito en el que toda la asistencia está más centrada en la falta de facilidades para la regularización administrativa que en las consecuencias del propio hecho migratorio en la salud mental de las personas. También esta entidad pone el énfasis en las personas jóvenes, un colectivo que había estado poco presente en el sinhogarismo y que, lamentablemente, comienza a despuntar.⁸



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

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

8. *Ibid.*



Recomendaciones



En materia de sinhogarismo. Siguiendo lo señalado por RED FACIAM

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

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

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

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

4. Desarrollar un abordaje psicoterapéutico que ofrezca un marco de comprensión, análisis y herramientas de trabajo ante la incertidumbre y pérdida de sentido que pueden padecer personas jóvenes que, incluso habiendo ya pasado por periodos de institucionalización previos, o de vulnerabilidad en su infancia, viven el abordaje del futuro y de sus proyectos vitales con una especial carga estresora.
5. Explorar en profundidad la figura de los mentores y las mentoras como herramienta psicosocial entre las personas jóvenes que permita el acompañamiento en un momento de construcción vital.

6. Generar programas de incentivo para la contratación y la ayuda a la incorporación laboral de jóvenes en exclusión socioresidencial.
7. Crear recursos específicos para las y los jóvenes, a fin de evitar que entren en mecanismos de atención al sinhogarismo que no están pensados para ellos y ellas.
8. Flexibilizar los tiempos de permanencia en recursos residenciales y vincular las salidas al cumplimiento de hitos y procesos, más que a normas de funcionamiento o plazos de estancia en los servicios de manera preestablecida. Esta flexibilización puede ser también una manera práctica de reducir la incertidumbre.
9. Apostar por programas específicos de integración comunitaria que sirvan de complemento a los programas centrados en la vivienda. Solo de esta manera, una vivienda, un espacio residencial, adquiere la verdadera consistencia para ser considerado un hogar, ya que el derecho a tener una comunidad es un pilar, nos atrevemos a decir, tan sustancial, como el derecho a la vivienda. El acceso incondicionado a una última red de prestaciones públicas tendería a eliminar el efecto del *non take-up* que se da entre las personas con la máxima exclusión social.
10. Prestar especial atención al fenómeno de feminización del sinhogarismo, que se desarrollará en el apartado 3 de este documento.

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

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

2

Derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación

Artículo 6 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



Feminización del sinhogarismo

Según el estudio «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria», la **base empírica sobre el sinhogarismo femenino en Europa está menos desarrollada que en el caso de los hombres sin hogar**.¹ Entre otros aspectos, el trabajo elaborado por Gandarias Goikoetxea, Navarro Lashayas y García Cidll, pone de relieve que los estudios sobre sinhogarismo femenino apuntan a una realidad que no está en el foco de atención en esta materia y es la que tiene que ver con cómo las mujeres utilizan en mayor medida estrategias relacionales para no acabar a la intemperie, como pueden ser la petición de ayuda a familiares y

amistades, pero también la de tener sexo a cambio de un alojamiento (Layna *et al.*; 2020; Matulic *et al.*; 2019).² Esto último, señalan, es juzgado muchas veces desde las instituciones sociales como una degradación moral de las mujeres por transgredir los roles sociales que les son asignados culturalmente, cuando debería contemplarse esta estrategia desde una mirada de agencia y no de mayor vulnerabilización de las mujeres, más aún si se tiene en cuenta el mayor riesgo de sufrir violencia que tiene este sector de población. De ahí, la importancia de incidir y profundizar en la citada **categoría ETHOS de vivienda insegura**.³

1. Gandarias Goikoetxea, I., Navarro Lashayas, M. A. y García Cid, A. (2024). «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria». *Revista Prisma Social*, 44, 105–128.
2. Layna *et al.*; 2020; Matulic *et al.* (2019) Gandarias Goikoetxea, I., Navarro Lashayas, M. A. y García Cid, A. (2024). «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria». *Revista Prisma Social*, 44, 105–128.
3. Edgar y Meert, (2005) Gandarias Goikoetxea, I., Navarro Lashayas, M. A. y García Cid, A. (2024). «Sinhogarismo encubierto en mujeres en situación de exclusión social grave: Una investigación exploratoria». *Revista Prisma Social*, 44, 105–128.

Ante este panorama, la convergencia de desigualdades emerge como un factor crítico en el sinhogarismo femenino, destacándose la creciente presencia de mujeres y migrantes. Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022) revelan que las mujeres constituyen el 23,3 % de la población sin hogar en España, mientras que la población migrante extracomunitaria representa el 41,6 %. Dentro de esta última, un 37,2 % son mujeres, marcando así una intersección crucial que exige una atención inmediata. Además, la Estrategia Nacional para la Lucha contra el Sinhogarismo en España 2023-2030 revela que el número de mujeres jóvenes de menos de 29 años en esta situación ha aumentado un 36,1 % en los últimos 10 años.⁴

En este mismo sentido, diversos estudios como el Informe de la RED FACIAM, destacan que **el 60 % de las mujeres en situación de sinhogarismo han sido víctimas de algún delito**, principalmente delitos sexuales. Según Cruz Roja, el 21 % ha sufrido agresiones sexuales, el 20 % ha sufrido acoso o persecución, y el 35 % ha vivido humillaciones.⁵

Raluca Budian —investigadora postdoctoral del Instituto de Innovación Social de Esade y del Observatorio de la Vivienda Digna— y Susanna Salvador —directora asociada del mismo Observatorio— destacan que este fenómeno está intrínsecamente vinculado con la feminización de la pobreza, donde las desigualdades de género ejercen una presión desproporcionada sobre las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.⁶



Sobrecarga mental de las mujeres y trabajo

El estudio de la consultora Deloitte «Mujeres en el trabajo 2024» **revela los crecientes niveles de estrés y la mala salud mental entre las mujeres**,⁷ encontrándose entre los factores que los ocasionan: estrés y largas jornadas laborales, mayor carga de **responsabilidades en las tareas del hogar**, sometimiento a una situación de **inseguridad en el puesto de trabajo**, trabajo con **dolor** (problemas de salud relacionados con la menstruación, la menopausia o la fertilidad), etc.

Por ello, se precisan **políticas híbridas y de regreso a la oficina; flexibilidad y equilibrio entre vida personal y laboral; así como más líderes de igualdad de género**, ya que se ha advertido que la cultura empresarial parece obstaculizar la retención y el avance profesional de las mujeres.

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

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

7. Deloitte Global. (2024). *Women @ work 2024: a global outlook*. Deloitte Global. Revistaeyn.com. (10 de junio, 2024). «Estudio: Estrés y largas jornadas afectan cada vez más la salud mental de las mujeres». *Revistaeyn.com*.



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

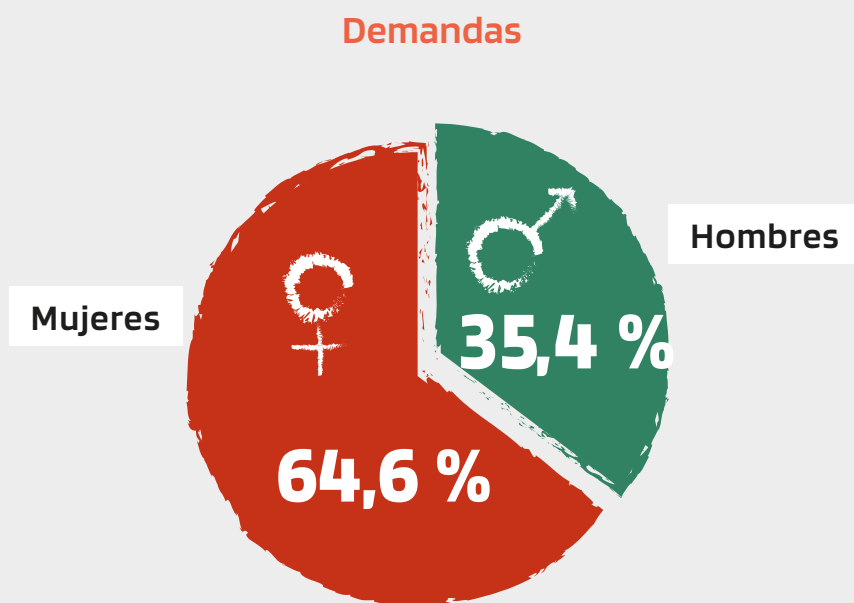
La igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres constituye, para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la principal herramienta en la lucha contra las desigualdades estructurales basadas en el género y, por tanto, un aspecto fundamental en la atención y cuidado de la salud

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



Porcentaje de demandas atendidas

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



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

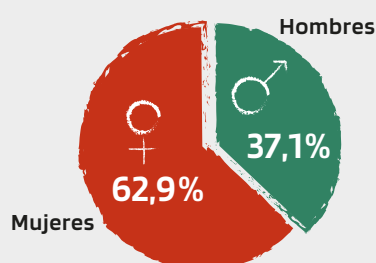


Perfil de las personas demandantes de asesoramiento

A la hora de estudiar el perfil de las personas que utilizan el Servicio de Asesoría Jurídica, se han tenido en cuenta los siguientes aspectos: ► Se trata de una persona con problemas de salud mental. ► Se trata de una persona vinculada afectivamente a otra con problemas de salud mental por lazos de familia o de otro tipo (padre o madre, hijas/os, hermanas/os, cónyuge o pareja, etc.) Entre las consultas efectuadas, los porcentajes según su perfil son los siguientes:

64,6 %

personas con problemas de salud mental



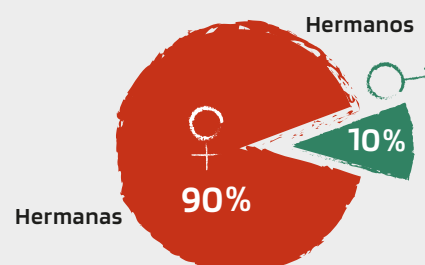
10,4 %

madres o padres



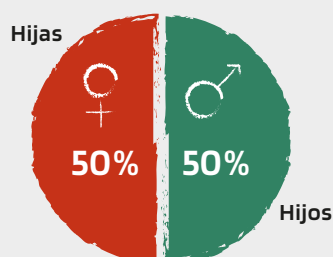
11,5 %

hermanas o hermanos



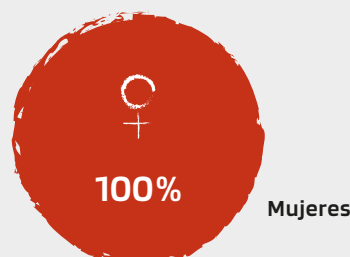
4,1 %

hijos e hijas



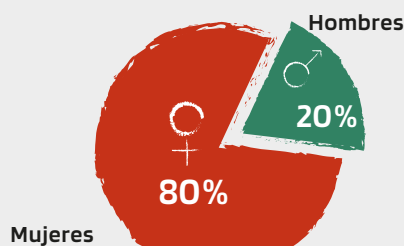
2,1 %

sobrinas



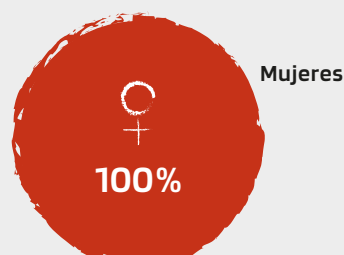
5,1 %

técnicos o técnicas externas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA



2,1 %

otras categorías



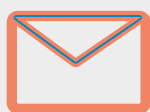
Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Modo de acceso al servicio

Durante el año 2024, las consultas realizadas al Servicio de Asesoría Jurídica se atendieron por dos vías en función de la naturaleza o complejidad de la demanda: telefónica o email. Las consultas vía email representaron el 72,9 %. Por su parte, las telefónicas constituyeron un 27,1 %. De las primeras, un 57,2 % fueron efectuadas por mujeres y un 42,8 % por hombres. De las segundas, un 88,5 % fueron realizadas por mujeres y un 11,5 % por hombres.

72,9%

Consultas
por e-mail



57,2%
Mujeres



42,8%
Hombres

27,1%

Consultas
por teléfono



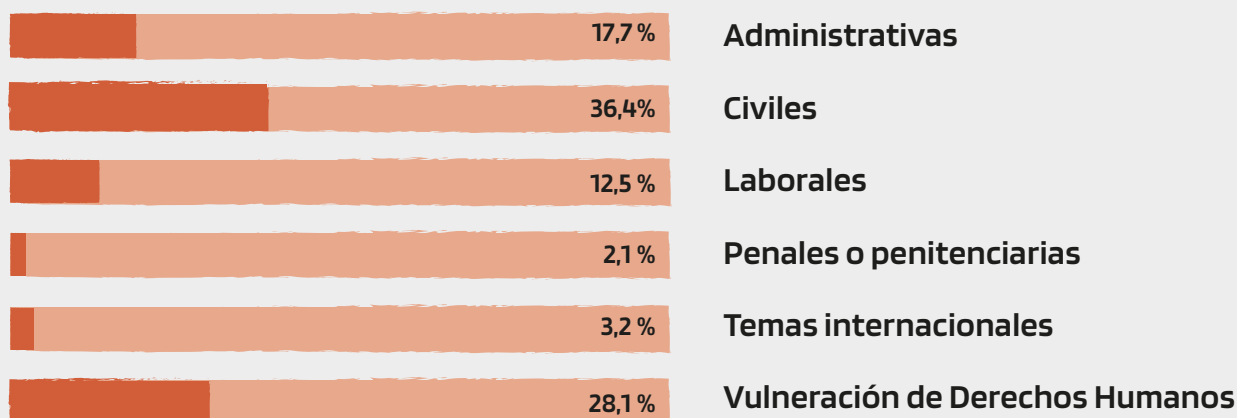
88,5%
Mujeres



11,5%
Hombres

Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Tipos de demandas planteadas



Fuente: Cuestionarios internos Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA



Denuncia

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

Los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid excluyen a las mujeres con problemas de salud mental, tal y como se ha podido comprobar en la [Guía de prestaciones de servicios sociales y educativos del Ayuntamiento de Madrid](#), donde se advierten diversos ejemplos de exclusión.

- ➔ En materia de violencia de género, las mujeres con problemas de salud mental son excluidas de los recursos destinados a la atención psicosocioeducativa para mujeres y sus hijos/as víctimas de violencia de género en pareja/expareja; viviendas de semiautonomía para víctimas de violencia de género y puntos municipales del observatorio regional de la violencia de género.
- ➔ En materia de violencia y explotación sexual o trata. Si las víctimas tienen problemas de salud mental, no tienen permitido el acceso a la atención destinada a las víctimas de estas graves vulneraciones de derechos humanos y, en consecuencia, tampoco sus hijos e hijas, y personas dependientes a cargo, ni a los recursos residenciales previstos en tales casos (como alojamiento protegido, piso semiautónomo o centro de emergencia).
- ➔ La exclusión se extiende a mujeres sin hogar en situación de grave exclusión y a las personas mayores, si tienen problemas de salud mental.



Buena práctica

Desde un enfoque de derechos humanos, las mujeres rurales con problemas de salud mental tienen que hacer frente a un entramado de discriminaciones múltiples, derivadas de su condición de mujeres (género), su entorno rural y la estigmatización a la que están sometidos los problemas de salud mental. Iniciativas como el *Proyecto JULIA: Mujeres Rurales y Salud Mental*, desarrollado por la Federación Salud Mental Castilla y León, han demostrado ser un pilar fundamental para promover el empoderamiento, romper con el

aislamiento y mejorar el bienestar de estas mujeres.

La promoción de los derechos humanos no solo implica abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres rurales, sino también generar cambios estructurales que transformen los sistemas que perpetúan estas desigualdades. JULIA representa un modelo tangible de cómo intervenciones basadas en derechos humanos pueden lograr un impacto significativo y sostenible.





Recomendaciones



Incorporar los mandatos de género al ámbito de la salud mental

Esto implica un **compromiso público** en torno al reconocimiento del diferente impacto de las violaciones de derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en relación con el hecho de ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo.



En el ámbito sanitario

1. Adopción de un **enfoque de género en el sistema de salud que cuestione la ciencia y la práctica médica a la luz de los condicionantes que perjudican la salud** por razón de ser mujer u hombre.
2. Impulso desde los poderes públicos de **campañas en torno a los mitos relacionados con la maternidad, su interacción con la salud mental y disposición de medios que mejoren la salud mental de las mujeres en todos los procesos relacionados con ella**, lo cual, entre otros aspectos, incluye:
 - Recabar datos sobre salud mental materna.
 - Impulsar la concienciación social y la visibilización de la salud mental materna.
 - Crear recursos que promuevan la prevención y detección de los problemas de salud mental materna desde la atención primaria, creando recursos para un adecuado tratamiento de problemas que puedan surgir como: depresión post parto; duelo gestacional y perinatal (muerte del bebé en el útero o en el parto); efectos psicológicos de la violencia machista, etc.
 - Crear protocolos de seguimiento a nivel nacional de la salud mental materna desde el embarazo, recursos psicoterapéuticos y unidades madre-bebé en los hospitales.
 - Diseñar espacios donde las mujeres puedan exponer abiertamente todo lo que les afecte y preocupe en relación con la maternidad y la salud mental, dentro de un ambiente de confianza y libre de prejuicios.
3. Proveer **recursos para las mujeres sin hogar con problemas de salud mental**, orientados a la prevención y atención de las violencias sexuales.



4. 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).
5. Establecer **equipos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente**.



En el ámbito de los servicios sociales

1. **Establecer mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y los servicios de protección a la infancia y a la adolescencia**, en el caso de que los problemas de salud mental de las madres, debido en muchos casos a las carencias de recursos de atención, incidan en las funciones de guarda y cuidado y sean la causa del desamparo del niño o la niña; y ello con el fin de procurar a la madre la asistencia apropiada para el desempeño de las funciones de cuidado y los recursos necesarios para garantizar la reintegración familiar.⁸



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



En el ámbito del empleo

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



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

- 1. Proporcionar formación sobre recursos especializados en violencia** a todas las personas profesionales que hacen atención directa a mujeres con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial).
- 2. Incluir formación y recursos especializados en materia de violencia contra las mujeres con problemas de salud mental** en todos los recursos destinados a violencia de género, con el fin de que estas no se queden fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica especializada en violencia.
- 3. Designar psiquiatras de referencia que trabajen con los servicios de atención psicológica especializada** en violencia y **que atiendan de forma preferente** cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia.
- 4. Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia** entre diferentes instituciones.
- 5. Incluir la violencia contra las mujeres con problemas de salud mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.**
- 6. 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.
- 7. Incluir, en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales** —dependencia, desprotección, riesgo de exclusión—, **la violencia en el ámbito de la pareja**, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia y **registrando también la existencia o sospecha de problemas de salud mental.**
- 8. 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.
- 9. Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral**, que adapte las respuestas a las necesidades de cada mujer, contempladas desde un enfoque interseccional.
- 10. Realizar guías específicas de atención y prevención de violencia de género y mujeres con problemas de salud mental.**



En el ámbito del sinhogarismo

1. Crear instrumentos con perspectiva de género que permitan recabar datos e incluyan indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS, incorporando preguntas relacionadas con la privacidad personal y la seguridad del hogar en las encuestas y estudios generales que se realizan sobre personas sin hogar.
2. Diseñar e implementar de manera urgente políticas de prevención eficaces que promuevan la detección temprana y eviten que las personas caigan en situaciones de exclusión residencial más severa, en coherencia con la clasificación mencionada.
3. Abordar tanto la falta de alternativas de vivienda como la violencia de género de manera integrada.
4. Adoptar un enfoque holístico y comprensivo para desarrollar soluciones efectivas, protegiendo a estas mujeres de la necesidad de desplegar estrategias de supervivencia perjudiciales.



En el ámbito rural

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

Testimonio de Adela Montaña,

representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA⁹

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

Testimonio de Elisabet Lemos,

representante de la Red Estatal de Mujeres de SALUD MENTAL ESPAÑA¹⁰

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

9. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (08/03/2024). «Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/sala-prensa/campana-dia-mujer-salud-mental-perinatal/>

10. *Ibid.*

3

Derechos de los niños y las niñas

Artículo 7 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



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

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

integral del desarrollo infantil, tanto a nivel sociofamiliar como cognitivo.¹

En su [Plan Integral de Salud Mental 2013-2030](#), la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de los y las adolescentes experimentan problemas de salud mental en todo el mundo y **la mitad de todos los problemas de salud mental comienzan antes de los 14 años**. Como señala el documento *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia 2023-2024*, elaborado por UNICEF ESPAÑA, **la salud mental es un componente esencial del bienestar integral de los niños, niñas y adolescentes**, especialmente durante la adolescencia, una etapa de desarrollo crítico en la que se consolidan habilidades emocionales, sociales y cognitivas. Este estudio

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

desprende datos muy interesantes para conocer **la situación de la salud mental de las personas jóvenes que viven en España**. Destaca que el 41,1 % de las personas jóvenes de entre 13 y 18 años manifiesta o cree haber tenido un problema de salud mental en el último año, más de la mitad (51,4 %) no ha pedido ayuda, y 1 de cada 3 no ha hablado con nadie sobre estos problemas. Más de la mitad cree que es mejor dejar que el tiempo pase y por ello evitan pedir ayuda. El 56 % no busca soporte en su centro educativo porque no confía en las figuras del profesorado u orientación. 4 de cada 10 no pide apoyo porque no sabe lo que le pasa y porque no sabe a quién o dónde acudir. Únicamente entre el 2 % y 5 % de las personas encuestadas está de acuerdo o totalmente de acuerdo con creencias negativas sobre las personas con problemas de salud mental.²

A la luz de la información publicada por la OMS en el Plan Integral antes mencionado, el Defensor del Pueblo en su informe anual 2023 (publicado en 2024), subraya que «es efectivo emprender en la infancia acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en este sector de población». Esta institución revela también que «los datos publicados por el Observatorio del Suicidio en España ofrecen un **alarmante incremento de suicidios adolescentes**», de modo que «si en 2021 preocupaba el alto número de suicidios infantiles (22 menores de 15 años), en 2022 el suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones, ha aumentado con 75 suicidios frente a los 53 acaecidos en 2021». Por ello, considera

El 41,1 % de las personas jóvenes de entre 13 y 18 años manifiesta o cree haber tenido un problema de salud mental en el último año, más de la mitad (51,4 %) no ha pedido ayuda, y 1 de cada 3 no ha hablado con nadie sobre estos problemas.

que es esencial seguir incidiendo en la **prevención de los problemas de salud mental** y conductual en las aulas, y en la formación dirigida tanto al profesorado como a quienes se encargan de la tutela legal de las personas menores. El Defensor del Pueblo aboga por «la **acción conjunta y coordinada del centro educativo**», así como «una intervención multidisciplinar, la familia y los servicios sanitarios especializados».³

Por otra parte, el estudio de *Cyber Guardians, Uso de Internet y enfermedad mental en niños y adolescentes en España 1997–2021*, destaca que desde 2012 se ha producido un aumento significativo de los problemas de salud mental en jóvenes menores de 20 años, sobre todo en niñas y se evidencia también un incremento de tendencia en los patrones de suicidios. Incluye como conclusión la «relación causal, no meramente de correlación, **entre el deterioro de la salud mental en niños, niñas y adolescentes y el uso indiscriminado, sin control, de Internet**, en especial desde dispositivos móviles avanzados (*smartphones*, tabletas) para el acceso a redes sociales

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

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

y servicios digitales, diseñados para ser adictivos, ya que sus modelos de negocio se basan en monetizar la atención captada a sus usuarios mediante la explotación publicitaria y/o de los propios datos de los usuarios».⁴

Ante estas y otras preocupantes informaciones, en el Día de la Pediatría 2024, la Asociación Española de Pediatría (AEP) lanzó un llamamiento urgente para enfrentar el que ya se califica como **uno de los desafíos sanitarios más grandes de nuestro tiempo: la salud mental infantil y adolescente.**⁵

Desde 2012 se ha producido un aumento significativo de los problemas de salud mental en jóvenes menores de 20 años, sobre todo en niñas y se evidencia también un incremento de tendencia en los patrones de suicidios.



4. Cyber Guardians. (2024). Uso de Internet y enfermedad mental en niños y adolescentes en España 1997 – 2021. Cyber Guardians.
5. Asociación Española de Pediatría (AEPED). (8 de octubre, 2024). Día de la pediatría 2024. Asociación Española de Pediatría (AEPED).



Falta de prevención, futuro hipotecado

Los recursos en materia de salud mental infanto-juvenil constituyen una brecha de tal magnitud que se manifiesta como una quiebra que atraviesa todo el sistema sociosanitario, cuyo presupuesto se habrá de incrementar para atender los graves problemas derivados de la ausencia de medidas preventivas. Desde el ámbito de la psiquiatría se sigue incidiendo en la

vital importancia de la atención temprana, pero el sistema público sigue mostrando su total incapacidad para realizar una intervención eficaz y efectiva a partir de medidas que permitan actuar en consecuencia de manera preventiva y no reactiva. Las consecuencias de esta falta de atención se revelan en toda su magnitud —demasiadas veces—, con fatales desenlaces.



Protección contra la violencia, abuso y acoso

La *Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia*,⁶ aprobada en 2022 por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, reconoce que «España debe tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para garantizar el derecho del niño, niña o adolescente a desarrollarse libre de cualquier forma de violencia, perjuicio, **abuso físico o mental**, descuido o negligencia, malos tratos o explotación». Destaca este mismo documento que, según datos recogidos en el sistema de Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), «cuando se analizan las diferentes formas de violencia, la más notificada es la negligencia, seguida por la **violencia emocional**, la violencia física y la violencia sexual».

Esta estrategia señala como actores responsables a la Administración General del Estado, Ciudades y Comunidades Autónomas, Municipios, Entidades Sociales y Empresas. En los indicadores, establece que se han de considerar aspectos como el desarrollo de un sistema de análisis de riesgos de cada uno de los entornos de los

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

Cuando se analizan las diferentes formas de violencia, la más notificada es la negligencia, seguida por la violencia emocional, la violencia física y la violencia sexual.

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



Denuncias

Falta de recursos especializados en los servicios autonómicos de salud

El documento *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*,⁷ publicado por el Defensor del Pueblo en 2024, denuncia que **«la falta de recursos especializados, propios o concertados, en los servicios autonómicos de salud** ha hecho que el seguro escolar sirva como alternativa para dar respuesta a las necesidades de tratamiento psiquiátrico intensivo en el caso de adolescentes y jóvenes».

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

La carencia de atención especializada aboca en muchos lugares al **ingreso de las personas menores en unidades de adultos**, aplicándose medidas de aislamiento, contención mecánica y medicación forzada, con el terrible impacto que eso deja en su salud mental. Aun así, ni siquiera la apertura de centros especializados llega a cubrir la tradicional pobreza asistencial en materia de salud mental infanto-juvenil. Esto genera desconfianza en el sistema sanitario y una agudización de los trastornos.⁸ Existe otro tipo de medidas menos lesivas para los derechos de niños, niñas

y adolescentes, pero para ello es preciso aplicar un nuevo paradigma de cuidados, creado en torno a la dignidad de la persona y basado en la atención individualizada, en la motivación y en la ausencia de sujeciones (la llamada **Norma Libera-Carre**).⁹ En el peor de los casos, cuando la persona se encuentra ingresada, se trata de proveer la mayor seguridad y confort a las unidades hospitalarias de psiquiatría, conforme a la **estrategia Safewards**, tratando de buscar la conexión emocional con la persona.¹⁰

7. Defensor del Pueblo. (2024). *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*. Defensor del Pueblo. <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2023/>

8. Augusto, D. (5 de junio, 2024). «Psiquiatría de adultos es un infierno para los niños», afirma una madre sobre la nueva unidad del hospital». Vigoe. <https://www.vigoe.es/vigo/local/psiquiatria-de-adultos-es-un-infierno-para-los-ninos-afirma-un-padre-sobre-la-nueva-unidad-de-hospitalizacion/>

9. Portos Villar, J. (29 de junio, 2021). «El futuro de los cuidados pasa por el abandono de las medidas restrictivas». SOM 360. <https://www.som360.org/es/monografico/dd-hh-salud-mental/articulo/futuro-cuidados-pasa-abandono-medidas-restrictivas>

10. Tobalina, A. (18 de febrero, 2024). Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: «Pero ¿qué estáis permitiendo que me hagan?!». 20 minutos. <https://www.20minutos.es/noticia/5219071/0/lidia-joven-cuatro-intentos-suicidio-dos-veces-atada-cama-hospital-pero-que-estais-permitiendo-hagan/>



Buena práctica

'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género¹¹

Cumplidos cuatro años desde su lanzamiento, 'Emoteca' —una **plataforma interactiva** que colabora en el desarrollo de una emocionalidad dotada de recursos desde la niñez—continúa brindándose de manera gratuita para niños, niñas y adolescentes. Esta herramienta planteada en el marco del programa 'Educación inclusiva. Salud mental positiva' —coordinado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y financiado por el Ministerio de Derechos

Sociales, Consumo y Agenda 2030— **promueve el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales** para responder positivamente a las demandas que presenta la vida cotidiana. Está **pensada para un alumnado de entre 8 y 12 años** (agrupado, a su vez, en grupos de 8 a 10 años, y de 10 a 12 años), aunque está abierta a otras edades, si así se requiere.



Portada de la Emoteca

11. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (24 de octubre, 2024). 'Emoteca' sigue potenciando habilidades emocionales, y suma contenido con perspectiva de género. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/emoteca-habilidades-emocionales-contenido-perspectiva-genero/>



Recomendaciones

En este apartado recopilamos las reivindicaciones efectuadas en años anteriores por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA¹² y que, por no haberse detectado avances al respecto, siguen siendo pertinentes, así como las publicadas en 2024 por UNICEF España en el documento *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.¹³

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

Los **problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes** forman parte integral de su desarrollo, tanto a nivel sociofamiliar como cognitivo, y **han ido en aumento en los últimos años**.¹⁴ Ante este panorama, cuando una persona menor requiere **asistencia especializada en salud mental**, el camino hacia esta se convierte en una auténtica carrera de obstáculos. El primero de los retos para afrontar es el de la **detección temprana**, de hecho, la **prevención prenatal** es una cuestión todavía prácticamente inexplorada a efectos prácticos, aunque se conozca de su importancia vital a nivel científico.¹⁵

El siguiente reto es el de la **saturación del Sistema de Salud Mental y la falta de personal sanitario especializado**.¹⁶ 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**

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

<https://www.observatoriorederechosaludmental.org/estado-derechos-humanos-salud-mental/>

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

<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Barometro-Resumen-Ejecutivo.pdf>

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

15. *Ibid*

16. *Ibid*.

psicosocial y del acceso a servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.^{17,18} Así, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental actualizado sigue insistiendo en la necesidad de adoptar un enfoque que abarque toda la vida y para ello es preciso una red especializada y perfectamente estructurada. En coherencia con lo anterior, se requiere:

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

Esto implica:

- a. Reforzar los **programas y servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud y en los sistemas sanitarios autonómicos**. Esto supone asegurar **recursos suficientes y especializados** y mejorar los **mecanismos de coordinación dirigidos a la prevención, la detección precoz y la atención de calidad**. Como elemento central se debe garantizar que estos servicios sean accesibles en todas las regiones del país, tanto en áreas urbanas, como rurales, lo que requiere, al menos:
 - Promover y consolidar la **perspectiva preventiva** de la salud mental en la Atención Primaria y en los sistemas sanitarios autonómicos. Es necesaria una mayor integración y desarrollo de los programas de prevención y detección precoz dirigidos a niños, niñas y adolescentes, asegurando que ellos y ellas, así como sus familias, reciben apoyo especializado antes de que los problemas se agraven. Todo ello, en consonancia con la **línea estratégica 5 de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, dedicada a la salud mental en la infancia y en la adolescencia (período 2022-2026), que persigue:
 - Promover la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades.
 - Atender a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
 - Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.

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

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276423/A71_19Rev1-en.pdf?sequence=1

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

- **Identificar** a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental y ofrecerles tratamiento y apoyo adecuados, así como derivar, según corresponda, a otros niveles de atención.
 - Impulsar la creación de mecanismos de **información actualizada, no sesgada y con perspectiva de género** orientada a la importancia del cuidado de la salud mental, así como de los factores de riesgo del consumo de drogas y su posible relación con los trastornos mentales.
 - Impulsar **políticas de atención a los factores sociales de riesgo** que tienen una incidencia clara en la salud mental de los niños, las niñas y su entorno social: exclusión social, pobreza, etc.
 - Aplicar **medidas de diagnóstico y detección precoz de problemas de salud mental de eficacia reconocida**, coordinadas con otras disciplinas en patologías graves y situaciones de alto riesgo en las distintas etapas del desarrollo.¹⁹
 - Proporcionar una **intervención temprana a través de programas psicosociales basados en la evidencia y otras intervenciones no farmacológicas basadas en la comunidad**, evitando la institucionalización y medicalización.
 - Disponer recursos para prevenir **conductas adictivas con o sin sustancia** (ciberadicción y ciberacoso).
 - **Formar al personal sanitario y docente en detección temprana**, así como en **mecanismos de coordinación**.
 - **Formar en detección temprana** de problemas de salud mental a las personas que, en el entorno del deporte y del ocio y tiempo libre, tengan un contacto habitual con las personas menores de edad.
 - Elaborar **planes de formación a pediatras para que detecten el problema del Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF)**, a equipos de salud mental, a equipos de asesoramiento pedagógico y a profesores, así como dotar de recursos de apoyo a las familias afectadas.
- b.** Desarrollar una **red específica y especializada de salud mental de calidad para la atención de 0 a 18 años**, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el Estado. Esta red debe seguir el modelo de atención comunitaria y contar con las asociaciones de familiares y profesionales en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales. Esto requiere, como mínimo, lo siguiente:
- **Consolidar la especialidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil**, para llevar a cabo cualquier actuación en materia de salud mental durante la infancia y la juventud. Esto incluye aumentar el número de plazas anuales convocadas de Psicólogo Interno Residente (PIR) y también el número

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

ro de plazas anuales convocadas del MIR en la especialidad de Psiquiatría hasta la completa cobertura de las necesidades.

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

Según destaca el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en su informe *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro*,²⁰ además de lo anterior,

20. Antares (octubre, 2016). *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro*. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), Madrid. <https://www.fundacionidis.com/informes/otros-informes/reto-de-los-cuidados-sociosanitarios-intermedios-mapa-de-recursos-propuestas-de-futuro>

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

- Crear, para los casos de adopción, una **unidad especializada con equipos de intervención integral para facilitar el despliegue psíquico del niño, niña o adolescente y la relación con su familia adoptante**. Se trata de ir más allá de etiquetas diagnósticas y la medicalización para ver lo que los niños, niñas y adolescentes dicen con sus síntomas.
- Poner en marcha un **teléfono de atención a la salud mental**, exclusivo para la infancia y la adolescencia.
- Desarrollar **el conocimiento y las habilidades de los trabajadores 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 y adolescentes, entre otros: introduciendo la salud mental en los planes de estudio de pregrado y posgrado; y a través de la formación y la tutoría en materia de salud.

c. Impulsar actuaciones planificadas (normas, políticas, programas o proyectos) destinadas a alcanzar el objetivo de cero contenciones. Esto incluye:

- Adoptar medidas de mejora de la atención hospitalaria, prevención de los ingresos involuntarios y, en caso de producirse, de humanización de estos, evitando el aislamiento y, en la medida de lo posible, la separación de las figuras afectivas de las personas menores y de sus iguales.
- Promover la hospitalización a domicilio en la población infanto-juvenil.
- Promover el tratamiento psicoterápico.
- Mejorar la atención ambulatoria de salud mental en la infancia y adolescencia.
- Invertir en recursos de los Centros de Salud Mental (CSM) para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.

d. Fomentar la competencia intercultural con niños, niñas y adolescentes, identificando las posibles barreras de acceso sanitario para las personas menores y sus familias (económicas, geográficas, estigma, creencias...), entendiendo, entre otros aspectos, el impacto de la diversidad de idiomas en la adaptación y el 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).

- e. Promover **soluciones alternativas a los centros de menores cuando las y los menores tengan problemas de salud mental.**
- f. Garantizar que las **intervenciones respeten los derechos de los niños, niñas y adolescentes** de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- g. Cubrir las **necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes en situaciones de emergencia**, es decir, que han estado expuestos a desastres naturales y disturbios civiles, incluidos aquellos que han estado asociados con fuerzas armadas o grupos armados, ya que requieren una atención especial.

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

- a. Contar con **datos** oficiales actualizados, comparables y desagregados que permitan conocer la situación de la salud mental de la infancia, la adolescencia y la juventud en España, a fin de contar con unas **estadísticas oficiales** que permitan una prevención más efectiva de los problemas de salud mental y no se vean afectadas por una infradeclaración o mala clasificación de los suicidios.
- b. Incluir **módulos específicos** sobre el estado de la salud mental de la infancia y la juventud en todas las ediciones de la Encuesta Nacional de Salud.
- c. Garantizar una **periodicidad de la Encuesta Nacional de Salud** que asegure que las administraciones públicas disponen de datos fiables y un diagnóstico riguroso y multicausal que permita el diseño de soluciones concretas.



Al Ministerio de Educación y a las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas

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

Además, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha venido reclamando de manera reiterada la **implantación de una asignatura de educación para la salud, que integre la educación emocional del mismo modo que existe la de educación física**, en todos los centros educativos de España, como herramienta para prevenir el suicidio y otros problemas relativos a la salud mental.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se recomienda:

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

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

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

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

- b. Fortalecer la **definición de indicadores de riesgo** en el sistema educativo, promover actuaciones de **prevención y detección precoz** de problemas de salud mental y mejorar la **coordinación del centro educativo con las instituciones sanitarias y sociales**.
- c. Impulsar la regulación y la formación habilitante de la figura de **Coordinación de Bienestar y Protección de la Infancia**, establecida en la LOPIVI, y asegurar su adecuada implementación en los centros educativos como figura clave tanto en la prevención y en la promoción de la salud mental de los y las estudiantes, como en la coordinación con los diferentes actores de la comunidad educativa e instituciones implicadas.

2. Formar, concienciar y sensibilizar.

- a. Promover la **formación de los y las profesionales del ámbito educativo para detectar señales tempranas de problemas emocionales y actuar de manera oportuna**, brindando apoyo directo o derivando a los y las estudiantes a servicios especializados. Además, será necesario impulsar formaciones especializadas en salud mental de la infancia y la adolescencia.
- b. **Sensibilizar y formar a la comunidad educativa y al alumnado sobre qué es un problema de salud mental y su alcance**, diferenciándolo del sufrimiento emocional temporal propio de las diferentes experiencias vitales.
- c. Desarrollar **programas de alfabetización mediática informacional (AMI)** que les permitan identificar la intencionalidad de los mensajes que reciben principalmente de las redes sociales.

3. Impulsar medidas preventivas.

- a. Desarrollar **actividades de promoción y prevención en el ámbito escolar**, con carácter universal y dirigidas, que incluyan, por ejemplo: programas de vida y habilidades; programas para contrarrestar el acoso y la violencia; programas para contrarrestar la estigmatización y discriminación de las personas con problemas de salud mental (discapacidad psicosocial), sensibilizando sobre los beneficios de un estilo de vida saludable, así como sobre los riesgos del consumo de sustancias; la detección e intervención temprana con niños, niñas y adolescentes con problemas de comportamiento (incluidos los trastornos alimentarios) o trastornos del neurodesarrollo.
- b. Generar un **mecanismo de supervisión**, en el que se preste **especial atención a las situaciones de acoso escolar o bullying**. La escuela debería ser siempre un espacio en el que sentirse seguro. Sin embargo, para muchos niños y niñas su colegio o instituto se ha convertido en la fuente de un tipo de violencia.

- c. bordar la **discriminación en las instituciones educativas** y promover el pleno acceso a las oportunidades educativas y laborales.
- d. Aprobar e implementar **políticas y normas de prevención y protección a los y las menores de la violencia en las aulas**, con especial incidencia en sus consecuencias sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- e. Dotar a los centros educativos de **formación e información sobre las ideas autolíticas y pensamientos suicidas** y de ese modo estar prevenidos para posibles situaciones de crisis.

A las Administraciones públicas de ámbito estatal, autonómico y local

Los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia han ido en aumento en los últimos años y están vinculados a importantes cargas psicosociales, económicas y de salud física, tanto para los niños, las niñas y adolescentes a quienes afectan estas cargas, 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 sociofamiliar como cognitivo.²¹ Por tanto, **invertir en salud mental en la etapa perinatal, infantil y adolescente** es una forma de **invertir en el bienestar general de las personas y del conjunto de la sociedad**.

En la edición 2021 del informe Estado Mundial de la Infancia, *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF publica el análisis más completo realizado por esta organización internacional sobre la salud mental de los niños, las niñas, los adolescentes y las personas cuidadoras en el siglo XXI, y **revela que incluso antes de la COVID-19 la infancia y la juventud ya sufrían problemas de salud mental sin que se hicieran las inversiones necesarias para solucionarlos**. El documento señala que **la pandemia no es más que la «punta del iceberg»** de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.²² Este grave

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

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

problema ha sido destacado también por organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales como Save the Children.²³

Por ello, se efectúan las siguientes recomendaciones:

1. Promover la coordinación interadministrativa.

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

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

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

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

4. Promover entornos seguros y protectores.

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

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

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

- Desarrollo de **estándares y marcos comunes** de actuación para los planes y programas de prevención y protección a la infancia y adolescencia (art. 23 de la LOPIVI).
- Creación de **estructuras de protección interna** dentro de cada entidad o institución responsable de entornos donde convivan o participen niños, niñas y adolescentes. Esta estructura de protección incluirá:
 - La figura **responsable de coordinar el trabajo técnico** en el proceso de implementación de la Política de Protección. Esta función debe ser asumida por una persona o un equipo de personas, en función del número de niños, niñas y adolescentes a los que se atienda en los diversos entornos gestionados por la entidad o institución. La ratio a establecer deberá partir de un análisis de riesgos previo para cada entorno. Deben ser figuras con la formación necesaria y dedicación suficiente, y de ellas dependerán todos los referentes de protección establecidos.
 - Un **referente de protección por cada grupo de niños, niñas y adolescentes que participen en las diferentes actividades desarrolladas en cualquiera de los ámbitos mencionados**. En los centros educativos son los tutores y tutoras, en cooperación con los coordinadores y las coordinadoras de Bienestar y Protección, y en el ámbito deportivo y de ocio el delegado o delegada de Bienestar y Protección.
- Mejora de los **entornos físicos donde convivan o participen niños, niñas y adolescentes** que están bajo la responsabilidad de cada institución o entidad en todos los ámbitos señalados, tanto en la infraestructura como en su dotación, así como en la calidez emocional de estos y en su accesibilidad universal. Este proceso implica la elaboración de un manual de buenas prácticas y estándares para el análisis de riesgos y la evaluación de cada entorno a nivel físico, emocional y social. Dichos estándares tendrán en cuenta la evaluación de variables a nivel físico (accesibilidad, seguridad en los accesos, los servicios sanitarios, los espacios de recreo, comedores, salas de juegos, salas de visitas y otros espacios comunes) así como las variables a nivel emocional (la calidez del entorno, la luz suficiente y necesaria, la temperatura adecuada, la personalización de su decoración, los elementos de trabajo simbólico o el acceso a elementos de naturaleza).

- Desarrollar **planes formativos específicos para profesionales que trabajan en el ámbito del tiempo libre** de los niños, niñas y adolescentes, a fin de reconocer y entender los signos de aparición de problemas de salud mental; orientar a los y las menores hacia la búsqueda de ayuda; y garantizar que estos espacios sean inclusivos.

- b. **Crear servicios amigables o adaptados.** Se trata de establecer **sistemas que garantizan el respeto y la efectiva realización de todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes al más alto nivel posible**, teniendo presentes, en particular, los principios de participación, de no discriminación, del interés superior y de supervivencia y desarrollo. Esto supone que la concepción y el funcionamiento de los servicios tales como la justicia, los servicios sociales y sanitarios se adaptan a las necesidades específicas de cada niño, niña o adolescente y protegen su integridad, dignidad y privacidad, son accesibles, disponibles, diligentes, cuentan con profesionales formados y formadas en materia de infancia y adolescencia, y comunican de forma adaptada a las capacidades, edad y madurez del niño, niña o adolescente. Los entornos seguros generan espacios cálidos que brindan al niño, niña o adolescente la seguridad emocional necesaria para poder ser protagonista de las decisiones que le afectan. Los sistemas amigables son **multidisciplinares, practican la atención integral y comunican y se coordinan entre ellos poniendo el bienestar del niño, niña o adolescente en el centro**. Evitar la revictimización o victimización secundaria es uno de sus objetivos.
- c. **Generar servicios de ocio y tiempo libre, así como espacios de encuentro y participación comunitaria**, que promuevan vínculos solidarios y garanticen contextos de identificación de demandas y necesidades concretas de los y las adolescentes.

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

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

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

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

9. Desarrollar actuaciones preventivas en situaciones de riesgo social.

- a. Impulsar **políticas de atención a los factores sociales de riesgo** que tienen una incidencia clara en la salud mental de las familias como, por ejemplo, la falta de conciliación con la vida familiar, las situaciones de paro o la calidad o inestabilidad de la vivienda, entre otras.
- b. Desarrollar **programas de seguimiento y acompañamiento individualizado** para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave, potenciando la figura de los y las profesionales del Trabajo Social y la Educación Social.

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

- a. Crear **recursos de ocio y tiempo libre ajustados a las necesidades y preferencias** de niños, niñas y adolescentes, dada la importancia del abordaje de todas las esferas que les afectan.
- b. **Informar sobre los recursos y/o actividades ofertadas**, ya que cuando irrumpe un problema de salud mental, suele venir acompañado de una ruptura del proyecto de vida y de las relaciones sociales tanto de los y las menores como de las familias. De ahí la importancia de ofrecer la información de este tipo de recursos y /o actividades para recobrar esa parte perdida.

11. Apoyar a las familias.

- a. Ofrecer **información clara y sencilla** a las familias sobre los recursos existentes y su modo de acceso.
- b. Ofrecer **apoyo social y psicológico** para iniciar y transitar por el proceso de recuperación. Es preciso aumentar la presencia de los perfiles profesionales de Trabajo Social y Psicología.
- c. Favorecer el **apoyo familiar como factor clave para la recuperación de muchos problemas de salud mental que afectan a las personas LGTBIQ+**, proporcionando información, formación y recursos.

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

En los contextos de violencia, las niñas y los niños pueden ver gravemente comprometida su salud mental, lo cual condiciona su bienestar.

En este sentido, la **Observación 22 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2018)**²⁴ ha destacado el derecho de las niñas y los niños a no ser objeto de ninguna forma de violencia, recomendando lo siguiente:

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



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

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

En materia de medidas preventivas

- Desarrollar **sistemas que permitan compartir datos de violencia** entre diferentes instituciones.
- Avanzar hacia un **modelo de atención individualizada e integral**, que adapte las respuestas a las necesidades de cada niña, niño o adolescente, contempladas desde un enfoque interseccional.
- Promover **mecanismos de autoprotección y resiliencia** que permitan enfrentar el trauma desde la más tierna infancia a través de los lazos afectivos y, cuando sea el momento, de la expresión de las emociones, a fin de construir un entorno social predispuesto a contribuir al desarrollo del niño o la niña, que le permita construir vínculos con el mundo que le rodea y disponer de herramientas a nivel biopsíquico para reparar el daño y desarrollarse a partir de la integración en su biografía de un modo positivo.²⁵
- Desarrollar **actuaciones coordinadas por parte de las Administraciones públicas de sensibilización, prevención, asistencia y protección** frente a cualquier forma de **maltrato infantil**, con especial consideración al factor salud mental como elemento clave para garantizar su éxito.
- Incorporar el **principio de igualdad** en las políticas públicas en materia de salud mental y en la práctica del personal que atiende a este colectivo.
- Impulsar **medidas formativas específicas en materia de salud mental y violencia para el personal sanitario, educativo, jurídico, de los servicios sociales y de los medios de comunicación** con el fin de erradicar el estigma, la discriminación y la violencia.
- Consensuar **criterios diagnósticos en salud mental y guías de práctica clínica** a fin de reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención.²⁶
- Fomentar la **investigación básica, traslacional y aplicada en la salud mental, la violencia y el desarrollo** de niñas, niños y adolescentes.
- Poner en marcha **sistemas de información específicos de trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales** con

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

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

indicadores homogéneos en todo el territorio nacional.²⁷

- Favorecer **hábitos de buena crianza** desde el inicio del embarazo y primera infancia, favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo.²⁸
- Incorporar el **concepto de diversidad con una intención práctica**. Es decir, establecer disposiciones que lo definan

y delimiten como un principio orientador y un enfoque de obligada incorporación junto con el de género. El objetivo es diseñar e implementar políticas, programas y medidas de erradicación de la violencia en todos los contextos donde esta prolifere, y contribuir a una visión amplia y positiva de la salud mental como condición indispensable para que niñas, niños y adolescentes gocen de bienestar.

En materia de atención sanitaria y social

- Desarrollar **programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias** con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave como es el encontrarse o haberse encontrado en un contexto de violencia.
- Desarrollar la **cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud en los aspectos específicos de atención a la salud mental** de niñas, niños y adolescentes que han vivido o viven en contextos de violencia.²⁹



27. *Ibid.*

28. *Ibid.*

29. *Ibid.*

En materia de regulación y actuaciones judiciales

- Promover una **cultura jurídica y judicial** que favorezca la implementación de las diversas disposiciones, como, por ejemplo, la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal «para las víctimas de la violencia doméstica» que incluye, además de a la mujer, a los y las menores a su cargo.
- Establecer **mecanismos adaptados para el acceso de los niños y las niñas a los tribunales para el ejercicio de sus derechos**, incluyendo los medios humanos y materiales para atenderles debidamente en el ámbito judicial, teniendo en consideración su salud mental.
- Adecuar físicamente los espacios en los juzgados donde deben realizarse las entrevistas y donde deben esperar los niños y las niñas, así como disponer del material técnico y audiovisual que permita llevar a cabo la participación en los procesos sin tener que ver a su agresor ni tener que prestar declaración en una sala llena de personas adultas desconocidas.
- Establecer **mecanismos de mejora de la garantía del derecho de los niños y las niñas a que se les escuche debidamente durante los procedimientos**, tanto judiciales como administrativos, teniendo en consideración su salud mental.
- Establecer un **equipo de profesionales de apoyo especialistas en salud mental**. Además de la preparación para la atención directa, es esencial que en las valoraciones psicológicas de los niños y las niñas se cuente con la intervención experta de profesionales de la Psicología, en coordinación con otros ámbitos de conocimiento técnico (trabajo social, medicina, educación), de cuya valoración va a depender en gran medida la decisión que se adopte por parte del órgano judicial. La relevancia de esta intervención requiere una mayor especialización, regulación y definición de las competencias, derechos y obligaciones de los y las profesionales en el desempeño de sus funciones.³⁰
- Regular el **derecho a la información y la asistencia legal** de las niñas, niños y adolescentes durante los procesos, formando a los y las profesionales que les atiendan para que aprendan a escuchar con especial consideración a su salud mental.³¹
- Establecer **mecanismos de supervisión y denuncia** por la actuación de los operadores jurídicos, cuya eficacia sea evaluada periódicamente.³²
- Establecer y regular la **coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia**.

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

31. *Ibid.*

32. *Ibid.*

En materia de educación y acoso escolar

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

En materia de delitos contra la libertad sexual

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



En materia de violencia de género

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

En materia de identidad de género, violencia y salud mental³³

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

En materia de control de la efectividad de la normativa

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

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

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

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

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

Al sector privado

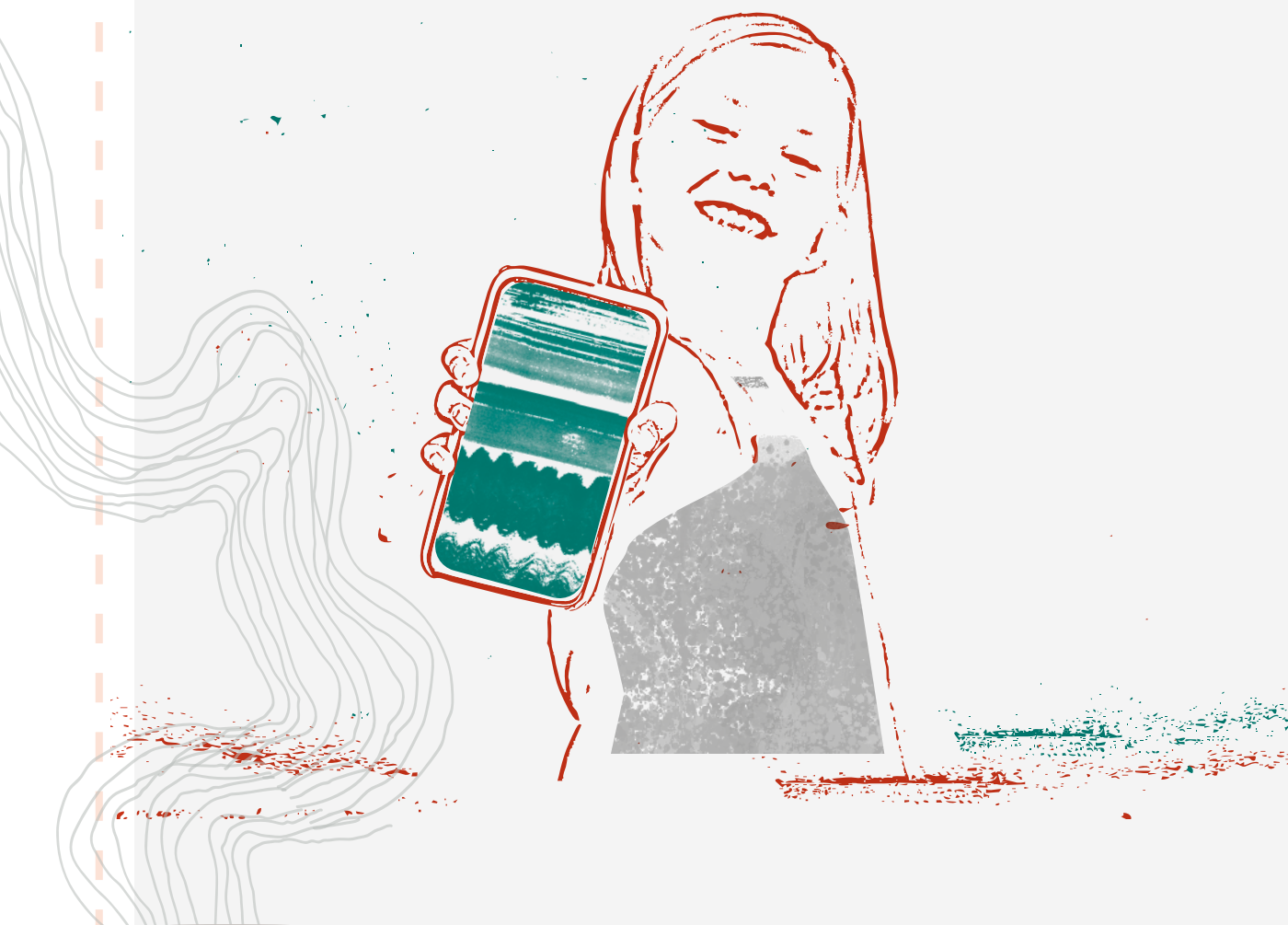
1. Fomentar el rol del sector privado como catalizador de cambio y promotor de bienestar de la salud mental de niños y niñas.

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

- d. Promover el **derecho a la participación de la infancia y adolescencia** en sus espacios de consulta y decisión en materia de salud mental.

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

- a. Supervisar que los **contenidos de bienestar emocional y salud mental a los que acceden en Internet** los niños, niñas y adolescentes, pero también las personas adultas, sean rigurosos y que aborden desde el malestar emocional hasta la existencia de un problema de salud mental.
- b. Visibilizar el acceso a los **servicios de ayuda profesional en los espacios digitales**.
- c. Elaborar **recursos audiovisuales**, en formatos adecuados a los distintos tramos de edad, que faciliten la canalización hacia los servicios de ayuda profesional.
- d. Establecer **pautas de higiene digital** en el ámbito familiar sobre el uso de la tecnología que eviten su consumo temprano, intensivo y sin acompañamiento.
- e. Mantener un **diálogo con las familias sobre el uso de la tecnología**, apoyarse en las herramientas de control parental y seguir las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría en lo relativo a la exposición a pantallas por edades.
- f. Exhortar a las plataformas y servicios digitales a establecer **controles de acceso por edad, pautas de uso y mecanismos que aseguren la protección** ante contenidos inadecuados, comportamientos dañinos, contactos inseguros o una exposición comercial abusiva.



4

Toma de conciencia

Artículo 8 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



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

El aumento del **coste de la vida**, el **empleo precario** y los **problemas de acceso a la vivienda**, entre otros, han impactado gravemente sobre la seguridad económica y la inclusión social de la juventud. Además, está la cuestión de las **barreras al empleo**. En la *Guía para el cuidado de la salud mental en entornos laborales y la prevención de los riesgos psicosociales*,¹ publicada por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, se destaca la poca información que sigue habiendo acerca de los diferentes trastornos de salud mental, un desconocimiento que genera una serie de prejuicios asociados por parte de la sociedad en general hacia las personas que los tienen. Además, un entorno laboral que no tiene en cuenta el bienestar mental de las personas puede conducir a **problemas de salud**

física y mental, el uso nocivo del alcohol u otras sustancias, el absentismo y la pérdida de productividad.

Dos esferas críticas se destacan entre las personas jóvenes como piedras angulares del bienestar y el éxito futuro: la empleabilidad y la salud mental.

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

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

futuro: la **empleabilidad y la salud mental**».² Efectivamente, según el estudio *Jóvenes y salud mental la experiencia del proyecto «PasaXT Hacia el Empleo»* (2024),³ las dificultades de la población joven en el acceso al mercado laboral y con empleos de calidad son superiores si tiene alguna condición que incrementa su vulnerabilidad. De hecho, destaca este informe, el grupo de las personas jóvenes con discapacidad menores de 25 años es el que sufre una mayor tasa de paro (48,1 %) y las personas con discapacidad psicosocial conforman uno de los colectivos más vulnerables

en el mercado laboral, «debido al estigma social y a otros factores como la ausencia de adaptaciones en el puesto de trabajo, el desconocimiento en torno a los problemas de salud mental y, en ocasiones, la falta de formación». Por ello, «la inserción laboral de las personas jóvenes con discapacidad psicosocial presenta un reto importante» y, para lograrlo, el papel de las Administraciones Públicas es esencial, fomentando, entre otros aspectos, el rol del sector privado como catalizador de cambio y promotor de bienestar de la salud mental de la población joven.

“ el grupo de las personas jóvenes con discapacidad menores de 25 años es el que sufre una mayor tasa de paro (48,1 %) ”



2. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). (2024). «Plataforma para la Salud mental y la Empleabilidad juvenil: una experiencia de éxito de Fundación Santa María la Real para la atención a jóvenes en desempleo o en precariedad laboral». Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).
3. Lozano de las Morenas, A. (Coord.); Cabrera Carrasco, N. y Sánchez San José, J. (2024). *Jóvenes y salud mental la experiencia del proyecto «PasaXT Hacia el Empleo». Estudio de impacto*. Federación Salud Mental Castilla y León.



Accesibilidad

Artículo 9 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



La accesibilidad psicosocial como asignatura pendiente

En el anexo 2 del informe anual sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental correspondiente al año 2023¹ la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA publicó un documento de consenso en materia de accesibilidad psicosocial. En él, además de la definición del concepto, se describe un amplio abanico de variables a este respecto. Sin embargo, ahora, nos centraremos en un aspecto muy concreto, menos desarrollado en ese documento y del que desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se llama la atención: La necesidad de **entornos pensados en clave de comunidad**.

La arquitecta y urbanista Adriana Ciocoletto considera que estando una comunidad formada por un grupo de personas que

conviven en un espacio físico particular, es preciso describirla en sus **dos dimensiones: física y social**. Afirma que «el diseño de los espacios afecta a las relaciones entre las personas» y puede «favorecer la convivencia, el intercambio y la socialización de las personas de manera igualitaria, contribuyendo al desarrollo de las redes sociales y fortaleciendo la pertenencia a la comunidad» o todo lo contrario.² En el *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción* ya se hace referencia a la necesidad de **«rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades**, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que

1. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2024). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental*, 2023. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
2. Ciocoletto, A. (2011). «Un entorno con comunidad». En *Construyendo entornos seguros desde la perspectiva de género*, Collectiu Punt 6. pp. 156-168.

puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas».³

Así, con la arquitectura saludable y la neuroarquitectura se apuesta por convertir los espacios construidos en **terceros cuidadores**, poniendo en el centro la salud y el bienestar físico, mental y social de las personas. En este sentido, la presidenta del Observatorio de Arquitectura Saludable, la arquitecta Rita Gasalla, en el reportaje de la revista CERCHA «Espacios que ayudan a mantener la calma», puso de relieve cómo **los espacios sanitarios pueden ayudar a mantener la calma a las personas trabajadoras y usuarias**.⁴

Hablar de entornos en clave de comunidad, implica también, más allá de lo físico, las **culturas que condicionan las conductas** y, por tanto, las **redes afectivas**, que afectan a todos los planos de la vida de las personas. Por ejemplo, para favorecer la accesibilidad psicosocial en el ámbito del empleo, hay que cambiar la cultura de trabajo.

Acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental

El trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación, al tiempo que promueve sociedades más inclusivas. Además, para las personas con problemas de salud mental tiene una función terapéutica, desplazando el rol de «persona enferma» por el rol de «persona

“ **Es necesario rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas** ”

Asociación Española de Neuropsiquiatría

trabajadora». Sin embargo, en España, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud mental se erige en una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, además de la pérdida de capital humano que esto supone. Así, se precisa desarrollar e implementar un concepto de empleo sostenible, tanto público como privado, orientado a la consolidación de una sociedad mejor, y derribar las barreras alzadas por el estigma.

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

4. Observatorio de Arquitectura Saludable-OAS.



Recomendaciones

1. **Modificar el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y aprobar el correspondiente Reglamento**, a fin de establecer y regular la accesibilidad psicosocial y sus condiciones básicas de exigencia y aplicación.
2. **Impulso de políticas inclusivas** orientadas a personas con problemas de salud mental, garantizando la **igualdad de trato para este colectivo dentro del cupo de reserva**.
3. **Desarrollo de ajustes razonables y soportes específicos para personas con problemas de salud mental**, incluido el acompañamiento psicosocial, que serán garantizados en todo caso, tanto en los procesos de contratación como en el mantenimiento del puesto en las empresas privadas como en el empleo público.
4. **Capacitación de los agentes empleadores, tanto en el ámbito público como en el privado, en materia de salud mental, mediante:**
 - a. **Sensibilización** sobre discapacidad psicosocial para garantizar igualdad de trato y evitar sesgos.
 - b. Desarrollo de **planes de formación y capacitación** para el empleo, adecuados a las necesidades y particularidades de las personas con problemas de salud mental.
 - c. Impulso de una **cultura del trabajo que favorezca la salud mental**, a través de:
 - Actuaciones planificadas, dirigidas a facilitar la promoción de la concienciación y adquisición de las habilidades necesarias para impulsar una cultura del trabajo que favorezca la salud mental y la acogida en los casos en los que esta pueda verse afectada. Para ello, se han de promover factores protectores que favorezcan una salud mental positiva, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto laboral. Tales factores que previenen problemas de salud mental y facilitan los procesos de recuperación y/o rehabilitación, son, entre otros: establecimiento de sistemas de apoyo (en especial, la asistencia personal en salud mental), existencia de un sistema de reconocimiento por la labor efectuada, normas claras y justas, etc.

- Red de apoyos adecuada para cada caso, incluida la asistencia personal, según la metodología de apoyo de pares.
- Plan de sensibilización ambicioso y efectivo, en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.
- Política organizacional que establezca estrategias de acción coordinadas y acciones que reflejen el mensaje de una cultura de bienestar. Esto implica también una cultura de trabajo que incluya la reflexión y debate permanente y la promoción de la conciencia entre trabajadores y trabajadoras sobre el comportamiento ético con cada persona, siendo formados y formadas en prácticas centradas en la persona y recibiendo una capacitación para una comunicación sensible y adaptada.
- Perspectiva de género. Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social.

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

- 6. Colaboración con organizaciones,** a fin de instaurar la participación activa de entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad psicosocial en la implementación de estas medidas, favoreciendo en todo momento una interlocución fluida con las mismas y así favorecer la colaboración para promover actuaciones planificadas, destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso y mantenimiento del empleo por parte de las personas con problemas de salud mental. En este plan de colaboración y/o actuaciones conjuntas, se podría llevar a cabo un análisis ambiental y rediseñar los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas y creando entornos más inclusivos.

6

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

Artículo 11 CDPD.

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

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Vicente Ferrer (FVF) han firmado un convenio de colaboración con el objetivo de impulsar proyectos de reconstrucción de la zona afectada por la DANA en la Comunidad Valenciana, así como ofrecer apoyo psicosocial y gestión emocional a las personas que se han visto afectadas por esta catástrofe en diferentes ámbitos de la zona.¹



De izquierda a derecha: Celeste Mariner, directora ejecutiva de SALUD MENTAL ESPAÑA, Carles Coarasa Pérez, Nel González Zapico, Luz María Sanz Masedo y Rosa Bayarri, presidenta de la Federació Salut Mental Comunitat Valenciana.

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

7

Igual reconocimiento como persona ante la ley

Artículo 12 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



Impacto de la reforma civil y procesal en materia de capacidad

A modo de introducción

La Ley de 2 de junio de 2021 que instaura un nuevo sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad se adoptó en cumplimiento de la obligación positiva que se impone a los Estados firmantes de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de adoptar un sistema de apoyos

respetuoso con los principios fijados en el artículo 12 y su interpretación por parte del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Respetando estos postulados, el legislador de 2021 ha articulado un sistema basado en la autodeterminación como manifestación de libertad y autonomía, que integra una pluralidad de apoyos formales e informales.¹

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

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

Sin duda, la Ley incluye a todas las personas con discapacidad, pero la primera pregunta que surge es ¿lo hace el contexto en el que dicha Ley se aplica? Todavía no tenemos una base de datos completa del impacto que ha tenido la reforma en las

personas con problemas de salud mental, de manera que nos permita conformar una fotografía integral de lo que está ocurriendo con las personas con problemas de salud mental en esta materia.

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

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

➔ **Hay juzgados, sobre todo los de localidades pequeñas, que han adoptado como criterio** (así, lo dicen, «nuestro criterio es...»): **Guarda de hecho para todos**. Es cierto que la norma refuerza la figura de la guarda de hecho, pero «cuando se manifiesta como suficiente y adecuada». Sin embargo, una mala comprensión del artículo 255 del Código Civil (en adelante, CC) conduce a este tipo de automatismo, haciendo imposible la constitución de ninguna otra figura de apoyo que no sea la guarda de hecho.

➔ **Otro problema es la excesiva burocratización**. Sabemos que la guarda de hecho, como su propio nombre indica, no requiere una investidura judicial formal. Para los casos en que se requiera que el guardador realice una actuación representativa, se prevé la obtención de una autorización judicial *ad hoc*, previo examen de las circunstancias, evitando la apertura de un procedimiento general de provisión de apoyos. Sin embargo, advertimos de nuevo la rigidez de las estructuras en situaciones que, dando la espalda a la realidad, **abocan a las figuras de guarda a un peregrinaje judicial para obtener autorizaciones conforme al artículo 264 CC**, abriendo continuos expedientes de jurisdicción voluntaria que, aunque revelen una clara insuficiencia de la guarda como figura de apoyo en esos casos, no conducen a la adopción de cualquier otra medida judicial (sin perjuicio de lo previsto en el régimen general de autorizaciones para el curador representativo fijado en el artículo 287 CC).

➔ **Réplica automática de los anteriores esquemas con distintos nombres.** Se han detectado también automatismos en el pase de la tutela a la curatela representativa.

➔ **Creación de «limbos» a la espera de que se revise el caso.** En ellos, las personas a las que no se les ha revisado su situación permanecen sin ningún tipo de salvaguarda de sus derechos. La rigidez de las estructuras se revela también en las Instituciones Tutelares. Se están produciendo situaciones de desentendimiento de sus funciones desde la entrada en vigor de la Ley. De modo que, ante reclamaciones de actuación por el agravamiento del estado de salud de las personas a su cargo, responden que no pueden hacer nada, porque la normativa ha cambiado y hay que esperar a que la revisen.

➔ **«Que cada uno se cuide a sí mismo».** Esta es una de las respuestas que se da a las personas, afectadas y familiares por parte de quienes deberían proveer los apoyos. La explicación se traslada a la persona como si se tratara de un niño o niña, porque tampoco se sabe nada de accesibilidad psicosocial y de cómo dirigirse a una persona con problemas de salud mental ni, por extensión, a sus familias. Lo que vienen a decir en algunos juzgados con términos simplistas es que «ya no hay procedimiento y que no pueden hacer nada».

➔ **No se están promoviendo las voluntades anticipadas en salud mental de manera generalizada,** como medida de apoyo alternativa preferente a la judicial.

➔ **No se está implantando la figura de la persona facilitadora en todos los territorios por igual.** Hay juzgados que la contemplan para otras discapacidades, pero no para personas con problemas de salud mental, y otros que, directamente, niegan su virtualidad como referente adecuado durante los actos judiciales.

➔ **Abuso del recurso al ingreso y tratamientos involuntarios.** Todavía se producen situaciones en las que estos se producen y se sostienen en el tiempo sin el preceptivo control judicial.

➔ **No se está cumpliendo el plazo de revisión previsto por la Ley.** Se advierte, por tanto, en muchos casos, desconocimiento o mala comprensión de la norma, identificando libertad con inacción por parte de los poderes públicos, sin que se sientan concernidos por la salvaguarda de los derechos de la persona. Se advierte también una perversión del principio de igualdad, identificado con dar a todas las personas lo mismo, sin atender a lo que cada una necesita. En el fondo, se adopta una nueva versión del «café para todos» del que ya veníamos, pero dándole otro sabor. Se sigue, en demasiados casos, sin mirar a la persona.



¿Qué proponemos?

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

Además, todavía está pendiente de aprobar la asignatura de quién proporciona esos cuidados, remunerados o no. El ámbito de los cuidados está copado fundamentalmente por mujeres —muchas veces incluso con problemas de salud mental—, cuya capacidad no se cuestiona a la hora de ponerlas a cargo, por ejemplo, de personas mayores. Esta tarea se realiza muchas veces sin obtener remuneración alguna y/o en condiciones muy precarias. Y si bien, como señala el Preámbulo de la Ley, «las nuevas concepciones sobre la autonomía de las personas con discapacidad ponen en duda que los progenitores sean siempre las personas más adecuadas» para promover la autonomía de su hijo o hija con discapacidad, todavía los cuidados se siguen proporcionando mayoritariamente por padres y madres, fundamentalmente, por las madres que, muchas veces desbordadas, afrontan esta tarea sin apoyos desde el ámbito público.

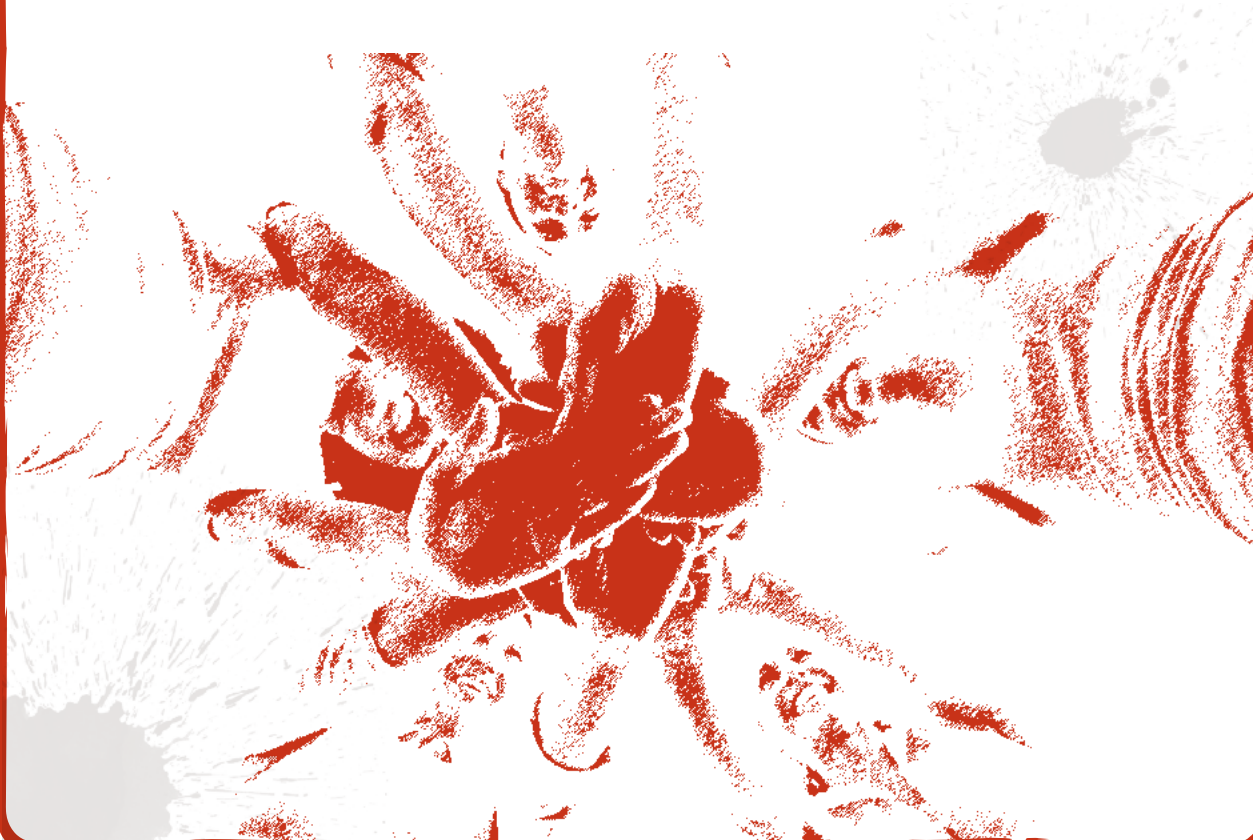
2. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28 de noviembre, 2024). Todas las personas somos capaces con apoyos. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/sala-prensa/todas-personas-capaces-apoyos/>

5. **Crear un protocolo de acceso a la justicia** que contribuya al ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y contemple las diferentes especificidades y ajustes procedimentales. Por ejemplo, es esencial que existan equipos multidisciplinarios asesorando a los juzgados, de lo contrario, muy difícilmente se pueden garantizar los derechos a la defensa o la tutela judicial efectiva.
6. **Proceder al desarrollo reglamentario de la figura de la persona facilitadora**, que se ha de extender a todos los territorios y ha de contemplar, por su puesto, a las personas con problemas de salud mental.
7. **Garantizar que la información sea completa y accesible**, es decir, que alcanza al posible diagnóstico, la intervención psicoterapéutica, el tratamiento farmacológico (si es necesario), los recursos de apoyo, las alternativas existentes y los derechos de las personas durante todo el proceso terapéutico. No debe olvidarse que la información es un requisito del consentimiento y es manifestación del derecho constitucional a la integridad física según nuestro Tribunal Constitucional.
8. **Comprender que el concepto de accesibilidad también concierne a las personas con problemas de salud mental**. Sobre esta materia se puede consultar el Informe Anual sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2023, donde se desarrolla ampliamente esta cuestión.³
9. **Incorporar la metodología de apoyo de pares, de manera que llegue a todos los espacios de la vida de una persona, incluido el sociosanitario**.
10. **Formar en medidas de apoyo, concienciación y sensibilización para que haya un cambio de mentalidad en los operadores jurídicos y en los agentes sociales que han de aplicar la Ley**, más cerca de los parámetros de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y más lejos de modelos capacitistas.
11. **Construir mecanismos eficaces que garanticen los derechos de las personas con discapacidad psicosocial**. Esto exige un enfoque específico que atienda a la realidad en la que se desenvuelve la vida de estas personas y ello no solo exige una adecuada y general implementación de los sistemas de apoyo, común a todas las personas que precisan apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica, sino la construcción de mecanismos eficaces que garanticen que en el proceso terapéutico se respeta la voluntad de la persona, que esta se encuentre acompañada por la persona de su confianza y apoyada por el grupo de pares elegido por ella, y que su voluntad anticipada pueda plasmarse en un documento vinculante, fruto de la alianza terapéutica entre la persona y el o la profesional de referencia.

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

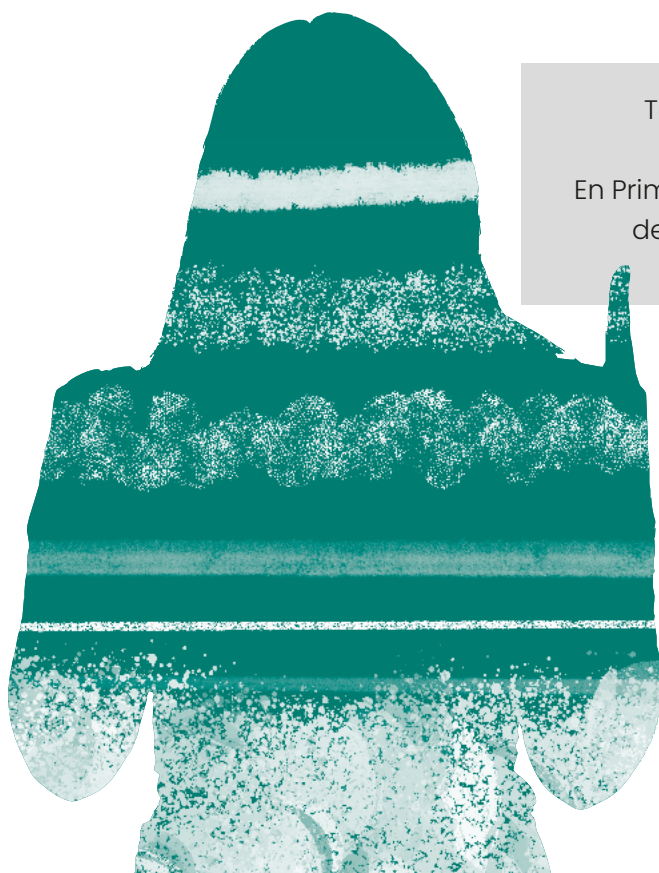
12. Definir el papel de las entidades del tercer sector como colaboradoras de la Administración de Justicia.
13. Crear en todos los colegios de abogados un turno de oficio especializado para personas con discapacidad, con formación completa y específica en salud mental.
14. Abrir la reforma a la creación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

Se trata de invertir en un cambio de estructuras y de amparar de verdad los derechos de quienes más a la intemperie los tienen.



«Hay lugares donde no llegan las leyes, con paredes más altas que los muros de una institución: son espacios libres de conciencia, un sistema hostil». Porque es allí, «en la base de la pirámide de una institución», donde «hace mucho frío» y, se sabe, «es una norma no escrita más firme y aplicada que las que se aprueban en el Parlamento, que es mejor no decir nada, mejor consumirse y pasar los años, cada vez más sobremedicado, más rendido, hasta aparecer muerto una mañana»

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



Testimonios de **Rosa María Álvarez Redondo**,
miembro del Comité Pro Salud Mental
En Primera Persona y de la Comisión de Defensa
de Derechos Humanos de la Confederación
SALUD MENTAL ESPAÑA⁴

4. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (28/11/2024). «Todas las personas somos capaces con apoyos», Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.



Acceso a la justicia

Artículo 13 CDPD



Logro

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

La Comunidad de Madrid¹ se convierte en la primera región de España que regula la figura del facilitador judicial para dar apoyo a personas con discapacidad en las sedes judiciales de la región, juzgados adscritos a alguno de los 21 partidos judiciales de la región, la Audiencia Provincial y el Tribunal Superior de Justicia.

La Federación Salud Mental Madrid, entidad miembro de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, junto con otras entidades del movimiento asociativo de personas con discapacidad, había reivindicado la regulación de esta figura ante la Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local de la Comunidad de Madrid.

Este logro ha supuesto un hito al constituir un soporte muy importante para las personas con problemas de salud mental que tengan que enfrentarse a un juicio en la condición que sea (testigo, víctima, persona investigada, etc.).

**Madrid es la primera
región de España
que regula la figura
del facilitador judicial
para dar apoyo
a personas con
discapacidad**

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



Derecho a la libertad y seguridad

Artículo 14 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



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

Desde 2014 el Comité Directivo de Derechos Humanos en los campos de la Biomedicina y la Salud del Consejo de Europa (en adelante, CDBIO) ha estado trabajando en un proyecto de Protocolo adicional al conocido como Convenio de Oviedo¹ 'Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntario'. Este proyecto es contrario a la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), tanto en su objeto como en su propósito, al validar la confusión entre coerción y cuidados mediante la legitimación del ingreso y los tratamientos involuntarios de las personas con discapacidades

psicosociales —afectando, por tanto, a las personas con problemas de salud mental.

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

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

el Relator Especial sobre el derecho a la salud,² el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la detención arbitraria, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos³ y la propia Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA defendemos la imperiosa necesidad de que se siga la senda marcada por Recomendación presentada por el CDBIO sobre el respeto a la autonomía en salud mental,⁴ en contraposición a lo dispuesto en el proyecto de Protocolo adicional al Convenio de Oviedo y cumpliendo sus objetivos con la diferencia sustancial de no dar lugar a graves vulneraciones de derechos humanos que provocan daños muchas veces irreversibles.

2. European Disability Forum. (28 de mayo, 2021). UN Rights experts call on Council of Europe to stop legislation for coercive mental health measures. *European Disability Forum*.
3. Mijatović, D. (16th, March 2021). Hearing on deinstitutionalisation of persons with disabilities. Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, Parliamentary Assembly.
4. Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health of the Council of Europe (6th September, 2024). Draft Recommendation on respect for autonomy in mental healthcare.



Recomendaciones

- **Aprobar normas, diseñar políticas y adoptar medidas** que instauren prácticas que garanticen el respeto por la autonomía en la atención de la salud mental en consonancia con lo dispuesto en la citada Recomendación presentada por el CDBIO.
- **Adoptar las medidas adecuadas para garantizar que se asignen recursos suficientes a la atención de la salud mental**, de modo que estas directrices puedan aplicarse. En este sentido, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha elaborado junto con el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid el *'Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: Análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos'*,⁵ en el que, previo análisis minucioso de la situación en España y un estudio de derecho comparado, se insta a promover que se termine con los automatismos en la atención a la salud mental que supongan una vulneración de derechos, y que haya cauces para que las personas puedan decidir cómo quieren ser tratadas en un entorno sanitario, de atención y cuidados conforme a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.



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

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

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

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

Testimonios de Lidia.⁶

6. Tobalina, A. (18.02.2024). «Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: «Pero ¿qué estáis permitiendo que me hagan?!» 20minutos.

10

Respeto del hogar y de la familia

Artículo 23 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta



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

Los Estados parte de la CDPD han de tomar las medidas efectivas y pertinentes que pongan fin a la discriminación contra las personas con problemas de salud mental en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la maternidad/paternidad y las relaciones personales. En este sentido, la Oficina del Alto

Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha elaborado una lista preliminar de indicadores ilustrativos sobre el derecho de las personas con discapacidad al respeto al hogar y a la familia que forman parte del Paquete de Recursos de los ODS¹-CDPD.²

1. Objetivos de Desarrollo Sostenible.

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



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

En informes anteriores, desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se ha denunciado la **grave discriminación en la salvaguarda de este derecho al respeto del hogar y la familia en cuanto uno o varios componentes de dicha familia tienen problemas de salud mental**. Hay una idea extendida y consolidada en el sentido de que no se puede confiar en estas personas para el cuidado de otras. En su '*Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2017*', la Confederación se hizo eco de lo declarado por Enric Arqués, psicólogo y presidente de la Federació Fòrum-Salut Mental, en el sentido de que el **diagnóstico «se utiliza para descalificar a los futuros padres** y se les ponen trabas al considerar que no están cualificados para hacer frente a una crianza», lo cual describe como **«una actitud paternalista que llega al punto de denegar el derecho a ser padres»**. Además, este profesional añadía que **igual que «hay casos de mujeres que suspenden la quimioterapia para ser madres, también puede pasar lo mismo con la medicación para un trastorno mental»**.³

Pese a que los estándares de derechos humanos reclaman que se establezcan sistemas ajustados a la persona, sea cual sea su condición, **en España no se ha dado un paso adelante en la creación de un sistema de apoyos específico ni de medidas alternativas acordes con dichos estándares**. En este mismo sentido, con motivo de la celebración el 8 de marzo de 2024 del Día Internacional de la Mujer, SALUD MENTAL ESPAÑA reivindicó una **atención adecuada a la salud mental perinatal**, ya que, en la actualidad, no existen suficientes recursos ni estrategias de prevención a nivel estatal.⁴ Entre los **factores de riesgo** que pueden intervenir para tener una mala salud mental perinatal, se encuentran: la **falta de redes de apoyo** y el **bajo soporte social**, la **falta de coparentalidad** y **reparto de responsabilidades con la pareja en una sociedad heteropatriarcal**, la **precariedad laboral**, el **juicio externo sobre la maternidad**, o **haber vivido una historia de abuso o violencia intrafamiliar**.

3. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2018). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2017*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. p.77 y ss.

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



Recomendaciones

- **Abordar la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal y todo lo relacionado con la maternidad de las mujeres con problemas de salud mental**, incluyendo la puesta en marcha de los recursos necesarios como las unidades de hospitalización conjunta madre-bebé.
- **Recabar datos sobre salud mental materna e impulsar la concienciación social y la visibilización.**
- **Establecer protocolos de seguimiento a nivel estatal de la salud mental materna desde el embarazo.**
- **Crear espacios en los que las mujeres puedan exponer abiertamente todo lo que les preocupe sobre la maternidad**, incluyendo cuestiones relacionadas con la infertilidad.
- **Impulsar la detección de los problemas de salud mental materna desde la Atención Primaria.**
- **Formación continua de los y las profesionales de Ginecología y Obstetricia en este ámbito.** Todo esto evitaría sufrimiento a bebés, madres, padres y familia, permitiría el desarrollo del vínculo madre-bebé, y reduciría el riesgo de automedicación con psicofármacos.
- **Establecer mecanismos de coordinación entre los servicios de protección a la infancia y a la adolescencia y los servicios sociosanitarios**, cuando los problemas de salud mental de los padres y las madres incidan en las funciones de guarda y cuidado; y ello, con el fin de procurarles la asistencia apropiada para el desempeño de las funciones de cuidado y los recursos necesarios para garantizar la reintegración familiar.⁵
- **Adoptar programas de apoyo, acompañamiento y supervisión de los progenitores.** Tales programas podrían incluirse en el plan individualizado de protección en el que se establezcan los objetivos, la previsión y el plazo de las medidas de intervención a adoptar con la familia de origen, incluido, en su caso, el programa de reintegración familiar (artículo 19 bis.1 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor —LOPJM—). Y todo ello en cumplimiento de la obligación que incumbe a los servicios de protección de la infancia y la adolescencia de adoptar medidas que garanticen el derecho a la reunificación familiar de los hijos e hijas declarados/as en situación de desamparo.

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

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

11

Derecho a la educación

Artículo 24 CDPD



Aspectos a tener en cuenta



Necesidad de educación en salud tanto física como emocional

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

Por este motivo, la Confederación sigue reforzando sus acciones para visibilizar, ya no solo la importancia de **desarrollar la educación en salud en las escuelas, incluyendo la educación emocional al igual que la física**, sino también su urgencia.

La OMS destaca que existe una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta, por lo que **intervenir y prevenir desde las edades más tempranas constituye un factor diferencial a la hora de gozar de bienestar emocional y una buena salud mental en las siguientes etapas de la vida**.¹

Es urgente desarrollar la educación en salud en las escuelas, incluyendo la educación emocional al igual que la física

1. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2023). Escuela inclusiva, salud mental positiva: Escuela inclusiva y niños, niñas y adolescentes con problemas mentales graves. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Cuadernos Técnicos, 22.



Denuncia

Déficit de apoyo económico para garantizar el acceso y continuidad en la educación a las personas con problemas de salud mental

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

desde un enfoque de derechos humanos, es decir, atendiendo al caso concreto en consonancia con el modelo social de la discapacidad.

La irrupción de un problema de salud mental puede suponer en muchas ocasiones un esfuerzo económico muy elevado para las familias, que deben asumir con fondos propios lo que debería garantizar la red pública de atención, pero que no lo hace con la intensidad requerida y necesaria, debido al déficit de recursos humanos y a la falta presupuestaria que acompaña a la salud mental. Por ello, **no se pueden obviar las necesidades de apoyo educativo de las personas con problemas de salud mental y es preciso que se regulen las ayudas y subsidios para cubrir estas situaciones.**

La irrupción de un problema de salud mental puede suponer un esfuerzo económico muy elevado para las familias, que deben asumir con fondos propios lo que debería garantizar la red pública de atención





Buena práctica

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

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA desarrolla el programa de sensibilización 'Educación inclusiva. Salud Mental positiva', que en 2024 llegó a **14.428 alumnos y alumnas de 8 a 12 años** y a **759 docentes**, de un total de **195 centros educativos** de 17 comunidades autónomas.² Se trata de un programa estatal financiado en la convocatoria con cargo al 0.7 del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, que se enmarca en la estrategia de sensibilización de la Confederación, cuyos objetivos se dirigen tanto al alumnado, como al profesorado.

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





Recomendaciones

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



12

Derecho a gozar del más alto nivel de salud

Artículo 25 CDPD



Aspectos a tener en cuenta



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

La entrada en vigor en 2008 de la CDPD ha supuesto un cambio cualitativo en la lucha por los derechos de las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, todavía hoy el camino por recorrer es muy largo en aspectos muy básicos que afectan a la implementación de sus derechos fundamentales, debido a la pervivencia de mitos, prejuicios y estereotipos que contribuyen a la consolidación del estigma y conducen a la normalización de graves conductas discriminatorias.

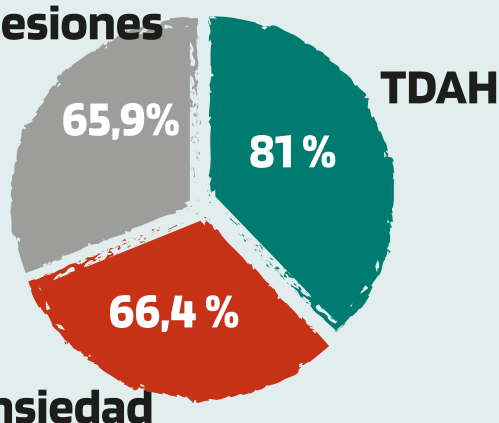
Específicamente, en nuestro país las personas con problemas de salud mental sufren en el contexto sociosanitario una violencia

insuficientemente tratada en la normativa civil y políticas públicas, normalizándose situaciones incompatibles con las convenciones y estándares internacionales de derechos humanos. Estas carencias tienen mucho que ver con la perspectiva médico-asistencial de la salud mental que conduce a no considerar el recorrido vital de las personas afectadas, desde las primeras etapas de la vida hasta la madurez. Estas deficiencias son ya acuciantes en España, donde la provisión de profesionales con especialización en salud mental (psicología y psiquiatría) es muy deficitaria, y discontinua, lo que dificulta el vínculo asistencial.

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

Problemas de salud entre el alumnado

**Intentos autolíticos
y/o autolesiones**

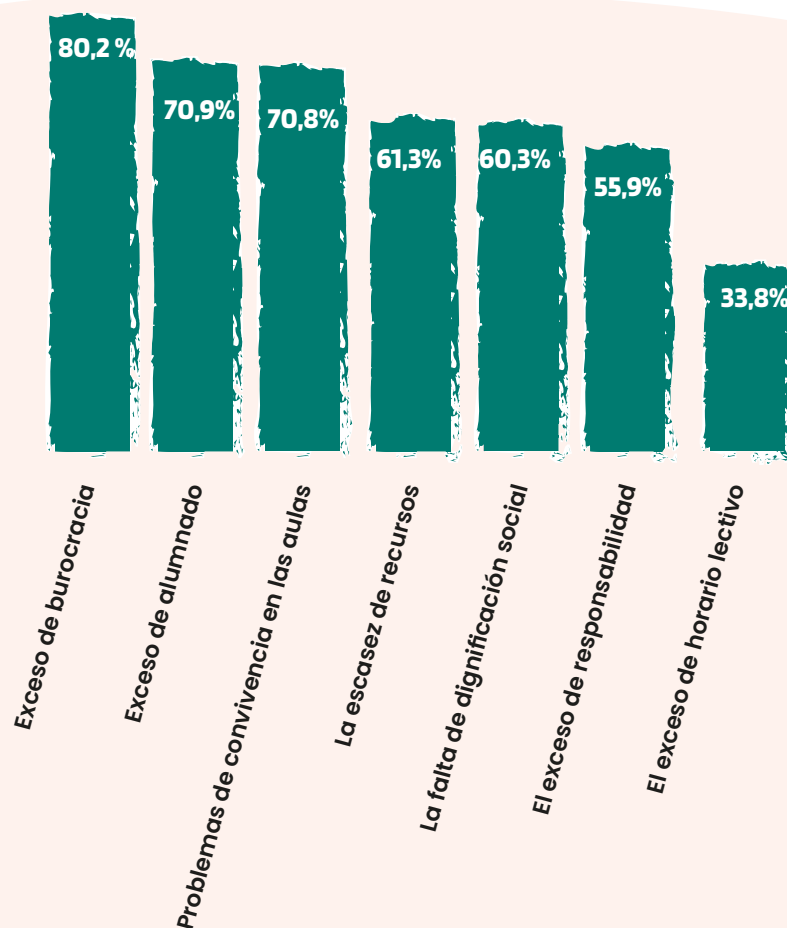


Fuente: Estudio de IO Investigación, ANPE y SATSE, Diagnóstico de la salud mental en las aulas.

El estudio de IO Investigación, ANPE y Satse, *Diagnóstico de la salud mental en las aulas*, revela que los problemas de salud mental han aumentado entre el alumnado de los centros educativos de España, destacando el TDAH —trastorno por déficit de atención e hiperactividad— (81%); la ansiedad (66,4 %) y los intentos autolíticos y/o autolesiones (65,9 %). Sobre este último problema, el 62,7 % afirma que ha habido algún caso de intento autolítico entre su alumnado. Según este documento, el 93,2 % de los profesores afirma que hay un incremento de los problemas de salud mental, mientras que el 85,3 % de las enfermeras afirma que tiene algún alumno o alumna con diagnóstico relacionado. El 50,79 % de las familias, además, dice conocer a algún estudiante con ese tipo de problemas. Por todo ello, el 95,5 % de los y las docentes considera necesaria la presencia de profesionales de la sanidad —como la enfermera o el enfermero escolar— que traten la salud de forma regular e integral (física y mental) en el propio centro educativo.^{1,2}

1. RTVE.es (4 de junio, 2024). [Problemas de salud mental en los centros educativos de España: crecen la ansiedad, el TDAH y las autolesiones](#). RTVE.es.
2. IOInvestigación, ANPE y Satse. (2024). [Diagnóstico de la Salud Mental en las aulas](#). IOInvestigación, ANPE y Satse.

Causas de problemas de salud entre el profesorado



Fuente: Estudio de IO Investigación, ANPE y SATSE, Diagnóstico de la salud mental en las aulas.

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

3. *Ibid.*



Recomendaciones

- **Adoptar en las políticas públicas un enfoque basado en los derechos humanos** en el que, entre otros aspectos, se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones de las decisiones en materia de salud mental desde una **perspectiva intersectorial**.
- **Enfoque preventivo y detección temprana:** Implementar las recomendaciones efectuadas en el apartado destinado a niños y niñas de este mismo informe.
- **Desarrollar iniciativas sobre salud mental en centros educativos**, como promover actividades en las que jóvenes con problemas de salud mental compartan su experiencia con otras personas de su edad en centros escolares.
- **Humanización del sistema**, poniendo a la persona en el centro, de modo que no sean las personas las que deban adaptarse al sistema, sino que se desarrolle un sistema saludable al servicio de las personas.
- **Participación de las personas con problemas de salud mental como sujetos activos** y no como objetos de tratamiento, generando equipo con los distintos y distintas profesionales, en el que puedan estar presentes las personas con problemas de salud mental y las familias.
- Sin negar su necesidad en los casos que sea procedente, **apertura de un debate que lleve al análisis riguroso del fenómeno de la sobremedicación**, incluyendo también los factores sociales.
- **Incorporar un enfoque más equilibrado entre la visión biologicista y la psicosocial.**
- **Cuidar el vínculo terapéutico**, mediante la continuidad de la asistencia con profesionales de la Psiquiatría o Psicología de referencia o un equipo coordinado que comparta la historia exhaustiva de la persona, de manera que no se tenga la sensación de empezar de nuevo en cada consulta.
- **Desarrollar sistemas abiertos en las Unidades Hospitalarias de Agudos**, con personal motivado y formado en humanización y con la inclusión de otros profesionales que provean de actividades y diversas terapias a los servicios y tratamientos de la unidad, siguiendo las experiencias de buenas prácticas europeas.
- **Disponer medidas para cuidar a quienes cuidan**, en este caso, al colectivo sanitario.
- **Reforzar los primeros niveles de atención:** Inversión en Atención Primaria como puerta de entrada al sistema.
- **Dar a conocer la realidad de las personas con problemas de salud mental para despertar conciencias** sobre la base de su propio testimonio y generar cercanía con la situación, al tiempo que se pone el **énfasis en la capacidad de recuperación**.
- **Crear sistemas de control, seguimiento y corrección que garanticen el cumplimiento de los derechos.**

13

Derechos a trabajar en igualdad de condiciones que las demás personas

Artículo 27 CDPD.



Aspectos a tener en cuenta

Cuando el trabajo duele

La psiquiatra y comisionada de Salud Mental, Belén González, señala que, pese a que hay evidencia de que el trabajo puede dañar la salud mental, en España no se reconoce entre las enfermedades profesionales ninguna relacionada con esta y reivindica «cambiar las condiciones laborales para que el trabajo deje de doler» y de llenar las consultas de salud mental, teniendo en cuenta que «no tener trabajo», también es causa de sufrimiento psíquico.¹



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



Denuncia

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

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

Como revela el estudio '*La situación de la salud mental en España*', de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña,² «el cuidado de la salud mental no tiene un exclusivo carácter sanitario, sino que tiene que ver con una proyección de vida y de futuro, con oportunidades laborales, condiciones de trabajo dignas, políticas de vivienda y leyes de dependencia que protejan el bienestar de las personas cuidadoras».

En este sentido, el documento destaca que «en el caso de las personas con un problema de salud mental grave, la participación en el mercado de trabajo es una de las asignaturas pendientes» y, dado que

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

Adoptando esta perspectiva y disponiendo los recursos oportunos, un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para acceder al empleo. Las personas con problemas de salud mental tienen habilidades, capacidades y destrezas como cualquier otra. Muchas veces, lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas.

2. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). [La situación de la salud mental en España](https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/). Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; Fundación Mutua Madrileña.
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>



Recomendaciones

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

- **Impulsar una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental.**
- **Establecer una red de apoyos amplia y flexible, que permita la adecuación a cada caso, incluyendo la asistencia personal y la metodología de apoyo de pares.**
- **Crear una política organizacional que establezca estrategias de acción coordinadas y acciones que reflejen el mensaje de una cultura de bienestar.** Esto implica también una cultura de trabajo que incluya la reflexión y el debate permanente y la promoción de la conciencia entre trabajadores y trabajadoras sobre el comportamiento ético con cada persona, y realizando prácticas centradas en la persona y que capaciten para una comunicación sensible y adaptada.
- **Incorporar la perspectiva de género a la salud mental.** Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social, y sería beneficioso incluir criterios que pudieran favorecer su acceso al empleo público, además de promover medidas que favorezcan su incorporación al mercado laboral.
- **Promover programas de Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, empleo con apoyo, y reserva de plazas en plantillas públicas y empresas privadas.**
- **Fomentar programas de formación para el empleo.**
- **Apoyar experiencias de tipo cooperativo de personas con experiencia propia.**
- **Facilitar el acceso a viviendas supervisadas y mini-residencias, y ofrecer apoyo para acceso a la vivienda de personas con experiencia propia.**
- **Promover programas de desarrollo cultural y de ocio, para la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.**
- **Desarrollar programas de acompañamiento para monitores/as y auxiliares para personas en situaciones de crisis o en fase de recuperación, con participación de personas con problemas de salud mental.**
- **Impulsar programas para jóvenes, en coordinación con el ámbito educativo, para compartir experiencias, generar confianza y resiliencia, y combatir la soledad.**
- **Implementar mecanismos de monitoreo o seguimiento para evaluar el impacto de la reserva específica de plazas en la Administración Pública para personas con discapacidad, en general, y con problemas de salud mental, en particular, y ajustar las medidas conforme a los resultados.** Para ello se requiere de sistemas para recabar y compartir datos. Es necesario que las administraciones públicas dispongan y compartan información y datos adecuados y actualizados, desagregados por sexo, y sobre todo datos relacionados con el tipo de discapacidad, ya que la realidad de las personas con problemas

de salud mental es muy heterogénea y la generalidad las perjudicaría, no solo en los ajustes razonables necesarios para su inclusión, sino también en los avances de las políticas activas de empleo público. La especificidad en el abordaje de los tipos de discapacidad elevaría las posibilidades de acceso al empleo público. **La Confederación reclama un sistema de apoyos y adaptaciones que haga valer el derecho al trabajo de las personas con trastorno mental.**

- **Contar con la participación activa de entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad psicosocial en la implementación de estas medidas,** favoreciendo en todo momento una interlocución fluida con estas, a fin de impulsar la colaboración y promover actuaciones planificadas, destinadas a lograr cambios individuales y estructurales que contribuyan a eliminar las barreras que dificultan o impiden el acceso y mantenimiento del empleo por parte de las personas con problemas de salud mental. En este plan de colaboración y/o actuaciones conjuntas, se podría llevar a cabo un análisis ambiental y rediseñar los espacios y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas y creando entornos más inclusivos.



