

# CAJA DE HERRAMIENTAS DE DERECHOS

para profesionales de la salud mental





---

## Elaboración

Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona de la Federación Veus

## Entidades académicas participantes

Universidad de Barcelona  
Universidad de Gerona  
Universidad Yale

## Autoría

Francisco José Eiroá Orosa  
Cristina Pradillo Caimari

## Asesoramiento jurídico

Maria Àngels Porxas Roig

## Revisión

Cecília Rebeca Sánchez Moscona  
Elvira Rodríguez Calderón

## Financiación

Ayuntamiento de Barcelona  
Comisión Europea  
Diputación de Barcelona  
Fundación Víctor Grífols y Lucas  
Ministerio de Ciencia e Innovación  
Obertament



## Cita recomendada

Eiroa-Orosa, F.J.; Pradillo Caimari, C. (2022). *Caja de herramientas de derechos para profesionales de la salud mental*. Barcelona: Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona de la Federación Veus

# TABLA DE CONTENIDOS

<b>Objetivo de la guía, proceso de elaboración y personas destinatarias</b>	<b>4</b>
Garantizar los derechos: el papel profesional	5
Una tarea compartida	6

## CAJA DE HERRAMIENTAS DE DERECHOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

<b>1. Recibir un trato igualitario y no discriminatorio (Arts. 3,5 y 6 CDPD)</b>	<b>10</b>
1.1. Otras discriminaciones	12
1.2. Los medios de comunicación y el estigma	13
<b>2. Recibir información comprensible (Arts. 9 y 21 CDPD)</b>	<b>14</b>
2.1. El diagnóstico, las posibles causas y las posibilidades de recuperación.	17
2.2. Alternativas de tratamiento existentes, efectos y recursos de apoyo comunitarios	19
2.3. Ingresos involuntarios	21
2.4. Nuestros derechos	22
<b>3. Expresarnos libremente (Art. 21 CDPD)</b>	<b>24</b>
3.1. El paternalismo en la práctica clínica	27
3.2. Evaluación de la praxis profesional	28
3.3. Grupos de ayuda Mutua (GAM)	28
<b>4. Decidir sobre las nostras vidas y sobre nuestro tratamiento (Art.3,5,12,14,19,23,25 y 26 CDPD)</b>	<b>30</b>
4.1. Tratamiento farmacológico y alternativas	34
4.2. La Planificación de Voluntades Anticipadas (PDA) y el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)	36
4.3. El problema de la capacidad y la incapacitación	38
4.4. El empoderamiento: herramientas para conseguir que la persona sea realmente partícipe de su proceso	42
<b>5. Mantener nuestra confidencialidad e intimidad (art.22 CDPD)</b>	<b>44</b>
5.1. La (in)ofensiva vulneración de la confidencialidad	47
5.2. ¿Qué ponemos en los informes?	49
5.3. La persona tiene derecho a solicitar su historia clínica	49
5.4. Dudas de la persona sobre qué tiene que decir de su diagnóstico	50
<b>6. Disfrutar de nuestra libertad y recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles (Art. 14,15 y 16 CDPD)</b>	<b>52</b>
6.1. El aislamiento y la contención mecánica: cerrar a la persona en una habitación, o atarla a la cama durante largos períodos de tiempo, como medidas de control.	56
6.2. La terapia electroconvulsiva (TEC) aplicada sin consentimiento informado.	57
6.3. La reducción de la Coerción en Salud Mental: Hacia una atención basada en los derechos	59
<b>7. Vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (Art. 19 y 27 CDPD)</b>	<b>62</b>
7.1. Las pensiones, las ayudas y el trabajo	65
7.2. La vivienda	67
7.3. Participar de las actividades de la comunidad y el voluntariado	68
7.4. El conocimiento experto: La figura de la experiencia propia	69
<b>8. Recibir educación (Art. 24 CDPD)</b>	<b>70</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>73</b>

# Objetivo de la guía, proceso de elaboración y personas destinatarias

Esta guía pretende ser un instrumento de consulta sobre algunas de las herramientas que tenéis los y las profesionales<sup>1</sup> a la hora de garantizar los derechos de las personas con un diagnóstico de salud mental<sup>2</sup>. Para su elaboración, desde el Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona de la Federación Veus – Entidades Catalanas de Salud Mental en Primera Persona – hemos realizado una investigación cualitativa que ha incluido 11 grupos de discusión con profesionales de diferentes dispositivos de atención a la salud mental de nuestro territorio. Paralelamente, hemos hecho una búsqueda de instrumentos que contribuyan a garantizar el ejercicio de derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. Así, el documento que tenéis en vuestras manos consiste en una recopilación breve sobre los resultados del análisis de los grupos y los hallazgos de la búsqueda. El documento está dirigido a todos los y las profesionales de la salud mental interesados en garantizar los derechos durante la práctica profesional.

El marco legal en el que se circunscribe este trabajo es la “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (CDPD a continuación), aprobada en el 2006 por las Naciones Unidas, y parte del ordenamiento jurídico español desde el 2008.

---

1. A lo largo de la guía, intentará usar lenguaje inclusivo, pero se en ocasiones se utilizará el masculino genérico con el fin de facilitar la lectura. No obstante, somos conscientes de que muchas de las personas que nos dedicamos al ámbito de la salud mental y muchas de las personas usuarias no nos identificamos con ese género.

2. Con el fin de agilizar la lectura, cuando se utilice “diagnóstico” o “diagnosticada” a lo largo de la guía nos estaremos refiriendo exclusivamente al ámbito de la salud mental.

*“Porque al final un ciudadano es aquel que puede participar en las decisiones colectivas, más allá de las individuales, que también son importantes”.<sup>3</sup>*

## Garantizar los derechos: el papel profesional

Garantizar los derechos de las personas con experiencia de sufrimiento emocional no es una tarea exclusiva de los y las profesionales de la salud mental, sin embargo, vuestro papel es vital. Los y las profesionales estáis en contacto con las personas diagnosticadas y en muchos casos se establece una relación cercana y de confianza. Basar la asistencia en los derechos de las personas usuarias supone un cambio de paradigma en la manera de entender la atención.

*“Hay una parte que tiene que ver con la sociedad, pero también tiene que ver con los y las profesionales. Muchos de los y las profesionales están avanzando, pero muchos otros aún no.”*

Tener un diagnóstico de salud mental conlleva un estigma social<sup>4</sup>. Se tiende a pensar que las personas afectadas por malestar psíquico tienen dificultades para hacerse cargo de su vida y esto da pie a rechazo y discriminación, pero también a actitudes paternalistas. Así pues, los y las profesionales os encontraréis en una posición complicada ya que existe, por un lado, una demanda social enmarcada en un contexto complejo y, por otro, la persona diagnosticada con sus necesidades y aspiraciones.

3. Las citas literales del documento están extraídas de los grupos focales realizados con profesionales de la salud mental mencionados. Las únicas modificaciones que se han realizado han sido para hacerlas inteligibles fuera del cuerpo discursivo completo. Para asegurar la confidencialidad no se incluyen datos personales.

4. Entendemos que el estigma es la asunción de que la persona posee algún atributo que la hace inferior o indeseable.

*“Yo creo que cuando hacemos cosas que violan los derechos es porque no consideramos al otro igual ¿no?”*

*“Yo quería resaltar algo que me parece muy importante que es la actitud con que uno se pone delante del otro”.*

Para poder realizar este cambio de posición es necesario dotarse de nuevas herramientas. Desde distintos movimientos de personas usuarias y profesionales se han propuesto los conceptos de Recuperación y Ciudadanía como maneras de centrar el proceso terapéutico en fortalezas y el desarrollo de un proyecto de vida. Así pues, los paradigmas basados en la Recuperación y la Ciudadanía nos permitirán generar alternativas y centrar el modelo asistencial en las personas y sus derechos, a la vez que acompañarlas en el proceso según sus valores, preferencias y posibilidades.

## **Una tarea compartida**

A pesar de la importancia de la posición profesional, un cambio de modelo necesita de todos los agentes implicados. En materia de derechos, el ejercicio de estos no puede estar ligado exclusivamente a la posición del profesional.

Por eso consideramos esencial generar alianzas y reclamar a las instituciones públicas que ofrezcan información sobre los marcos legales que amparan nuestros derechos. También es esencial que los espacios en los que se lleva a cabo la práctica clínica sean los adecuados para favorecer los derechos de las personas atendidas y dispongan de los recursos necesarios.

*“Sin recursos, las respuestas siempre son más deficientes. Seguramente a menudo utilizamos fármacos porque no hay más que ofrecer.”*

En una línea similar, hemos podido detectar que los y las profesionales reivindicáis espacios reflexivos donde poder compartir lo que ocurre en la práctica clínica. Desde la Federación Veus apoyamos estas reivindicaciones y os animamos a seguir adelante con ellas.

*“Había un tiempo en que se hacían supervisiones en equipos, que es como una herramienta para que también los y las profesionales puedan cuidarse y reflexionar sobre lo que hacen y cómo lo hacen”*

*“En general faltan espacios de higiene mental para los y las profesionales. A mí me ayudaría bastante. Yo creo que estos espacios no están incluidos con el equipo con el que trabajas. Hablamos mucho de cómo tratamos a los pacientes, pero no de cómo nos tratamos a nosotros mismos.”*







# RECIBIR UN TRATO IGUALITARIO Y NO DISCRIMINATORIO

(Arts.3, 5 y 6 CDPD)

---

# 1. Recibir un trato igualitario y no discriminatorio (Arts. 3, 5 y 6 CDPD)

*Todas las personas tenemos derecho a recibir un trato igualitario y no discriminatorio.*

*Obertament*<sup>5</sup> ha realizado una serie de informes en los que se expone qué tipo de creencias estigmatizantes operan en el discurso y la práctica clínica. Es esencial ser consciente de los prejuicios que están vinculados a las categorías psiquiátricas para poder hacerlos explícitos y eliminarlos o reducir su efecto en la praxis profesional.

Así pues, un primer paso para lograr un modelo centrado en los derechos de la persona atendida es ser consciente de que, a pesar de ser profesionales, no estáis exentos de prejuicios.

*"También somos ciudadanos, estamos condicionados a lo que es el estigma social. También tenemos interiorizado el estigma hacia los pacientes."*

Como profesionales es importante que reflexionéis sobre la propia posición profesional y sobre qué prácticas contribuyen a reproducir y mantener la discriminación hacia las personas con diagnósticos.

En la misma línea, las personas diagnosticadas, como miembros de esta sociedad, también estamos condicionadas por los prejuicios. Esto es lo que se llama autoestigma. Por este motivo, es importante que los y las profesionales nos

---

5. Obertament (2016) *El estigma y la discriminación en la atención a la salud*. Consultable en :<http://www.spora.ws/wp-content/uploads/2017/03/2016.-Esp.-Estigma-a-Catalunya.pdf>

acompañéis en el proceso de deshacernos de las creencias estigmatizantes que hemos asumido con relación a nuestro diagnóstico.

Finalmente, es importante ser conscientes de que el modelo asistencial actual se encuentra muy marcado por una cultura paternalista. Esto favorece que se establezca una relación de poder en la que el profesional es quien decide sobre diferentes cuestiones de la vida de la persona<sup>6</sup>.

*“Se deciden cosas como si se puede trabajar o no; pero es que además decidimos si puede tener vivienda, dónde vivirá, dónde trabajará si trabaja, si tiene que relacionarse o tener pareja, o incluso cosas peores. En los resultados de Obertament del 2016 el 20% opina que no deben tener hijos; es decir, decidimos sobre este tipo de cosas también.”*

No obstante, no podéis perder de vista que asumir como propias nuestras decisiones o imponernos vuestro criterio es negarnos la posibilidad del ejercicio de nuestros derechos.

*“Reconocer al otro es escuchar su opinión e integrarla. Yo creo que no lo hacemos mucho cuando se trata de una persona que tiene un problema de salud mental.”*

---

6. Ver el apartado *“Decidir sobre nuestras vidas y sobre nuestro tratamiento”*

## 1.1. Otras discriminaciones

La discriminación no se da únicamente por el hecho de tener un diagnóstico de trastorno mental. Hay otras características que favorecen que aparezcan prejuicios sobre la persona: el género, la nacionalidad, el estatus económico... Para intentar minimizar estos prejuicios se debe ser consciente de los mismos.

*“En el servicio público atendemos a las personas más vulnerables. Las que tienen más recursos buscan otras alternativas y allí la atención puede variar, en el sentido de tener más presente a la persona. Las que veo más vulnerables, al menos desde mi experiencia, son las que tienen menos recursos.”*

Otro aspecto importante es el género. Las mujeres con un diagnóstico de salud mental contamos con una peor perspectiva de acceso al trabajo remunerado y tenemos menos herramientas y/o recursos para desempeñar un papel activo que nos permita tomar el control de nuestras vidas. Esto se debe, en parte, a la educación recibida y la asunción de los roles de género dominantes en nuestra cultura. Por lo tanto, es importante que la práctica clínica sea sensible a las perspectivas de género. También nos encontramos con que hay una falta de recursos de apoyo para ejercer la maternidad.

*“Respecto a las mujeres que tienen algún problema de salud mental importante está todo el tema de toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, la maternidad... Ahí hay un tema a mejorar, porque son cuestiones delicadas y con implicaciones éticas. Pero sí que es cierto que muchas veces decidimos por ellas o no les damos la información.”*

Como herramientas hay una serie de guías sobre cómo aplicar la perspectiva de género en la práctica clínica:

- *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género.*

Consultable en: <http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

- *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en Fedefes.*

Consultable en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudio-mujer-discriminacion-FEDEAFES.pdf>

## 1.2. Los medios de comunicación y el estigma

Los medios de comunicación emiten mensajes sobre la salud mental cargados de prejuicios. Estos crean opinión pública y generan representaciones sociales sobre aquello de lo que hablan. Por lo tanto, es muy importante denunciar los mensajes discriminantes emitidos. En la web de Obertament<sup>7</sup> se pueden denunciar aquellos mensajes que tienen un contenido estigmatizante hacia la salud mental.

Además, el diagnóstico de trastorno mental suele utilizarse para explicar conductas socialmente indeseables. Esto provoca que los miembros de la sociedad eviten buscar explicaciones complejas que comprometan mecanismos sociales favoreciendo estas conductas y, a la vez, genera prejuicios y discriminación hacia las personas diagnosticadas. Así, la utilización del diagnóstico de salud mental como explicación ante una conducta indeseable tiene una función de protección de la sociedad, al tiempo que legitima que se desplieguen mecanismos de control sobre las personas que padecemos.

---

7. Se pueden tramitar las denuncias en: <https://obertament.org/ca/alerta-estigma>



# RECIBIR INFORMACIÓN COMPENSIBLE

(Arts.9 y 21 CDPD)

---

## 2. Recibir información comprensible

(Arts. 9 y 21 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a recibir información suficiente y comprensible.*

No siempre recibimos toda la información sobre nuestro diagnóstico. Esto se debe muchas veces a la falta de tiempo durante las consultas. No obstante, los y las profesionales debéis tener en cuenta que el modelo asistencial tradicional asume que la persona diagnosticada es un agente pasivo y, por lo tanto, en ocasiones obviáis que debéis ofrecernos las herramientas para que nos transformemos en sujetos activos de nuestro proceso de recuperación.

*“Venimos de una cultura en la que no se ha preguntado, donde el alumno, el paciente, no tiene una parte muy activa en el desarrollo de su currículum, en el desarrollo de su formación. No se pregunta al médico qué tratamientos existen, qué alternativas hay. Venimos de una cultura que no pregunta mucho y que deja la responsabilidad de la actuación en manos del profesional encargado: profesor, médico, trabajador social.”*

Facilitar la información supone un esfuerzo y un cambio de mentalidad profesional. Además, los y las profesionales manifestáis tener miedo de las decisiones que podamos tomar si tenemos cierta información

*“Nos parece que debemos poder llegar a controlar toda la vida de la persona, no sólo el tratamiento, sino que a veces nos da miedo arriesgar dependiendo de qué decisiones pueda tomar la persona.”*



Hay que tener presente que la información sobre nuestra salud, en relación con el diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios, así como las alternativas al tratamiento, es un derecho de la persona. No pueden ser los miedos del profesional los que invaliden el ejercicio de nuestros derechos. Además, el hecho de que como profesionales compartáis la información con nosotros, nos ayuda a confiar y nos da herramientas para entendernos.

## 2.1. El diagnóstico, las posibles causas y las posibilidades de recuperación

En los centros de salud mental se da poca información sobre de dónde vienen y qué significan exactamente las categorías que aparecen en el diagnóstico. Esto provoca que la persona asuma todas las creencias sociales y culturales que se asocian a la categoría, favoreciendo así la aparición de autoestigma. Para evitar que esto suceda es necesario poner sobre la mesa lo que significa exactamente el diagnóstico en cada caso, así como las incertidumbres que este conlleva. Las explicaciones basadas exclusivamente en factores biológicos muchas veces son mal entendidas como “crónicas” y por tanto “de por vida”, dificultando nuestra recuperación y la posibilidad de dar significado a nuestro sufrimiento.

Por un lado, los y las profesionales sabéis que los determinantes sociales se relacionan fuertemente con el transcurso del trastorno. Explicitar esta información nos ayuda a ir más allá de las ideas previas que pudiésemos tener sobre un diagnóstico.

*“He trabajado en dos lugares diferentes de Barcelona y la diferencia social condiciona muchísimo. Creo que la red aquí [zona más acomodada] se utiliza mejor, allí se abandona más seguido el tratamiento, no hay seguimiento. Y eso influye muchísimo en las recaídas, la percepción del problema, la falta de apoyo, el abandono del tratamiento, en la conciencia de enfermedad... Y es un bucle: cada vez el ingreso es peor y llega un momento que deben terminar ingresados de por vida.”*

Por otro lado, cuando los y las profesionales consideráis que la persona usuaria no tiene “conciencia de enfermedad”, no solo asumís que es un problema personal, sino que se infravaloran las dificultades que conlleva aceptar el diagnóstico debido a las connotaciones asociadas. Por lo tanto, pensamos que vuestra tarea debe enfocarse en acompañarnos en nuestro sufrimiento y ofrecernos recursos explicativos con los que podamos significarlo.

Las personas tenemos derecho a no aceptar el diagnóstico y a poner objeciones. Los y las profesionales debéis poder reflexionar sobre las implicaciones que tiene el diagnóstico en nuestras vidas. Así, debéis poder ofrecernos información comprensible que nos permita relacionarnos con nuestro sufrimiento de la manera que decidamos.

*“Muchas veces el paciente no entiende ni porque está allí, porque según él no está enfermo.”*

Además, recordemos que el diagnóstico no es una sentencia. Si los y las profesionales reconocéis abiertamente que el diagnóstico de trastorno mental no tiene porqué seguir un camino predeterminado, parece coherente que nos permitáis iniciar caminos singulares hacia nuestra recuperación.

*“También es verdad que hay cosas que no sabemos.”*

## 2.2. Alternativas de tratamiento existentes, efectos y recursos de apoyo comunitarios

También es importante que nos proporcionéis información sobre los riesgos que asumimos aceptando o no ciertos tratamientos y sobre los recursos que podemos utilizar en caso de querer rechazar un tratamiento.

*“Ser consciente del riesgo que conlleva y saber qué hacer si algo pasa; yo creo que esto forma parte de la responsabilidad y del derecho a la información de la persona.”*

*“También es el derecho a tener información fidedigna: cuáles son los efectos positivos y cuáles pueden ser los efectos secundarios de un tratamiento sobre la salud física. Todo el tema del aumento de peso, el aumento de la angustia o de las posibles problemáticas dentales, entre otras.”*

*“Con una medicación que atenúa los síntomas que desestabilizan, yo creo que, si explicas las consecuencias y los efectos adversos, la adherencia al tratamiento es mejor.”*

Sabemos que muchos profesionales tenéis miedo de dar ciertas informaciones, ya que creéis que pueden provocar que nos neguemos a tratarnos. Sin embargo, debéis tener presente que los primeros interesados en encontrarnos bien somos nosotros y la información que nos podáis proporcionar solo nos servirá para valorar los pros y los contras de un tratamiento.

*“Con el tema de la información, ahora se ha integrado el consentimiento informado. Antes esto no se hacía. A la gente le ponías el litio y no le contabas de qué iba. Son tratamientos que, a ver, son eficaces, pero la persona debe estar informada de los riesgos que conlleva y aceptarlo y, si no, pues no se lo puedes dar y punto. Y ahora sí que lo hacemos sistemáticamente, informamos a la persona. También explicamos las ventajas que tiene, que son muchas. Pero a veces cuesta un poco que la persona acepte el tratamiento, pero bueno, es su derecho y punto.”*

Además, los y las profesionales nos debéis facilitar alternativas de tratamiento no farmacológicas. Existen terapias psicológicas que pueden funcionar o recursos comunitarios que pueden cubrir nuestras demandas.

Tampoco podéis olvidar que es un derecho decidir no seguir ningún tratamiento o cambiarlo. A continuación, enlazamos una serie de recursos que pueden facilitaros la tarea:

- *Instrumento de ayuda a la toma de decisiones en salud mental. (inglés)*

Consultable en: <https://health.ebsco.com/products/option-grid>

- *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una guía basada en la reducción de daños.*

Consultable en: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParalmpimir.pdf>

## 2.3. Ingresos involuntarios

Los ingresos involuntarios son una de las prácticas clínicas que generan más controversia.

*“La demanda social es que la persona con trastorno mental grave sea tratada: aunque no quiera, que sea ingresada. Aunque no quiera. O sea, la demanda social, lo que nos piden las familias, la sociedad en general, son las intervenciones involuntarias, en contra de la autonomía cuando el paciente tiene un trastorno mental.”*

Para la persona puede ser una experiencia muy traumática, especialmente cuando se aplican medidas de contención, aislamiento o medicación forzosa. Esto puede favorecer que respondamos de forma agresiva produciendo que esta respuesta acabe siendo leída como “irracional” o como un síntoma más del “trastorno”.

*“Evidentemente que una situación de ingreso, si es involuntario, puede favorecer respuestas de agresión, dependiendo de cómo se haga. Si se hacen más ingresos y más contención mecánica, ¿es porque hay menos personal? Puede ser una respuesta”*

Por lo tanto, hay que tener presente la influencia del ambiente como modulador de nuestra (y de vuestra) conducta. Es importante recordar que la persona sigue estando allí y que necesita que le deis información para que pueda responder según su voluntad. Además, hay que escuchar sus preferencias de trato, ya que ayudará a reducir la necesidad de poner en práctica medidas extremas, mejorando así la calidad de la atención. Para poder trabajar en esta línea, disponéis de herramientas como la planificación de decisiones anticipadas, que se explicarán más adelante.

*“Si estoy en fase aguda y estoy en una unidad, como me venga alguien que me de mil opciones, a lo mejor también me cuesta más. Entonces, si quieren saber cómo me gustaría que me trataran, mejor que me pregunten en un momento de estabilidad, no cuando acabe de ingresar en una unidad de agudos.”*

## 2.4. Nuestros derechos

Las personas con un diagnóstico podemos haber sido sometidas a diferentes situaciones de discriminación y haber interiorizado el estigma estigma social. Esto comporta que hayamos podido asumir y naturalizar la vulneración de derechos.

*“Yo creo que se ha avanzado mucho, pero cuando te pones en el día a día, ves que la gente con la que trabajas no es consciente de que tiene derechos. Entonces cualquier pregunta tonta que hagas sobre una decisión de su vida te dicen “¿tú cómo lo ves?” o “hablaré con mi madre a ver qué piensa” o “hablaré con mi psiquiatra a ver qué piensa ella”. Yo creo que tenemos que trabajar muchísimo este tema.”*

*“Creo que a veces la persona tiene una historia detrás que la ha llevado a creer que no tiene derechos, o que no tiene todos los derechos que tenemos los demás. Yo he tenido que trabajar muchas veces en este sentido”*

Algunos de los recursos que nos podéis ofrecer para que conozcamos y ejercemos nuestros derechos son los siguientes:

- *Guía de derechos en salud mental.*

Consultable en: [http://gr1p.cat/wp-content/uploads/Perez\\_Eiroa\\_2017\\_Guia\\_ES.pdf](http://gr1p.cat/wp-content/uploads/Perez_Eiroa_2017_Guia_ES.pdf)

- *Activa't per la salut mental (web catalana con diferentes recursos).*

Consultable en: <http://activatperlasalutmental.org>

- *Empoderamiento y defensa de derechos: Guía para la autodefensa de los derechos de las personas con discapacidad.*

Consultable en: [http://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Folleto\\_Empoderamiento\\_y\\_Defensa\\_de\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Folleto_Empoderamiento_y_Defensa_de_Derechos_Humanos.pdf)

- *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales en España.*

Consultable en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2016.pdf>

- *Derechos humanos y salud mental en Andalucía.*

Consultable en: [http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod\\_label/intro/EASP\\_Informe\\_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf](http://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod_label/intro/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf)

- Bhugra, D. (2016). Bill of Rights for Persons with Mental Illness. *International Review of Psychiatry*, 28, 335–335.

Consultable en: <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210580>





# EXPRESARNOS LIBREMENTE

(Art.21 CDPD)

---

### 3. Expresarnos libremente (Art. 21 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a expresarnos libremente en todos los ámbitos de nuestra vida.*

En la práctica clínica las personas con un diagnóstico no siempre nos sentimos cómodas expresando nuestra opinión o el deseo de un cambio. En muchas ocasiones tenemos miedo de que los y las profesionales interpretéis nuestras quejas o nuestro desacuerdo como un síntoma. Sabéis que este miedo no es infundado, ya que muchos conocéis casos en los que hemos sido ingresadas o incapacitadas, por el hecho de expresar disconformidad. Por ello, debéis generar un clima en que podamos sentirnos cómodas para expresar nuestras preferencias.

*“No es fácil que el paciente se sienta cómodo para poder hablar de su tratamiento, poder elegir, poder decidir no tomarlo. Esto es algo que nos cuesta mucho aceptar. Que la gente a veces no se quiere tomar el tratamiento y está en su derecho de no hacerlo.”*

El derecho a la libre expresión es fundamental, ya que es lo que nos permite denunciar las prácticas y las situaciones en las que se nos discrimina.

En el siguiente enlace encontraréis una guía en la que se trata la importancia de poder compartir, así como una serie de consejos para generar espacios adecuados para ello:  
<http://www.infocop.es/pdf/saldremos-de-esta.pdf>

### 3.1. El paternalismo en la práctica clínica

Como bien sabéis, el modelo de asistencia a la salud mental se encuentra fuertemente influido por las dinámicas paternalistas donde la última palabra la tiene el profesional

*“Hemos pasado de un modelo muy paternalista, casi sin ningún tipo de derecho para las personas que sufrían algún problema mental, a un modelo más social en que la persona tiene derecho a dar su opinión, a poder ejercer sus derechos y a reclamarlos.”*

Esto provoca que en la praxis clínica aún encontremos profesionales que se sienten incómodas con las preguntas que realizamos o con nuestra demanda de información. Las personas con un diagnóstico a menudo nos encontramos en momentos complicados y agradecemos mucho que los y las profesionales nos permitáis hacer preguntas sobre todo lo que nos preocupa.

*“Y si eres de los que se quejan o preguntan pues ya te etiquetan: Mira, ya está la pesada esta...”*

El hecho de que los y las profesionales nos tratáis desde la horizontalidad hace que nos sintamos reconocidos, que sintamos que podemos expresar nuestras quejas y que éstas sean escuchadas.

## 3.2. Evaluació de la praxis profesional

Algunos profesionales remarcarían la necesidad de que la persona atendida disponga de instrumentos para evaluar la praxis profesional.

*“Detrás de un profesional ha de haber unas actitudes. El hecho de contar con unos indicadores de evaluación sería genial.”*

En el siguiente enlace encontraréis un documento donde se explica cómo facilitar que la persona atendida pueda hacer una queja:

- *Making Complaints: A guide for mental health service users (inglés)*

Consultable en: <https://www.hrc.co.nz/files/4814/2396/8217/15 Dec-2010 11-52-40 MakingComplaints.pdf>

## 3.3. Grupos de ayuda mutua (GAM)

Los grupos de ayuda mutua están formados exclusivamente por personas que comparten alguna característica; en este caso, compartimos el diagnóstico de salud mental. Sin embargo, tanto la heterogeneidad de los participantes como el nivel de autoorganización varían de un grupo a otro. En cualquier caso, el fin último de este modelo es que las personas podamos compartir libremente nuestras experiencias y aprender de las de nuestros compañeros.

Así pues, la tarea de los y las profesionales es la de posibilitar las condiciones para que las personas podamos disfrutar de este espacio. Como recursos os presentamos la siguiente guía:

- *Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua.*

Consultable en: [https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod\\_label/intro/GUIA\\_MODERADOR\\_GRUPOS\\_AYUDA\\_MUTUA.pdf](https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod_label/intro/GUIA_MODERADOR_GRUPOS_AYUDA_MUTUA.pdf)

- *Guía per a Grups d'Ajuda Mutua de Salut Mental en primera persona. (catalán).*

Consultable en: [http://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2018/03/guia-1a-persona-21\\_03-1530.pdf](http://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2018/03/guia-1a-persona-21_03-1530.pdf)



DECIDIR SOBRE  
NUESTRAS VIDAS  
Y SOBRE NUESTRO  
TRATAMIENTO

(Arts.3,5,12,14,19,23,25 y 26 CDPD)

---

## 4. Decidir sobre nuestras vidas y sobre nuestro tratamiento

(Arts. 3,5,12,14,19,23,25 y 26 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a decidir libremente en todos los ámbitos de nuestra vida.*

*“Yo creo que el derecho que menos se protege, o que menos se cumple, es el derecho a decidir. Creo que los y las profesionales aún decidimos por ellos en un despacho, con la bata blanca, o directamente les informamos de la decisión. Pero no, no contamos con ellos.”*

A pesar de que la administración de medicación sin ningún tipo de consentimiento es una práctica casi extinta, excepto en los ingresos, las personas con un diagnóstico no siempre decidimos sobre nuestro tratamiento.

*“Ahora nadie pensaría que esto se podría hacer, pero hace unos años, esta práctica de dar medicación sin el consentimiento del paciente o diciendo que eran vitaminas, se hacía a menudo.”*

Los motivos que citáis los y las profesionales por los que se vulnera el derecho a decidir van desde el miedo a nuestras decisiones, hasta los prejuicios derivados del estigma social, pasando por la influencia del paternalismo y la presión del entorno.



*“Entonces la capacidad es la que a veces se nos queda allí como si la persona la hubiera perdido del todo desde el principio y ya no la hubiera vuelto a recuperar.”*

*“Yo creo que se tiende al modelo anterior, al del paternalismo. El decidir por el otro porque ya asumes que la persona es poco competente...”*

Además, debéis tener en cuenta que las personas diagnosticadas podemos haber terminado por aceptar la vulneración de este derecho. Por lo tanto, os pedimos que, desde vuestra posición, nos recordéis que tenemos este derecho y nos facilitéis su ejercicio.

*“En mi servicio tenemos una situación privilegiada de pocos usuarios, con un planteamiento muy personalizado y muy de acuerdo con los objetivos de la persona a quien atendemos, y topamos con la realidad de que culturalmente son preguntas que antes no se hacían y que a las personas que atendemos les cuesta muchísimo contestar.”*

No respetar el derecho a decidir supone reproducir y reforzar la idea de que somos incapaces de ser autónomos por el hecho de tener un diagnóstico.

*“El tema de la autonomía: está machacada por el hecho de decidir por el otro.”*

Somos conscientes de que, en muchos casos, los y las profesionales que intentáis respetar este derecho tenéis que realizar un esfuerzo personal y exponeros a la crítica.

*"Si decides que no, en contra del sistema, ya eres un activista, un antipsiquiatra. Y a nivel profesional igual; a los y las profesionales que pensamos así se nos ponen barreras continuamente..."*

Garantizar este derecho es esencial para nuestro proceso de recuperación. Desde la Federació Veus, promovemos un modelo basado en la recuperación, entendida como un proceso personal e idiosincrático en el que la persona es la protagonista. En este modelo, el papel del profesional es el de facilitar las condiciones y acompañar a la persona en sus decisiones, teniendo presente que la persona tomará el camino que crea conveniente y no necesariamente el que escogería el profesional.

*"Escuchar al otro e integrar la opinión del otro significa aceptar que el otro también puede equivocarse. Es su decisión. No te equivocas tú, se equivoca él. Tú puedes aconsejarle, pero al final es su elección y su derecho."*

#### 4.1. Tratamiento farmacológico y alternativas

En relación con el tratamiento, muchos profesionales mostráis reticencias a que las personas diagnosticadas opinemos. Sin embargo, es preciso recordar que quien debe seguir el tratamiento es la persona diagnosticada y que la medicación puede tener efectos que dificulten su adherencia.

*“El usuario te dice que cuando salga no se tomará la medicación, pero existe como esta desconexión de “mientras estás aquí, sí” y luego salen y te das cuenta de que hacen lo que te dijeron. No se toman la medicación y piensas que es algo que se podría trabajar. A veces no somos conscientes que después la persona seguirá con su vida y que realmente hay que respetar sus decisiones incluso dentro del hospital.*

Se ha demostrado que cuando se acuerda el tratamiento y las personas tomamos decisiones al respecto (independientemente de cuál sea esta decisión), mejora tanto la adherencia como la satisfacción personal. Así, como profesionales comprometidos con el ejercicio de los derechos, es vuestro deber facilitar la información pertinente para que las personas seamos competentes para decidir<sup>8</sup>.

Es importante recordar que:

- Cuando se habla de tratamientos y de ofrecer alternativas no se habla únicamente de tratamiento farmacológico

*“¿El paciente tiene derecho a elegir el tratamiento? ¿Hay posibilidad de elegir un tratamiento o a menudo solo existe la posibilidad de un tratamiento farmacológico con los trastornos mentales severos? Nosotros intentamos que sí y que haya posibilidad de llevar a cabo abordajes más psicoterapéuticos.”*

---

8. Ver: “Recibir información comprensible: Alternativas de tratamiento existentes, efectos y recursos de apoyo comunitarios”

- Las personas tenemos derecho a decidir que no queremos ningún tipo de tratamiento. Los y las profesionales tenéis que poder aceptar esta decisión y generar las condiciones para que podamos contar con vosotros en el futuro si así lo deseamos.

*“Una alternativa sería convivir con las voces. Y esto no se trata en ningún sitio. Y el derecho a no recibir tratamiento también es un derecho.”*

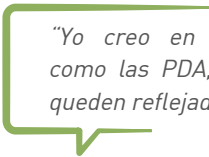
*Claro, podemos dar la información y acompañar la decisión que tome la persona. La persona puede decidir por sí misma, sabiendo que puede contar contigo y que puede volver si lo necesita.”*

## 4.2. La Planificación de Voluntades Anticipadas (PDA) y el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)

Los problemas de salud mental pueden presentar momentos en los que las personas no podemos decidir. Aunque estos son puntuales, los planes de voluntades anticipadas pueden ser una herramienta muy útil para que se respeten nuestras preferencias de cuidado y tratamiento en un momento en que podemos tener más dificultades para expresarlas. Además, el hecho de anticipar como se nos tratará nos ayuda a recibir mejor la ayuda profesional cuando no estamos bien.

*“Está todo el tema de las voluntades anticipadas. Que es un tema que de momento no se está poniendo en práctica, pero supongo que irá cogiendo fuerza. Y eso, aquí es importante: una cosa son los derechos que tenga y otra cómo quiero ser tratado.”*

Hay dos herramientas que podemos utilizar con este fin: La Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) y el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). La primera es una herramienta de atención sanitaria que se inicia y se prepara a través de un proceso de deliberación entre el profesional, la persona usuaria y, si éste lo desea, su familia y otras personas cercanas. Su objetivo es planificar el futuro proceso de atención durante una crisis o en momentos en que la persona usuaria no pueda decidir por sí misma. La PDA, a diferencia del DVA, no tiene efectos legales vinculantes, pero sí es éticamente vinculante, aparte de ser una herramienta de trabajo para reforzar la relación terapéutica. En cambio, el DVA es un instrumento legal, con efectos vinculantes para el profesional, en el que la persona usuaria, de forma unilateral o tras deliberar con su profesional de referencia, determina cómo quisiera ser tratado ante futuras situaciones en las que no podrá decidir. No se trata de una lista de deseos, sino de una exposición de las preferencias de trato y tratamiento; por ejemplo, qué tipo de medicación preferimos recibir, qué tipo de atención deseamos o qué profesional preferimos que nos atienda. Ambos documentos permiten que elijamos un representante para que tome las decisiones sobre nuestra salud cuando nosotros no lo podamos hacer.



*“Yo creo en trabajar con cosas así y herramientas como las PDA, bien escritas en la historia clínica y que queden reflejadas.”*

Para tener más información y algunos ejemplos de documentos para realizar un plan de decisiones anticipadas en salud mental, se puede consultar:

• *Planificación anticipada de decisiones en salud mental: guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental.*

Consultable en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM\\_2020\\_0.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf)

• *Guia per a l'aplicació pràctica de la planificació de decisions anticipades. (catalán)*

Consultable en: [https://salutweb.gencat.cat/web/content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/guia\\_pda\\_definitivav11.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/guia_pda_definitivav11.pdf)

### 4.3. El problema de la capacidad y la incapacitación<sup>9</sup>

Las personas con un diagnóstico en salud mental en ningún caso perdemos todas nuestras capacidades de forma permanente. Incluso en los casos considerados como graves, las personas mantenemos la capacidad de decidir sobre aspectos relevantes de nuestra vida si se nos da suficiente información.

*“Debemos recordarle que en algún momento tiene la capacidad para poder decir no.”*

Por lo tanto, la capacidad de tomar decisiones se encuentra estrechamente relacionada con la información de la que disponemos. Los y las profesionales debéis ofrecernos información de calidad a fin de hacernos competentes en nuestras decisiones<sup>10</sup>.

9. Los testimonios que se presentan a continuación se corresponden con el periodo previo a la aprobación de la ley 8/2021, en vigor desde septiembre del mismo año, que pone fin a la incapacitación judicial en España por lo que se elimina la tutela y la patria potestad prorrogada o rehabilitada.

10. Ver: “Recibir información comprensible”

Incluso en las situaciones más extremas<sup>11</sup>, si se dispone de soportes flexibles y adecuados, las personas somos capaces de decidir. Es así una tarea profesional garantizar que se den las condiciones para que las personas podamos desarrollar nuestras potencialidades.

A partir de la aprobación de la ley 08/2021 que reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad, desaparecen del lenguaje jurídico los términos “incapaz” y “incapacitado” al eliminarse la incapacitación judicial. Esta medida era contraria a los postulados de la *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. No obstante, en aras de la seguridad y la protección se trataba de una medida muy común en nuestro contexto y bastante aceptada socialmente.

*“La incapacitación total es un tema que a nivel jurídico no debería existir. Es una incongruencia con la “Convención de los Derechos Humanos”, sin embargo, el 90% de las incapacitaciones que se dan, son así.”*

*“Una de las personas que yo atendía tenía una enfermedad que le provocaba hemorragias digestivas. Esta persona, por miedo, no se quería operar. En lugar de buscar una incapacitación temporal para este tema en concreto, estaba recibiendo transfusiones de sangre continuamente. Necesitaba la operación y no tenía las competencias para decidir sobre ese aspecto, pero el resto de su vida funcionaba perfectamente. Ya está, simplemente tenía miedo, como podía tenerlo yo. Se promovió una incapacitación por parte de la familia, nosotros hicimos el informe recomendando que sólo se hiciera una incapacitación parcial y temporal en ese acto médico en concreto, que eso existe. Esta persona quedó incapacitada cien por cien.”*

---

11. Ver: “Decidir sobre nuestras vidas y nuestro tratamiento: El plan de voluntades anticipadas (PDA) y el Documento de voluntades anticipadas (DVA)”

Además, en cuestiones legales, muchas veces las personas de nuestro entorno tienen una falta de información o información inadecuada, a pesar de ser quienes solían solicitar acciones como la incapacitación.

*“Se plantean la incapacitación del familiar para resolver el problema que tienen. Ellos piensan que es la única manera de que lo traten, de que se ingrese y esté ingresado el tiempo que necesite. Lo que se busca muchas veces es eso, cuando la incapacitación no tiene estos objetivos. Hay que informarles de qué es y qué objetivos tiene la incapacitación”*

*“Debes explicárselo a la persona y también al familiar porque piensa que cuando le incapacite, lo pondrá en una residencia y se olvidará. ¿Cuántas veces nos hemos encontrado con esto? Y tienes que explicar: “No, si él no quiere ir a una residencia no irá.” “Ah, y entonces, ¿para qué me sirve la incapacitación?”*

A pesar de que la ley prevé revertir las incapacitaciones dictaminadas previamente, recuperando así el ejercicio de los derechos, esta revisión particular de cada uno de los casos tendrá una duración estimada de dos a tres años. El proceso de adaptación a la nueva ley requiere cambios considerables en varios ámbitos. Por ahora, la persona incapacitada no puede acceder a la justicia de manera autónoma, de forma que hace falta que intervenga el representante legal asignado. Además, la cultura jurídica de nuestro entorno facilita y promueve si no ya la incapacitación, las medidas de máximos que la sustituyen.

La curatela, que todavía sigue vigente en el Estado Español, ya no existe en Cataluña a partir de la aprobación del Decreto Ley 19/2021 del 31 de agosto. También supone una modificación de la capacidad de obrar, pero limitada a ciertos aspectos de la vida, que decidirá el juez. En principio, la



persona que actúa como curador no puede tomar decisiones por el otro, sino que debe complementar su capacidad y ayudarle a decidir. En la práctica, no obstante, y debido a un desconocimiento del alcance exacto de esta figura, el curador se acaba comportando como un tutor, tomando decisiones por la persona afectada y excediéndose así en sus funciones.

*“Una persona que estaba con una curatela dijo “yo tengo una curatela porque hay algunos aspectos de mi vida que no sé manejar y necesito ayuda, pero sólo algunos aspectos de mi vida. Y la fundación, o la persona que tiene mi curatela, no me deja hacer nada. No hay ninguna elección que yo pueda tomar de forma libre.”*

Como profesionales podéis hacer presión a los órganos fiscales para que intervengan demandando y acelerando los procesos de recapacitación. Además, debéis saber que tanto los antiguos tutores, como los curadores tienen el deber de promover la recuperación de las capacidades de la persona.

También podéis promover el uso de figuras acordes con el nuevo ordenamiento jurídico como:

• **EL ASISTENTE PERSONAL:**

figura de confianza que escoge y solicita la persona ante un juez para realizar una tarea de apoyo a la toma de decisiones, sin la modificación de su capacidad de obrar.

• **LA GUARDA DE HECHO:**

persona del entorno que ejerce las funciones de velar y proteger a la persona sin tener que ser nombrada por un juez o modificar las capacidades de obrar de la persona.

*“Yo ahora empiezo a usar bastante la figura de asistencia porque creo que es mucho mejor. Pero hasta ahora no había una alternativa que evitara que una persona pudiera endeudarse, perderlo, o regalarlo todo. Sólo tenías la curatela.”*

*“Es un esfuerzo del profesional formarse, investigar, y defenderlo ante fiscales y jueces. Y con la familia, reconozco que cuesta mucho.”*

Sobre todo, os rogamos que, como profesionales, os informéis antes de dar información y consejos en relación con estas medidas jurídicas. Como bien sabéis, se trata de un tema muy complejo y con infinidad de efectos sobre nuestra vida.

#### **4.4. El empoderamiento: herramientas para conseguir que la persona sea realmente partícipe de su proceso**

El empoderamiento es un concepto complejo que se podría definir como el proceso por el cual un grupo desfavorecido recupera el poder y la independencia para decidir sobre su vida y relacionarse con su comunidad de la forma que considere. En el campo de la salud mental los modelos asistenciales que se han articulado históricamente se han construido alrededor de las ideas de enfermedad, déficit o debilidad. Los y las profesionales debéis tener en cuenta que, por un lado, aún somos herederos de un modelo paternalista; y, por otro, que muchos de nosotros hemos “aprendido” a vivir desprovistos de derechos.

Así pues, queremos animaros a que facilitéis nuestro empoderamiento. Esto implica que nos ofrezcáis los recursos necesarios para poder relacionarnos con nuestro entorno de la manera que nosotros decidamos. Sin embargo, queremos recordaros que no consiste en infantilizarnos, coaccionarnos o persuadirnos para que aceptemos aquello que vosotros (o nuestros familiares) creéis conveniente. Consiste en generar

espacios en los que se nos recuerde que nuestra vida nos pertenece y que nos corresponde decidir cómo dirigirla.

Finalmente, nos gustaría remarcar que para que se produzca un verdadero empoderamiento es necesario un cambio profundo en los roles que ocupamos en la asistencia clínica: tanto el profesional como la persona usuaria. Se trata de un problema estructural que es difícil de resolver. Somos conscientes de las dificultades que comporta y de que se requiere tiempo. No obstante, no podemos perder de vista este objetivo y tenemos que dirigirnos hacia él juntos.

En los siguientes enlaces encontraréis algunos de los recursos disponibles para favorecer el empoderamiento en el campo de la salud mental:

- *Empoderamiento del usuario de salud mental.*

Consultable en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)

- *Guía PARTISAM: promoción de la participación y la autonomía en Salud Mental .*

Consultable en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PARTISAM.pdf>



# MANTENER NUESTRA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD

(Art.22 CDPD)

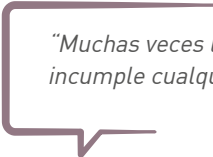
---

## 5. Mantener nuestra confidencialidad e intimidad (Art. 22 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a que se respete nuestra intimidad y privacidad.*

*Esto es especialmente importante en los contextos asistenciales donde la confidencialidad es fundamental.*

Aunque la organización institucional puede afectar a la garantía de este derecho, mantener la confidencialidad e intimidad de la persona es también una tarea de los y las profesionales.



*“Muchas veces la forma de hacer las cosas en los hospitales incumple cualquier normativa de confidencialidad.”*

En la práctica clínica en salud mental es fundamental la confianza. Las personas tenemos que poder explicar lo que nos pasa con la garantía del secreto profesional. Este es un deber del profesional y del equipo. Afortunadamente, la mayoría de los y las profesionales sois conscientes de la importancia de la confidencialidad en el transcurso del tratamiento y las situaciones de vulneración se dan tan sólo puntualmente. Sin embargo, debéis poder denunciar la vulneración de este derecho.

Nos hemos encontrado que hay algunas prácticas profesionales que se dan sin garantizar nuestra intimidad, exponiéndonos a situaciones que pueden ser vividas como humillantes y que nos deshumanizan. Esto además de ser intolerable, dificulta las actuaciones profesionales futuras. Por lo tanto, los y las profesionales debéis poder negaros a participar de estas situaciones y denunciarlas.

*“La terapia electroconvulsiva (TEC), en los casos que he visto, después de hacerlo de una forma totalmente sin intimidad, sin preparación previa, solo le daban una bolsita y sus slips para la pérdida de orina. Sinceramente, me cuesta mucho después seguir trabajando, en todos los aspectos.”*

## 5.1. La (in)ofensiva vulneración de la confidencialidad

Algunos profesionales habláis de nosotros utilizando la etiqueta diagnóstica. Esto no sólo esencializa nuestra identidad, sino que también da una información sobre nuestra persona que no tenéis derecho a compartir.

*“El tema de la privacidad, intimidad, confidencialidad... se etiqueta sin problema, o sea, nosotros decimos: “Es un esquizofrénico”. Lo seguimos haciendo en general, los y las profesionales.”*

También son comunes las bromas sobre nosotros. Bajo la apariencia inofensiva del humor, se reproducen prejuicios sociales y se da información que afecta a nuestra intimidad. Así, os pedimos que evitéis las bromas sobre las personas a las que atendéis.

*“La confidencialidad, sí, nos llenamos la boca, estamos diciendo que cumplimos, pero cuantas veces algún chascarrillo, alguna broma hacemos entre personas diferentes y son personas a las que estamos atendiendo...”*

Otro aspecto importante es la información que nos solicitáis. Algunas veces nos encontramos con profesionales que nos preguntan sobre aspectos de nuestras vidas que no son relevantes para la praxis clínica y que vulneran nuestro derecho a la intimidad.

*“Los diferentes profesionales tenemos acceso a un tipo de información concreta. Porque según la categoría profesional pues hay cosas que no... Que a lo mejor no tenemos derecho a saber.”*

En la misma línea, las personas diagnosticadas tenemos derecho a la privacidad y a decidir cuándo y qué contar.

*“El derecho a la privacidad. Estamos demasiado acostumbrados a meternos en sus casas sin pedir permiso.”*

En el caso de las unidades de régimen cerrado nos encontramos que los y las profesionales están al corriente de las conversaciones y las relaciones que se mantienen entre las personas que estamos ingresadas, a veces debido a un exceso de intromisión en nuestra vida.

*“Ellas [las enfermeras] quizás saben mucho más sobre las conversaciones que tienen entre ellos”*



## 5.2. ¿Qué ponemos en los informes?

Cuando a los y las profesionales se os solicita un informe, debéis tener cuidado con la información que dais, ya que puede ser utilizada con diferentes fines. En este tema nos encontramos con muchas dudas profesionales.

*“Con los tóxicos...que siempre es un poco... Poner si sabes que el paciente tiene un trastorno por dependencia de cannabis, que quizás es lo más frecuente. Hasta qué punto conviene ponerlo o no ponerlo en el informe.”*

## 5.3. La persona tiene derecho a solicitar su historia clínica

La historia clínica contiene información muy íntima que puede ser malinterpretada y que se debe proteger; sólo se debe compartir con los y las profesionales encargados de los temas de salud mental cuando proceda.

Cuando una historia clínica cae en manos de personal sanitario generalista, a menudo se despliegan prejuicios dificultando que se nos escuche en la demanda médica que realizamos y haciendo sobre atribuciones donde el diagnóstico parece ser “omniexplicativo”. Esto puede derivar en tratos discriminatorios. Es muy importante que se garantice el uso de la historia clínica con la finalidad con la que se creó, que es la de ofrecer una asistencia adecuada. Tampoco hay que olvidar que los y las profesionales no podéis dar información a nuestra familia si nosotros no lo autorizamos.

Como profesionales debéis recordar que la historia clínica pertenece a la persona, de manera que la puede solicitar en cualquier momento. Los proveedores de servicios de salud mental, tanto públicos como privados, están obligados a facilitar una copia de la historia clínica sin coste adicional. Si la institución en la que trabajas se niega a entregarla, podéis facilitarnos la dirección de la Agencia Española de Protección de Datos<sup>12</sup>. Esta entidad, de forma gratuita, nos ayudará a conseguirla.

Actualmente, en Cataluña disponemos de un espacio digital, *La Meva Salut*<sup>13</sup>, desde el que podemos acceder a nuestra historia clínica y a otra información personal.

#### 5.4. Dudas de la persona sobre qué tiene que decir de su diagnóstico

Las personas diagnosticadas sabemos que podemos sufrir discriminaciones en diferentes ámbitos de nuestra vida: en el trabajo, con los amigos, con la pareja, en sanidad, etc. Muchas veces no sabemos si debemos hablar o no de nuestro diagnóstico y tenemos miedo de que la gente lo descubra. Los y las profesionales debéis ser conscientes del estigma social que conlleva, acompañarnos y apoyarnos en nuestra decisión de explicarlo, o no, a nuestro entorno. Además, nos podéis recordar que no es necesario que explicitemos nuestro diagnóstico si no queremos, ya que tenemos derecho a la intimidad y confidencialidad acerca de nuestro estado de salud.

---

12. <http://www.agpd.es>

13. <https://lamevasalut.gencat.cat/>

---

6. Disfrutar de nuestra libertad y recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles





DISFRUTAR DE  
NUESTRA LIBERTAD Y  
RECIBIR PROTECCIÓN  
CONTRA LA TORTURA  
Y OTROS TRATOS  
CRUELES

(Art.14, 15 y 16 CDPD)

---

## 6. Disfrutar de nuestra libertad y recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles (Art. 14, 15 y 16 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental tenemos derecho a recibir un trato empático y humano que evite al máximo cualquier forma de reclusión o maltrato.*

Desde las Naciones Unidas, se ha manifestado que algunos de los tratamientos que se practican responden a lógicas de tortura y maltrato<sup>14</sup>. Esto se debe a que se ejerce violencia directa sobre la persona.

*“Aún se aplican tratamientos que son coercitivos en salud mental, como el tratamiento involuntario. Llevar a cabo medidas coercitivas o restrictivas, como son el aislamiento y las contenciones, no es respetar los derechos humanos.”*

Hay situaciones de crisis donde un ingreso nos puede salvar la vida. Sin embargo, a medio y largo plazo no tiene un efecto terapéutico, además, lo podemos vivir de forma muy traumática. Por lo tanto, os pedimos a los y las profesionales que sigáis los protocolos propuestos por la Organización Mundial de la Salud cuando tramitéis un ingreso involuntario <sup>15</sup>.

---

14. Méndez, J.E. (2013) Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf)

15. World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe*. [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)

*“Después de todo, es un secuestro legal lo que hacemos nosotros. Suena muy bestia, pero es la verdad. Y para ayudar y proteger a la persona en ese momento es necesario.”*

Aunque parezcan necesarios, existen recursos que nos plantean la posibilidad de eliminar esta práctica.

*“En Inglaterra, por ejemplo, están los “stayed-houses” que son unos pisos donde se puede enviar a chicos jóvenes unos días. Chicos que en casa no están bien o no tienen un apoyo familiar, van allí unos días. A mí me encantaría poder hacer eso”*

Sin embargo, este cambio de modelo no se encuentra únicamente en manos del profesional; necesita de la alianza con la administración y que se destine una parte del presupuesto a generar este tipo de recursos. El papel directo del profesional puede ser el de paliar la experiencia traumática que supone un ingreso involuntario. Antes de llevarlo a cabo debéis tener en cuenta que este puede ser vivido muy violentamente.

*“Una cosa es involuntario y otra es forzado. Forzado significa intervenir más violentamente.”*

*“Una persona que ha vivido un ingreso involuntario muy traumático, en el que no se han hecho las cosas bien, luego no confía en nosotros. Entonces, por desgracia, no se puede trabajar.”*

Es importante asegurarse de que los ingresos no se alarguen más de lo necesario. También hay que tener presente que incumplir vuestras prescripciones, no implica que necesitemos un ingreso.

*"Hemos visto casos que han estado dos años bien y que ingresan. Pero sin ser un peligro para sí mismos, ni para los demás; a veces nos sobre implicamos y los ingresamos por otras razones..."*

### 6.1. El aislamiento y la contención mecánica: cerrar a la persona en una habitación, o atarla a la cama durante largos períodos de tiempo, como medidas de control.

Algunos profesionales piensan que el aislamiento en agudos es necesario y debe ser total para ser coherentes con el espacio hospitalario y para responder a una demanda de seguridad para los y las profesionales. No obstante, estas creencias no están justificadas con la eficacia del tratamiento.

*"La presión social obliga a que los y las profesionales pensemos en nuestra seguridad."*

También hallamos muchas resistencias profesionales para dejar de implementar las contenciones mecánicas y respetar las preferencias de la persona usuaria. A nivel Estatal se ha constituido una campaña (0contenciones) de denuncia a las contenciones mecánicas que ofrece recursos para su eliminación.



- El tratamiento involuntario, la medicación forzosa y la sobre medicación: medicar en exceso o por la fuerza como estrategia para someter a la persona.

Una creencia profesional es que las intervenciones involuntarias pueden facilitar la relación terapéutica. No obstante, cualquier intervención involuntaria supone que se invaliden nuestros derechos, dificultando nuestro proceso de recuperación y mermando la confianza en los y las profesionales.

*“A veces tenemos que hacer intervenciones involuntarias con una persona joven que no tiene un buen vínculo con ningún profesional de salud mental. Cuando ya se tiene un vínculo es más difícil hacer un involuntario porque se suele pedir ayuda. Y se acepta esa ayuda porque hay confianza.”*

Además, muchas de las personas con un diagnóstico tenemos miedo del ingreso como respuesta del profesional cuando decidimos no seguir sus indicaciones. Los y las profesionales debéis ser capaces de generar un vínculo de confianza en el que sintamos que podemos decidir sobre lo que nos afecta directamente sin miedo a ser “castigados”.

## 6.2. La terapia electroconvulsiva (TEC) aplicada sin consentimiento informado

*“Yo no conozco a nadie que reciba TEC y que disponga de los recursos adecuados para poder decidir.”*

Tal y como apuntan algunos profesionales, muchas veces las personas accedemos a recibir esta terapia mediante cierta coacción encubierta. Este hecho debe ser denunciado por los y las profesionales y se debe evitar formar parte de estas estrategias de persuasión.

*"Yo no creo que fuera una decisión realmente... Lo que pasa es que veía que cada vez que se negaba, después había unas consecuencias: un ingreso involuntario."*

- El abuso de medidas de incapacitación<sup>16</sup>:  
El problema que presentan las incapacitaciones en nuestro territorio es que generalmente se hacen de por vida imposibilitando el desarrollo personal.

Además, cuando estas no son totales, a veces las fundaciones tutelares o los familiares acaban por ejercer medidas máximas<sup>16</sup>.

*"Y si tú tienes tan sólo la parte médica pero esa persona se descompensa porque no llega al final de mes, acabas administrando, informalmente, su economía. A la hora de ejercer como entidad tutelar, vamos a máximos porque sabemos que si no se pueden dar casos en que no se cumpla la parte de la curatela."*

---

16. Para un mayor desarrollo del tema, ver: "Decidir sobre nuestras vidas y sobre nuestro tratamiento: El problema de la capacidad y la incapacitación"

### 6.3.La reducción de la Coerción en Salud Mental: Hacia una atención basada en los derechos

A nivel internacional hay centros asistenciales que han reorganizado sus prácticas terapéuticas priorizando el respeto de los derechos humanos y prescindiendo de la aplicación de medidas coercitivas. Estas experiencias tienen muchos beneficios: las personas usuarias vemos respetada nuestra ciudadanía, favoreciendo así la recuperación, y los y las profesionales se encuentran más cómodos al no tener que llevar a cabo acciones que pueden ir en contra de su posición ética. Además, este tipo de atención reduce la inquietud y la ansiedad de familiares y personas cercanas, dando una imagen sin prejuicios de los procesos de salud mental.

No obstante, estos cambios necesitan tiempo y una actuación coordinada entre personas usuarias, profesionales y la administración. Todas las prácticas coercitivas que aún se llevan a cabo responden a una lógica asistencial similar: la necesidad de controlar la conducta de la persona con un diagnóstico, priorizando los criterios organizativos que facilitan el trabajo. Todo ello ocurre dentro de un sistema que no cuenta con el personal sanitario suficiente para ofrecer unos estándares terapéuticos que garanticen el respeto a *“La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”*.

También se trata de una reorganización de los recursos y de los centros asistenciales priorizando la minimización y eliminación de prácticas coercitivas. El nuevo Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones de la Generalitat de Cataluña 2017-2019, recoge una línea estratégica que tiene por objetivo garantizar los derechos de las personas en contextos asistenciales. Se prevé, entre otras cosas, disminuir el uso de contenciones mecánicas con el objetivo de reducirlas al mínimo, aunque desde la Federación

Veus exigimos eliminarlas. Por nuestra parte, consideramos que, para disminuir el uso de medidas coercitivas, es necesario invertir más en recursos humanos y equipos de atención domiciliaria para la intervención en crisis, y reducir así el gasto derivado de los ingresos involuntarios en unidades de atención continuada.

Una transformación de este tipo no será fácil, pero mejorará el bienestar de todas las personas implicadas. Para que este cambio se produzca, debe existir una alianza sólida entre profesionales, familiares, personas usuarias y gestores. Pedimos a las entidades proveedoras de salud mental y los equipos profesionales que se comprometan a reorganizar la atención que ofrecen para que garanticen nuestros derechos.

Para conocer el estado de la cuestión, tenéis a vuestra disposición los siguientes recursos:

• *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.*

Consultable en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

• *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

Consultable en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>

• *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación.*

Consultable en: [https://consaludmental.org/publicaciones/ManualrecursosOMS\\_SaludMental.pdf](https://consaludmental.org/publicaciones/ManualrecursosOMS_SaludMental.pdf)

---

7. Vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar





VIVIR  
INDEPENDIENTES,  
SER INCLUIDOS/AS  
EN LA COMUNIDAD  
Y TRABAJAR

(Art.19 y 27 CDPD)

---

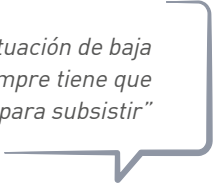
## 7. Vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar

(Art. 19 y 27 CDPD)

*Las personas con problemas de salud mental enemos derecho a disponer de servicios de apoyo a la autonomía que fomenten una vida digna y una completa inclusión en la comunidad.*

En el sistema social actual, los pilares que favorecen la vida independiente son esencialmente la vivienda y el trabajo. Cuando se presenta un problema de salud mental hay pocos recursos que garanticen poder disfrutar de una vida en sociedad como la de cualquier otra persona.

*“Esto pone a la gente en una situación de baja autoestima de por vida. Es decir, siempre tiene que depender de los otros para subsistir”*



En la siguiente web se pueden consultar los recursos a nivel social y familiar de los que se dispone en Cataluña:

<https://www.salutmental.org/la-salut-mental/mapa-recursos-salut-mental/>



## 7.1. Las pensiones, las ayudas y el trabajo

En cuestión de salud mental (y de salud en general) es bien sabido que las desigualdades económicas juegan un papel fundamental a la hora de garantizar la recuperación.

*“Las personas más crónicas, a las que llevamos atendiendo más tiempo; las personas solas, bastante aisladas, con pocos recursos económicos y con mucho tiempo de tratamiento, normalmente no tienen mucha calidad de vida. No viven muchos años.”*

El sistema de ayudas y pensiones puede suponer diferentes problemas a la persona con un diagnóstico de salud mental. Por un lado, encontramos que tenemos que pedir un certificado de discapacidad para recibir ayudas. Este hecho es muy discriminatorio y supone un problema a la hora de trabajar siguiendo el modelo de la recuperación.

Por otro lado, el sistema de pensiones dificulta enormemente nuestra reinserción laboral ya que, si aceptamos un puesto de trabajo, corremos el riesgo de perder la pensión y no recuperarla si volvemos a pasar por un mal momento. Es importante recalcar que recibir una pensión no contributiva no nos permite adquirir una vivienda ni autonomía.

*“Derechos tan básicos como el derecho a la independencia, el derecho a trabajar, el derecho a tener una vivienda... Son derechos que no existen. Es decir, de entrada, te pueden dar una pensión no contributiva con la que no puedes vivir, entonces tú no tienes derecho a la vivienda.”*

Si tenemos derecho a una pensión, no podemos trabajar, aunque sea a tiempo parcial, sin riesgo de perderla. En el caso de los problemas de salud mental esto supone un riesgo muy elevado, ya que un empeoramiento en la salud puede suponer quedarse sin nada. Por tanto, en este punto debemos forjar alianzas para reivindicar a las instituciones que modifiquen el sistema de pensiones para que responda a nuestras necesidades.

*“No tienes derecho a dejar la pensión durante un tiempo para ponerte a trabajar e intentar reconducir tu vida. Estás obligado a aceptar la pensión para siempre o perderla y quedarte sin nada.”*

Ya que es bien sabido que el hecho de no trabajar supone un estigma añadido.

*“Tenemos un paciente crónico con un trastorno psicótico grave que, cuando iba a las entrevistas de certificado, les decía que no, que él iría a trabajar al día siguiente y que quería dejar las ayudas para alguien que las necesitara más que él”*

Además, las exigencias del mundo laboral pueden suponer un problema cuando tienes un diagnóstico de salud mental.

*“Y las jornadas adecuadas: o puedes trabajar ocho horas o no puedes trabajar”*

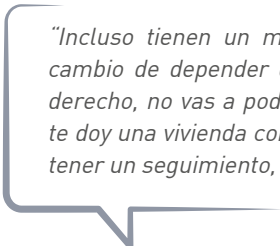
*“¿Me sentiría cómodo si una persona con trastorno mental fuera profesor en una escuela? A ver, así en general he puesto que no.... Quizás la respuesta sería distinta. Pienso que una persona con trastorno mental puede tener cualquier tipo de profesión, y conozco profesionales de la educación que tienen un trastorno mental severo.”*

Como profesionales vuestra tarea es la de apoyarnos y reivindicar conjuntamente la necesidad de generar espacios de trabajo en los que no suframos discriminación. Por otra parte, es importante que valoréis y reflexionéis sobre las limitaciones que nos imponéis debido al estigma social. Vuestra valoración tiene repercusiones. Los privilegios que os concede vuestro rol profesional os hacen responsables de reproducir (o no) los prejuicios sociales que hay en torno a la salud mental.

## 7.2. La vivienda

Una de las metas que se buscan en los modelos de recuperación es el hecho de poder vivir de forma independiente cuando así se prefiera. Para esto se deben dar una serie de condiciones que pasan esencialmente por el trabajo y el acceso a la vivienda.

Las dificultades a la hora de trabajar, o de conseguir recursos económicos que nos permitan subsistir, son un impedimento para conseguir una vivienda. Además, hay pocos recursos que nos faciliten el acceso y muchos de ellos son muy limitantes.



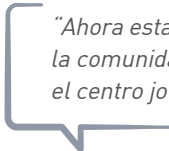
*"Incluso tienen un matiz: les damos independencia a cambio de depender de la red. Es decir: "tú no tienes derecho, no vas a poder alquilar un piso jamás, pero yo te doy una vivienda con supervisión. Un piso dónde vas a tener un seguimiento, sin independencia."*

Tal y como expresáis algunos de los y las profesionales, cuando solicitamos un piso tutelado suele ser la fundación tutelar que se encarga de decidir con quién tenemos que vivir. Por tanto, no existe la posibilidad de disfrutar de una vivienda

que garantice la independencia y la autonomía real. Además, la dificultad de acceso a los recursos económicos, así como el elevado coste de vida, nos imponen una dependencia de la red o la familia.

### 7.3. Participar de las actividades de la comunidad y el voluntariado

Aunque se trata de una solución parcial (ya que no nos da acceso a recursos materiales) los y las profesionales podéis generar espacios donde las personas diagnosticadas no nos sintamos estigmatizadas, donde se pueda subvertir este rol y participar de actividades fuera del ámbito de la salud, como cualquier otro miembro de la sociedad.



*“Ahora estamos en un grupo que hacemos actividades en la comunidad, fútbol en el pabellón, senderismo y tal. En el centro joven”*

Además, cabe destacar que el trabajo remunerado no es la única manera de contribuir a la sociedad. El voluntariado es una manera de ocupar el tiempo y sentir que lo que se hace tiene un valor. Por lo tanto, podemos sentirnos útiles mientras mantenemos nuestra pensión. Sin embargo, incluso a la hora de realizar actividades de voluntariado, muchas veces seguimos sufriendo discriminaciones.

## 7.4. El conocimiento experto: La figura de la experiencia propia

Reconocer el valor de la experiencia propia a la hora de ofrecer apoyo a otras personas resulta un punto clave en el paradigma de la recuperación. Aunque existe el consenso y mucha aceptación entre los y las profesionales para la creación de figuras “expertas en primera persona”, también se observan reticencias a la hora de integrarlas en la red asistencial.

*“A mí me parece bien tener en cuenta la posibilidad de que las personas que han vivido esta experiencia puedan tomar parte y puedan apoyar a otros. De hecho, estoy contigo en que es mucho más potente.”*

Para poder consultar algunas experiencias sobre el papel de la figura “experta en primera persona” podéis visitar los siguientes recursos:

- *Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental:*

<https://www.som360.org/es/monografico/recuperacion-salud-mental/articulo/implementacion-figura-agente-apoyo-iguales-salud>

- *Curso de formación profesional “peer2peer.”*

<http://p2p.intras.es/index.php/es/>





# RECIBIR EDUCACIÓN

(Art.24 CDPD)

---

## 8. Recibir educación (Art. 24 CDPD)

*Las personas con un diagnóstico de salud mental tenemos derecho a recibir una educación de calidad basada en la igualdad de oportunidades donde poder desarrollar nuestro potencial.*

Es fundamental garantizar el derecho a la educación, ya que ésta permite que la personas podamos desarrollar nuestras capacidades y tengamos acceso al mundo laboral. Como en los diferentes ámbitos, en el educativo también hay mucho estigma hacia las personas que tenemos un diagnóstico. Sin embargo, como sociedad no podemos aceptar que esto pase. La educación debe ser un espacio en el que podamos desarrollar nuestras potencialidades y dónde los y las profesionales que os dedicáis a ello confiéis en nosotros y nos alentéis a conseguir nuestras metas. Por ello, desde la Federación Veus reivindicamos el trabajo sobre el estigma en educación y pedimos que los y las profesionales se esfuercen por superar sus prejuicios y nos acompañen en nuestro proceso de aprendizaje y desarrollo.

*“Los profesores dicen: “No, en este cole mejor que no, hay un grupo de “bullying” que no lo podemos controlar, mejor que no venga” Claro, ¡tiene todo el derecho a venir si quiere!”*

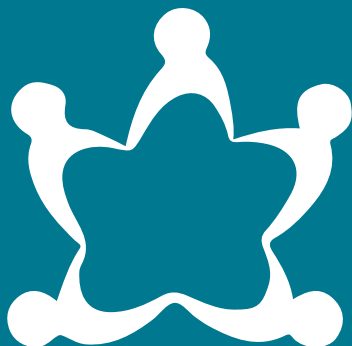


## Agradecimientos

---

Si nos has leído hasta aquí queremos darte las gracias, tú haces que todo este trabajo tenga sentido. Así mismo agradecemos la participación de todas las profesionales implicadas que lo han hecho posible, así como a las universidades e instituciones que nos han ofrecido su confianza y apoyo, además de los recursos que nos sostiene para seguir avanzando en la implementación de un modelo de atención a la salud mental centrado en la recuperación y los derechos de ciudadanía.





Yale

Universitat  
de Girona



Licencia Creative Commons



*Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España*