

Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (Discapacidad Psicosocial).

I. Introducción de las organizaciones.

El presente informe alternativo ha sido elaborado íntegramente por la coalición de organizaciones ActivaMent Catalunya Associació y Hierbabuena Asociación para la Salud Mental.

A. ActivaMent Catalunya Associació.

ActivaMent Catalunya Associació¹ es una entidad de salud mental en **primera persona**² constituida, autogestionada y dirigida por un colectivo de personas con discapacidad psicosocial. Nacimos en el año 2011 y estamos reconocidos por la Administración como Entidad de Carácter Social, con NIF G65671828. En la actualidad, funcionamos en 13 ciudades de Catalunya y somos más de 600 personas socias.

ActivaMent es una referencia del activismo de salud mental en primera persona de Catalunya y de España. Promovemos el ejercicio de la ciudadanía activa, la defensa de nuestros derechos y la superación del rol de enfermo entre quienes hemos sido diagnosticadas de un trastorno mental. Trabajamos para mejorar la calidad de vida de las personas de nuestro colectivo y para hacer nuestra sociedad más justa e inclusiva. Nuestras principales líneas de actuación son:

- El **apoyo mutuo**, promoviendo la creación de Grupos de Ayuda Mutua y formando personas moderadoras de GAM; fomentando la creación de redes autogestionadas de acompañamiento; y favoreciendo la autogestión de proyectos y actividades de ocio compartido abiertas a la comunidad.
- El **empoderamiento**, promoviendo el tránsito de ser personas usuarias de servicios a ser activistas en salud mental, gracias a la formación continuada de la base social y la promoción de espacios colectivos de decisión y autogestión (asambleas, trabajo de equipo, etc.) en todos los territorios en los que funcionamos.
- El **cambio social**, implementando diversos proyectos de lucha contra la discriminación por motivos de salud mental; formando a profesionales y futuros profesionales del sector en temas de Derechos Humanos DDHH, estigma, empoderamiento y modelo de recuperación; sistematizando nuestra experiencia y produciendo conocimiento situado; y autorepresentándonos en diversos espacios de planificación y decisión política.

Colaboramos con el Gobierno de Catalunya en el cambio de modelo que introducen la Estrategia 2017 – 2020 del Plan Director de Salud Mental y Adicciones, y el Plan Integral de Salud Mental y Adicciones 2017 – 2019, con el objetivo de mejorar las prácticas de atención a la salud mental, orientadas a

¹ <http://www.activament.org/es>

² En España empleamos el concepto “primera persona” para referirnos a quienes hemos atravesado o estamos viviendo una experiencia de sufrimiento psicológico o diversidad mental; es decir, para referirnos a las personas que nos identificamos como usuarias, ex-usuarias y supervivientes de la psiquiatría.

garantizar el cumplimiento de la **Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**. Actualmente somos una de las entidades de España que colabora con la redacción del proyecto de Ley Orgánica en Salud Mental (ver Consideraciones finales).

B. Hierbabuena Asociación para la Salud Mental.

Hierbabuena Asociación para la Salud Mental³ es una entidad sin ánimo de lucro, reconocida por la Administración con NIF G74006867. Nacimos el año 2000 y contamos con más de 500 socias y socios, personas todas ellas con diversidad mental y/o que padecen diagnósticos psiquiátricos por haber vivido experiencias de sufrimiento psicosocial. Representamos a este colectivo en Asturias, con sede en sus tres ciudades principales, y es una de las entidades de activismo en primera persona con mayor trayectoria y relevancia en España.

En Hierbabuena promovemos y apoyamos acciones destinadas a la mejora de la salud de la población general; así como de las condiciones de vida, la autonomía, derechos y empoderamiento de las personas que han vivido experiencias inusuales y de sufrimiento emocional, intelectual y social. También trabajamos para promover su integración psicosocial. Nuestras principales líneas de actuación son:

- **Participación y empoderamiento.** Mediante el fomento del diálogo y el apoyo mutuo, transversal a todas nuestras actividades, y especialmente en los GAM, tratamos de favorecer las relaciones personales. Ponemos en común experiencias y aprendizajes, junto con información y conocimiento respecto a proceso de sufrimiento, alternativas para afrontarlos y canalizarlos o derechos y libertades, buscando la promoción de la autonomía personal y de la propia toma de decisiones.
- **Visibilización** de las problemáticas relacionadas con el sufrimiento mental, para erradicar tanto el “*cuerdismo*”⁴ y los estigmas asociados, como la vulneración de nuestros derechos, los prejuicios, discriminaciones y abusos. Por ello, buscamos también obtener la imprescindible atención social, política e institucional adecuada a través de:
 - Actos de Orgullo Loco (Mad Pride), desde 2010. Pionera y promotora a nivel Estatal.
 - Talleres de expresión, publicaciones, audiovisuales, etc.
 - Participación en foros sociales y medios de comunicación.
 - Formación a profesionales de la salud y divulgación entre estudiantes de secundaria y Universidad.
- **Promoción y defensa de derechos;** especialmente en el ámbito de los servicios de salud mental, como la reivindicación de eliminar las contenciones mecánicas. Además, Hierbabuena tuvo un protagonismo determinante en el proceso de Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SSMPA), realizada en 2010 a iniciativa de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, con asesoramiento continuo de la OMS y según su “Herramienta para el control de calidad y de las condiciones de los derechos humanos en instalaciones de salud mental”, basada en la Convención ONU de Derechos de Personas con Discapacidad.

³ www.hierbabuena-asturias.org

⁴ Cuerdo: Actitudes y comportamientos que, a semejanza del machismo o racismo, estereotipan, prejuzgan y discriminan a las personas diagnosticadas o tachadas de ‘locas’, desde una perspectiva de superioridad ‘cuerda’.

II. Resumen Ejecutivo.

Este informe alternativo ha sido elaborado íntegramente por entidades autogestionadas de personas con discapacidad psicosocial. Se articula en tres grandes apartados: aspectos positivos; principales motivos de preocupación y recomendaciones; y consideraciones finales. Integra, asimismo, dos tipologías de testimonios reales; aquellos recogidos “ad hoc” para el presente informe que aglutinan experiencias de 7 Comunidades Autónomas⁵ y los incorporados en una investigación realizada desde el mismo colectivo, publicada como Guía de Derechos en Salud Mental⁶, recabados durante el 2016, que aparecerán señalados con un asterisco tras el término “Testimonio*”.

Como podrá vislumbrarse en este informe, **la discapacidad psicosocial** presenta unas especificidades que conviene tener en cuenta:

- No necesariamente es un fenómeno a largo plazo, suele presentar fluctuaciones.
- Su causalidad, cronificación y severidad está, en muchos casos, intrínsecamente vinculada a las vulneraciones de Derechos Humanos (DDHH) y libertades fundamentales, que inducen trauma, desempoderamiento y dificultan los procesos de recuperación.

La responsabilidad del Estado respecto a la **discapacidad psicosocial** es doble:

- No producirla ni cronificarla protegiendo a la población general de la violencia y las vulneraciones de DDHH que se concretan en contextos de vulnerabilidad y determinantes sociales de la salud mental, garantizando el sostenimiento de unas condiciones de vida digna y libre de violencias.
- Una vez acontecida, favorecer la recuperación desde la autonomía y autodeterminación de la persona, mediante un trato que respete y garantice los apoyos necesarios para el ejercicio de sus DDHH según los estándares y obligaciones contraídas en la CDPD.

Las personas con discapacidad psicosocial en España nos encontramos atrapadas en ciclos de vulneraciones de DDHH que nos impiden la recuperación. Las vulneraciones de DDHH suelen ser a la vez causa directa de la discapacidad psicosocial, consecuencia y factor de mantenimiento de la misma. En España tener un diagnóstico de trastorno mental justifica la aplicación de tratamientos forzosos y la exposición al maltrato y la tortura de las personas con discapacidad psicosocial.

España incumple sistemáticamente, respecto a la discapacidad psicosocial, las obligaciones contraídas al ratificar la CDPD.

A continuación, desarrollaremos con más detalle las siguientes **cuestiones transversales que sostienen y justifican la vulneración actual de DDHH** en el colectivo con discapacidad psicosocial:

- La reproducción sistemática intencional de un discurso falaz por parte de las instituciones del Estado, basado en el **modelo biomédico** de atención a la salud mental, que se concreta en el mito del “desequilibrio neuroquímico”. Mito que individualiza los problemas psicosociales y articula la “adherencia al tratamiento farmacológico” y la “conciencia de enfermedad”, como la respuesta a nuestras dificultades psicosociales, en beneficio de la industria farmacéutica y en detrimento de nuestra salud e integridad personal.
- El principio paternalista del **interés superior**, unido al prejuicio de la **peligrosidad social**, que justifican un criterio ajeno y coercitivo de salud objetiva por encima de nuestra voluntad y naturaliza la coerción y la iatrogenia como tratamiento.

⁵ Galicia, Asturias, Madrid, País Vasco, Alicante, Andalucía y Catalunya (recabados desde el 25/01/2019) <http://www.activament.org/es/2019/01/25/colabora-en-la-elaboracion-de-un-informe-alternativo-del-reino-de-espana-para-la-21a-sesion-del-comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>

⁶ http://www.activament.org/wp-content/uploads/2017/07/GUIA_Digital_IMP_CAST_sin.pdf

III. Aspectos Positivos.

Desde el colectivo de personas con discapacidad psicosocial agradecemos al Reino de España que haya seguido la recomendación que el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas le hizo en su 62ª sesión celebrada el 23 de septiembre de 2011, en relación a la necesidad de garantizar que todas las personas con discapacidad, sin excepciones de ningún tipo, tengan derecho a votar en secreto con los ajustes razonables requeridos.

Mediante la Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985 del Régimen Electoral General, finalmente se garantiza el derecho de sufragio de todas las personas incapacitadas legalmente -también las internadas por razón psíquica y declaradas incapaces- y no sólo reconoce de forma expresa el que *“toda persona pueda ejercer su derecho al sufragio activo, consciente, libre y voluntariamente, cualquiera que sea su forma de comunicarlo y con los medios de apoyo que requiera”*, sino que además deja sin efecto las limitaciones que se pudieran haber impuesto mediante resoluciones judiciales que se hubieran fundado en las disposiciones de la Ley que deroga. Este es un claro progreso hecho en el cumplimiento del Artículo 29 de la CDPD, sobre “participación en la vida política y pública”.

IV. Principales motivos de preocupación y recomendaciones.

A. Principios generales y obligaciones (artículos 1 y 4)

Las medidas concretas que ha tomado España para asegurar la interpretación de las leyes y políticas de acuerdo con la Convención, específicamente la Ley Nº 26/2011 y la Ley General de Derechos de las personas con Discapacidad, abarcan al colectivo de personas con discapacidad, sin hacer mención de las estrategias adoptadas para hacer efectiva la participación y la no discriminación de las personas con discapacidad psicosocial.

En nuestro caso, estamos sistemáticamente expuestas a: la vulneración de nuestra dignidad y autonomía en la toma de decisiones; múltiples formas de discriminación, tortura y maltrato; y grandes limitaciones en la participación efectiva en la sociedad en igualdad de oportunidades.

A lo anterior se suma el poco respaldo que recibimos por parte del sistema jurídico público, cuya formación profesional respecto a la defensa de los DDHH de las personas con discapacidad psicosocial es absolutamente insuficiente y está limitada por leyes discriminatorias que amparan nuestra pérdida de derechos.

La Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita, que tiene como finalidad garantizar el acceso a la Justicia en condiciones de igualdad a todas las ciudadanas, reconoce la “enfermedad mental” como ámbito personal de aplicación (artículo 2. g), siempre que seamos víctimas de abuso o maltrato. Lo cual no incluye la violencia institucional a la que estamos sujetas.

La mayoría de las organizaciones de la sociedad civil que actualmente nos representan a nivel nacional y/o regional están dirigidas por familiares, no por usuarias, ex-usuarias o de supervivientes de la psiquiatría. Esto es contrario a la definición de organización de personas con discapacidad que, según el artículo 4.3 de la Observación General 7: *“solo pueden ser aquellas dirigidas, administradas y gobernadas por personas con discapacidad y la mayoría de sus miembros han de ser personas con discapacidad”*.

A nivel regional, en Catalunya, las organizaciones civiles autogestionadas por personas con discapacidad psicosocial nos encontramos infrarrepresentadas dentro de los espacios de participación política de las personas con discapacidad. Un ejemplo lo encontramos en la Mesa de Participación en Salud Mental y Adicciones, órgano de participación y consultivo en el ámbito de la salud mental de la Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios y del Servicio Catalán de la Salud. Por Decreto 140/212, de 30 de octubre, de la Generalitat de Catalunya, en su artículo 8, regula su composición, reservando sólo 2 plazas de 15 miembros para representantes de entidades de Familiares y Afectados. No garantizando ni la equidad, ni la participación efectiva de personas con discapacidad psicosocial.

En Asturias, la colaboración con las personas con discapacidad psicosocial y sus organizaciones ha sido casi inexistente. En el Plan de Salud Mental 2015-2020 se redujo a una única reunión estéril posterior a su elaboración, por mandato del Parlamento Autonómico, reflejada en el documento final de dicho Plan bajo el epígrafe *“Reunión de asociaciones de personas enfermas y familiares”*. Tampoco se contó con ellas en la elaboración del protocolo único sobre contenciones mecánicas para toda Asturias, planteado a raíz del fallecimiento de una joven, tras cuatro días atada a la cama en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Oviedo. A pesar del compromiso previo para la participación de la Asociación Hierbabuena, el protocolo fue realizado al margen de ésta, con el argumento de ser “un documento técnico”, que de hecho instruye sobre cómo atar, sin apenas referencia a cómo evitar hacerlo, ni a los derechos de las personas con discapacidad.

Recomendamos al Comité instar a España a tomar medidas legislativas para:

- a) **Asegurar que las organizaciones que representan al colectivo de personas con discapacidad psicosocial a nivel regional y nacional cumplen con la definición de organización de personas con discapacidad establecida en el artículo 4.3 de la Observación General 7.**
- b) **Garantizar que los procesos participativos de elaboración de políticas públicas y leyes en el ámbito de la salud mental, a nivel regional y nacional, garanticen la plena participación de los colectivos y organizaciones de personas con discapacidad psicosocial en todas sus fases, incluidos los procesos de consenso que dan lugar a las versiones definitivas de los documentos.**

B. Derechos Específicos (artículos 5 a 30)

Igualdad y no discriminación y Toma de conciencia (artículos 5 y 8)

En sus Observaciones Finales a España, el Comité señaló que *“es preciso hacer más para aumentar, en la sociedad, en los medios de información y entre las personas con discapacidad, la sensibilización en lo que concierne a los derechos de las personas con discapacidad”* (CEPD/c/ESP/CO/1, p. 4, Observación 25). Desde entonces, se han creado programas de televisión y radio realizados en colaboración con las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial, que dan visibilidad y difunden el valor de la diversidad y la no discriminación por motivos de salud mental. Un ejemplo es *“Mi gramo de locura”* de Radio 5, de RTVE, medio de comunicación del Estado Español.

Este cambio positivo coexiste con la perpetuación de la situación de estigmatización de las personas con un diagnóstico psiquiátrico que refuerzan los medios de comunicación. La televisión, radio y prensa, incluyendo la propia televisión estatal, continúan difundiendo una imagen distorsionada y discriminatoria de cómo somos las personas con discapacidad psicosocial. De acuerdo al Informe 2016 – 2017 del Observatorio de los Medios, realizado por Obertament⁷, el 47% de las noticias que hablan de trastorno mental reproducen el estereotipo de peligrosidad. Por el contrario, sólo el 10,8% de las noticias que se refieren a nuestro colectivo hablan de las capacidades que tenemos las personas con un diagnóstico de trastorno mental.

Un ejemplo negativo actual lo encontramos en el programa emitido para Catalunya [Ara i Aquí](#)⁸ que ha realizado La 1 de Televisión Española (principal canal Estatal). Un modelo de estigmatización, discurso de odio y vulneración de derechos contra las personas de nuestro colectivo. A lo largo de dos horas, se presenta a la audiencia un mensaje discriminatorio según el cual las personas con discapacidad psicosocial tenemos un “cerebro defectuoso” que nos predispone a la violencia y la delincuencia. Alimentando el relato, falaz y desesperanzador, según el cual ciertas patologías son irreversibles, debido a una cronicidad intrínseca e irrecuperable. En el programa se comunica a la audiencia que se debe proteger a la sociedad y a las propias personas con diagnóstico de trastorno mental de su peligrosidad social -un estereotipo muy arraigado que genera graves prejuicios como el miedo o el rechazo social, y conductas discriminatorias asociadas-, incluso si ello supone una vulneración de los DDHH, argumentando a favor de la contención mecánica, la medicación forzosa, el encierro preventivo y otras formas de tortura y tratos crueles. Un argumento que expone “la voz autorizada” del programa: el jefe

⁷ <https://obertament.org/ca/mitjans-de-comunicacio/observatori-de-mitjans-i-salut-mental/informe-2016-2017>

⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=xE3yrdeIb90&t=5608s>

de psiquiatría de una clínica privada. Todas las personas profesionales del programa desconocían la perspectiva de DDHH.

En este sentido, si bien se promueve que las personas con discapacidad psicosocial tengamos espacios (reducidos) en los medios desde los cuales hacemos oír, no se combate la difusión de mensajes estigmatizantes, ni siquiera en los propios medios de comunicación del Estado. Esto supone una vulneración flagrante de los artículos 5 y 8 de la CDPD.

Por otra parte, el Estado español está incumpliendo el compromiso de poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública y lucha contra el estigma, destinadas a fomentar el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, promover percepciones positivas, una mayor conciencia social y el reconocimiento de nuestras capacidades (artículo 8.2.a).

Sólo en algunas Comunidades Autónomas, existen campañas implementadas para cumplir con este derecho recogido en la CDPD. Un ejemplo y modelo es [Obertament](#), campaña catalana diseñada, dirigida e implementada, desde 2011, con la participación de activistas con discapacidad psicosocial, orientada a la formación de nuevos activistas, a la creación y difusión de metodología y recursos destinados a erradicar comportamientos discriminatorios, al acompañamiento de entidades locales que se suman a la lucha antiestigma y a la difusión de mensajes libres de discriminación a través de medios de comunicación. Este tipo de iniciativas dependen del apoyo de la Administración autonómica y del financiamiento privado (menos del 2% del financiamiento total lo aporta el Estado).

El vacío que queda a nivel Estatal lo cubre la industria farmacéutica y sus campañas en pro del consumo de drogas psiquiátricas a largo plazo, que favorecen la cronicación⁹. Un ejemplo es la web y campaña [24x7](#), de Janssen Pharmaceutica, que se fundamenta en tres mensajes: “*La esquizofrenia es una enfermedad crónica*”, “*el paciente necesitará tratamiento toda su vida*”, “*el tratamiento debe ser farmacológico para controlar los síntomas*”. El inevitable tratamiento farmacológico para toda la vida (preferentemente con fármacos de Janssen) se afirma una media de tres veces por cada página de la web. Estos mensajes publicitarios contaron con espacios públicos y medios de comunicación para difundirse a través de carteles y spots, a pesar de que el tratamiento con neurolépticos a largo plazo es iatrogénico y potencialmente dañino para la salud¹⁰.

Recomendamos al Comité instar a España a tomar las siguientes medidas:

- a) Incorporar el asesoramiento de las entidades y los movimientos activistas en primera persona para preparar guiones y contenidos de programas de televisión y radio públicas cuando se aborden temas de salud mental.**
- b) Incluir en los programas de los medios de comunicación, especialmente si se financian con recursos públicos, a personas expertas por experiencia como voces autorizadas, en igualdad de condiciones que los perfiles profesionales.**
- c) Incluir expresamente la discapacidad psicosocial en la tipificación de los delitos de odio realizada por el artículo 510 del Código Penal.**

⁹ Moncrieff, J. (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 301–302.

¹⁰ Gøtzsche, P. C., Young, A. H., & Crace, J. (2015). Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350(6), h2435.

- d) **Implementar campañas de sensibilización, lucha contra el estigma y fomento del respeto a los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, con su participación y en todos los territorios.**
- e) **Aplicar la Ley General de Publicidad¹¹ (artículo 3.e) y la Ley de Competencia Desleal¹² (artículo 26) para perseguir y sancionar las prácticas comerciales encubiertas de la industria farmacéutica, disfrazadas de campañas antiestigma.**

Mujeres con discapacidad (artículo 6)

En los informes periódicos segundo y tercero combinados presentados en virtud del artículo 35 de la Convención, España especifica múltiples medidas para combatir la discriminación de las mujeres por motivos de discapacidad, así como para la erradicación de la violencia de género. Si bien se describen distintas estrategias que abarcan en general al colectivo de las personas con discapacidad, y en concreto a personas con discapacidad intelectual o sensorial, no se hace mención específica a las medidas tomadas para erradicar la discriminación y la violencia que experimentamos las mujeres con discapacidad psicosocial.

Con frecuencia, las mujeres con discapacidad psicosocial somos discriminadas y excluidas de los programas de atención a las víctimas de violencia de género. El diagnóstico de trastorno mental, en ocasiones, es un criterio de exclusión para nuestro acceso a los recursos de acogida¹³. Aunado a esto, el diagnóstico de trastorno mental se utiliza como justificación para cuestionar la credibilidad de nuestros testimonios y negar los apoyos necesarios. Cuestionar nuestra situación de víctimas atribuyendo nuestro relato a una supuesta “descompensación psicopatológica” invisibiliza e incrementa considerablemente nuestra desprotección ante la violencia de género y supone en sí mismo un acto de discriminación.

Por otro lado, existe un amplio desconocimiento sobre la perspectiva de género en los servicios de atención a la salud mental, que impide tanto la detección como las intervenciones oportunas en caso de violencia machista. Esto propicia la omisión de estas victimizaciones como un determinante de la discapacidad psicosocial, así como su invisibilización mediante un diagnóstico de trastorno mental. El uso de estos diagnósticos, que omite la perspectiva de género, genera una doble discriminación. Provoca una mayor exposición hacia esta violencia y exclusión de los espacios que ofrecen apoyos a las víctimas¹⁴.

***Testimonio- Afectada:** Esta fue una segunda denuncia. En la primera, 7 meses antes, yo había sido golpeada, me hicieron una radiografía, me pusieron antiinflamatorios. A pesar de que evidentemente yo era la agredida -no la agresora- me enviaron a la psiquiatra que me quería recetar drogas psiquiátricas. ¿Se supone que curan violencia? No te explican para qué son, ni cómo funcionan, ni qué son, de qué tipo son. No encerraron a mi padre, porque por supuesto es un hombre -quien me había golpeado-, que me recogió y con el que me tuve que ir a casa. Mi madre admitió que me habían golpeado [...]*

¹¹ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1988-26156>

¹² <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1991-628>

¹³ Confederación Salud Mental España (2018). Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental. Disponible en <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>

¹⁴ Fedefes (2017). Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>

No existen registros oficiales sobre las situaciones de violencia y discriminación a las que hemos estado expuestas las mujeres con diagnóstico de trastorno mental tanto en el espacio público como en el privado, y tampoco sobre las violencias de género que hemos experimentado en el contexto de custodia (durante los internamientos forzosos) o en los servicios especializados de salud mental. Estas últimas muy a menudo se invisibilizan.

Asimismo, es insuficiente la información que se presenta con respecto a las oportunidades y las estrategias para hacer frente a la discriminación que experimentamos las mujeres con discapacidad psicosocial en el ámbito laboral. La participación de las personas con diagnóstico de trastorno mental en el mercado laboral es la más baja dentro del colectivo de personas con discapacidad, y la cifra de mujeres que se encuentran actualmente en paro y en situación de desempleo es superior a la cifra de hombres en la misma situación¹⁵. Esto nos alerta de la necesidad de detectar situaciones de doble vulnerabilidad, donde por ser mujeres y por tener un diagnóstico de trastorno mental nos vemos más expuestas a discriminación en el mercado laboral.

Recomendamos al Comité instar a España a tomar las siguientes medidas:

- a) Prohibir la discriminación de las mujeres con diagnóstico de trastorno mental en los espacios de acogida destinados a mujeres que han sido víctimas de violencia de género.**
- b) Incorporar de manera transversal y obligatoria la formación en perspectiva de género en los servicios de atención a la salud mental.**
- c) Incorporar la perspectiva de género como parte del currículum obligatorio de todas las profesiones relacionadas con la atención a la salud mental.**
- d) Establecer la obligatoriedad de explorar y registrar la exposición a la violencia de género en todas las mujeres que acudan a los servicios de salud mental.**
- e) Desarrollar intervenciones de prevención y atención a las víctimas de violencia de género en el seno de los servicios de salud mental no mediadas por el diagnóstico de trastorno mental.**
- f) Implementar medidas legales para favorecer la participación en el mercado laboral de las mujeres con discapacidad psicosocial que consideren la dificultad de generar una historia laboral consistente y sostenida en el tiempo como consecuencia de las sucesivas privaciones de libertad por los ingresos.**
- g) Financiar investigaciones que tengan como objeto analizar las formas de discriminación laboral que enfrentamos las mujeres con discapacidad psicosocial para su divulgación a los poderes públicos y a la sociedad.**

Igual reconocimiento como persona ante la ley (artículo 12)

En España, innumerables personas con discapacidad, incluidas las personas con diagnósticos de trastorno mental, somos sujetas a medidas de sustitución en la toma de decisiones, basadas en la modificación de la capacidad jurídica, siendo la figura de la incapacitación total ampliamente utilizada.

No existen estadísticas respecto al número de personas que en la actualidad tenemos restringido nuestro derecho a la capacidad jurídica, aunque un claro ejemplo de la magnitud del problema con respecto al uso de las incapacitaciones puede vislumbrarse en el aumento de los “Juzgados Especializados en

¹⁵ <http://www.odismet.es/es/datos/Integracin-laboral-y-tendencias-del-mercado-de-trabajo/105tasa-de-paro-de-la-poblacin-con-discapacidad/1-6/>

Incapacidades” del que informa España en su respuesta a la cuestión 7 del Comité (creación de 13 nuevos juzgados Especializados en Incapacidades). De hecho, el desconocimiento de la CDPD, y en especial de las obligaciones contraídas en el artículo 12, entre abogados, jueces y fiscales, es tan grande, que hemos llegado a escuchar cómo expertos del derecho y la fiscalía en posiciones de poder celebran el aumento de “Juzgados Especializados en Incapacidades”, porque *“ha aumentado mucho la demanda de incapacitaciones y no damos abasto”*. Igual de preocupante es el desconocimiento de las personas profesionales de las fundaciones tutelares y la atención a la salud mental, de lo anterior.

La restricción de la capacidad jurídica funciona, en la práctica, como un requisito para el acceso a los apoyos, y especialmente para el acceso a viviendas y servicios básicos para el sustento de nuestras vidas, por lo que muchas personas nos vemos abocadas a aceptar la restricción de nuestra capacidad jurídica, a cambio de un techo o una pensión para el sustento de la vida¹⁶.

En el caso específico del colectivo de discapacidad psicosocial, en situaciones de crisis emocionales por motivos de salud mental, la autorización judicial que vehicula la pérdida de la capacidad jurídica temporal funciona como dispositivo para implementar el ingreso y los tratamientos involuntarios, y justificar así el maltrato, la tortura y los tratos degradantes e inhumanos de los que somos sistemáticamente objeto; una cuestión que trataremos al detalle en los artículos 14 y 15.

El Anteproyecto de Ley por el que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad (21 diciembre del 2018), elaborado por el Estado para armonizar nuestras leyes internas con los estándares planteados en el artículo 12, si bien supone algunos avances, como es el caso de la eliminación de la incapacitación, la tutela y la patria potestad de mayores de edad, es completamente insuficiente y sigue anclado en el enfoque paternalista y biomédico que la propia CDPD quiere dejar atrás. Especialmente preocupantes son los siguientes aspectos:

- a) No plantea el claro mandato de la voluntariedad de los apoyos, y el respeto irrestricto a la voluntad y preferencias de la persona, contraviniendo la definición misma del apoyo, que no puede ser nombrado por un tercero contra la voluntad de la persona. Este aspecto es tremendamente preocupante, porque los apoyos pueden ser ‘asignados’ en contra de la voluntad de la persona, manteniendo la posibilidad de involuntariedad y coerción a las que tan habitualmente somos sujetas las personas del colectivo de discapacidad psicosocial.
- b) Las medidas de apoyo planteadas son poco flexibles y no hacen posible un enfoque basado en la comunidad. No se tienen en cuenta los grupos de apoyo entre pares o las redes comunitarias de apoyo.
- c) Se mantiene la posibilidad de que las figuras de apoyo asuman funciones representativas y, aunque lo limitan a situaciones excepcionales, no se precisa en qué consisten estas situaciones, por lo que puede perpetuarse perfectamente la sustitución en la toma de decisiones. Esto es particularmente preocupante en el caso de la guarda de hecho, que constituye un mecanismo informal de apoyo que puede traducirse en una sustitución de la toma de decisiones sin control judicial alguno.
- d) No resultan suficientes las salvaguardas para garantizar que las figuras de apoyo respeten la voluntad y preferencias de la persona.
- e) Permanecen algunas reminiscencias del concepto de interés superior, claramente contrario a la CDPD.

¹⁶ <http://www.supportgirona.cat/wp-content/uploads/2019/01/informe-dret-capacitat-juridica-salutmental.pdf>

- f) No se ha considerado la posibilidad de designar unilateralmente medidas de apoyo (judicial o notarial).
- g) La definición de prodigalidad es bastante amplia y subjetiva. Nos preocupa que este concepto, que se define como “*la habitualidad en la disipación de los bienes propios, malgastándolos de forma desordenada*”, y que implica la designación forzosa de un asistente y la privación al pródigo de la posibilidad de realizar actos jurídicos sin el consentimiento de éste, pueda ser utilizada para restringir la autonomía de las personas con discapacidad psicosocial.

Además, queremos señalar que nos preocupa que la eliminación de las figuras de modificación de la capacidad jurídica no vaya acompañada de la eliminación de los requisitos relacionados con la modificación de la capacidad jurídica para el acceso a las prestaciones, especialmente en materia de vivienda y pensiones, y esto se traduzca en situaciones de desamparo.

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) **Asegurar que el nuevo proyecto de Ley contemple expresamente la voluntariedad de los apoyos, de modo que éstos nunca puedan ser impuestos contra la voluntad expresa de la persona.**
- b) **Garantizar que el nuevo Proyecto de Ley permita que la propia persona que precisa los apoyos pueda designarlos por sí sola a través de una decisión unilateral.**
- c) **Asegurar que el nuevo proyecto de Ley elimine por completo la sustitución en la toma de decisiones, limitando la posibilidad de la representación a aquellos supuestos en que no sea posible verificar en modo alguno la voluntad y preferencias de la persona tras realizar todos los esfuerzos posibles, y asegurar que en estos casos las decisiones de la figura de apoyo se basan en la mejor interpretación posible de la voluntad y preferencias de la persona apoyada.**
- d) **Ampliar y flexibilizar los tipos de apoyos y promover el desarrollo de apoyos con enfoque comunitario.**
- e) **Reforzar las salvaguardias para garantizar que el apoyo respeta la voluntad y preferencias de la persona.**
- f) **Eliminar toda referencia en la Ley al concepto de interés superior.**
- g) **Garantizar que la asistencia en caso de prodigalidad no pueda aplicarse de forma discriminatoria a las personas con discapacidad psicosocial.**
- h) **Revisar toda la legislación para suprimir todas las disposiciones que vinculan el acceso a las prestaciones a una previa modificación de la capacidad jurídica.**
- i) **Eliminar los mecanismos de sustitución de la capacidad jurídica temporal que posibilitan el internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas.**
- j) **Garantizar la formación de jueces, juristas, fiscales y profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad y la salud mental, en relación a la plena comprensión de las obligaciones contraídas mediante el artículo 12.**

Libertad y seguridad de la persona y Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículos 14 y 15).

España incumple sistemáticamente las obligaciones contraídas en relación a los artículos 14 y 15 de la CDPD, justificando y amparando “tratamientos médicos” para las personas con un diagnóstico de trastorno mental basados en la restricción de la libertad, la coerción, el maltrato, la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Esto es conceptualizable como violencia de Estado hacia las personas con discapacidad psicosocial.

Actualmente el internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas (unidades de agudos y subagudos) es la intervención habitual ante situaciones de crisis de salud mental. Los dispositivos de atención a crisis basados en la no coerción, la voluntad y las preferencias de la persona están infradesarrollados y son muy minoritarios. En muchas ocasiones cuando las personas en situación de crisis acudimos voluntariamente en busca de apoyo a los servicios de urgencias psiquiátricas, la situación pasa a ser un ingreso involuntario.

Los ingresos involuntarios están amparados y regulados en el artículo 763 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil¹⁷. Adquiriendo carácter de Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, que es específica de la modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

La contención mecánica se aplica de manera protocolaria en la mayoría de los dispositivos de internamiento involuntario. En muchas ocasiones somos contenidas mecánicamente cuando acudimos voluntariamente a los servicios de urgencias psiquiátricas en busca de apoyos.

En las Unidades de Agudos somos objeto de prácticas de maltrato y/o tortura como: la medicación forzosa, la sobremedicación y la terapia electroconvulsiva con consentimiento forzoso. Definimos el consentimiento forzoso como aquel que se produce bajo coerción directa o indirecta, por amenaza implícita de pérdida de lo necesario o deseado para la vida; es decir, por un castigo que puede acontecer si nos resistimos a la imposición de la voluntad del poder psiquiátrico.

Testimonio - Afectada: *Tengo ansiedad constante hace 9 años, tengo miedo de que me aten, de que me encierren, de no poder respirar el aire de la calle, vuestras correas me tuvieron 3 meses en el Hospital San Rafael, Barcelona [...] Atada días y días. Sólo recuerdo ráfagas de vuestra tortura porque me pusisteis electroshock sin mi permiso. [...] Después de esos tres meses encerrada en una planta del psiquiátrico, sin ni siquiera un jardín o patio donde salir, realmente habéis conseguido volverme una enferma mental [...] que tiene miedo y angustia y no puede vivir. Vuestras correas en mis brazos y tantas horas encerrada me crearon un shock traumático tan grande que a veces pienso en morirme para no sufrir ya tanto y dejar de notar esta angustia continua.*

La administración forzosa de drogas psiquiátricas es una constante en las unidades de agudos. Y no se limita al contexto de los internamientos, está extendida por todo el sistema de salud mental. Muchos de los recursos de apoyo psicosocial de los que disponemos establecen el criterio de “toma de medicación” para acceder a ellos. Esto implica que si no tomamos estas drogas nos niegan los apoyos, algo que puede ser, en determinados momentos, imprescindible para nuestra vida.

¹⁷ Texto consolidado , Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>

Testimonio - Afectada: Durante el tiempo que estuve retenida en la planta de psiquiatría me sobremedicaron muchísimo, casi no podía mantenerme en pie. Me sentía muy envenenada. Casi no podía respirar. Tenía un dolor en el pecho. Mucha angustia por la medicación. No estoy segura de qué medicación me pusieron. [...] no puedes negarte porque si no te obligan y te arriesgas a que te pongan dosis mayores y/o te aten de nuevo. [...] Por supuesto no te explican nada sobre la medicación. Tampoco te avisan sobre los peligros de dejarla abruptamente.

Sólo una minoría de personas tenemos la oportunidad de acordar y participar activamente, con consentimiento libre e informado, en la decisión sobre la medicación, con respecto al tipo y dosis, cambio o reducción y retirada. Eso depende de la “buena voluntad” del psiquiatra que nos atiende, lo cual garantiza poco. La educación profesional promueve estigma, sobremedicación y coerción como práctica terapéutica. Esto produce innumerables efectos adversos que afectan nuestras capacidades cognitivas, volitivas y de sentir placer (síndrome apatoabúlico inducido por los neurolépticos), y socava nuestras oportunidades de empoderamiento y recuperación, propiciando procesos de cronificación de la discapacidad psicosocial.

En los últimos años ha habido avances en algunas de las políticas públicas regionales de salud mental y adicciones para intervenir sobre la violencia de que somos objeto, como es el caso del Gobierno de Catalunya. Éste, por primera vez, ha establecido una línea estratégica de promoción de DDHH y ha planteado una estrategia para alcanzar la Contención Mecánica Cero en el 2025. Pero estos avances, que han posibilitado cierto debate social, son meramente declarativos y no van acompañados de medidas legislativas que amparen el pleno ejercicio de nuestros DDHH y libertades fundamentales.

La mayoría de profesionales de salud mental desconocen las obligaciones contraídas en la CDPD y justifican el ingreso y tratamiento involuntario y la contención mecánica como “medidas terapéuticas”.

La violencia de Estado, articulada mediante el internamiento y tratamiento involuntario, ejercida sobre las personas con discapacidad psicosocial, ha generado la muerte de diversas personas de nuestro colectivo en los últimos años. En abril del 2017 murió una compañera¹⁸ de 26 años en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo), quien acudió con síntomas de faringitis a Urgencias. Debido al estigma transgeneracional, en vez de tratar su problema orgánico, la internaron en psiquiatría porque “su madre tenía un diagnóstico de esquizofrenia”. La ataron a una cama durante días y le administran neurolépticos, induciendo su muerte, en situación de tortura, por una meningitis no tratada. Más recientemente murió un compañero de 27 años, el pasado 9/11/2018 en Abrera (Barcelona)¹⁹, sujeto a una “reducción policial” y “contención mecánica” con el objetivo de ser internado involuntariamente. Al expresar su voluntad de no ser internado y resistirse, murió de una parada cardiorrespiratoria inducida por la violencia de que fue objeto. Los medios de comunicación, la policía y las instituciones de atención a la salud mental naturalizan la práctica de esta tortura con el argumento -y protocolo de atención- del “paciente agitado” que psicopatologiza el enfado, la resistencia y la impotencia natural y saludable que sentimos las personas con discapacidad psicosocial ante las vulneraciones de DDHH que vivimos, y de las que, en ocasiones, morimos.

¹⁸ <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2018/07/27/una-meningitis-causo-la-muerte-a-una-joven-inmovilizada-en-psiquiatria-del-huca/>

¹⁹ https://elpais.com/ccaa/2018/11/12/catalunya/1542042546_747746.html

***Testimonio - Afectado:** Fui al Hospital Clínico, donde pedí hablar con un profesional, una hora como mínimo, pues necesitaba ser escuchado. En lugar de eso, estuve hablando unos cinco minutos y me dieron una pastilla de Zyprexa y me enviaron en ambulancia al Hospital del Mar, donde los profesionales de guardia me recibieron muy amablemente, me escuchó un rato el psiquiatra de turno y poco después volvió y me dijo que tenía que ingresar en la planta octava. Yo le dije: “De acuerdo, pero ¿cuándo salgo?”. Y él me respondió que no me alterase, a lo que yo le respondí que no estaba alterado, pero que tenía derecho a saber cuándo podría salir, e incluso salir cuando quisiera. Él me volvió a responder que no me alterase [...]. Como el psiquiatra veía que yo no estaba dispuesto a ser internado [...], les dijo a dos miembros de seguridad que le acompañaban [...] que me ataran a la camilla [...] Un enfermero me comenzó a atar [...] y yo pregunté: “¿Dónde queda mi libertad?”.*

El Artículo 15 también establece que “*nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento*”. Sin embargo, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, muchas personas podemos estar siendo tratadas con psicofármacos cuyos potenciales riesgos para nuestra salud aún no hubiesen sido constatados a pesar de estar autorizada su comercialización, debido a la presión del *marketing* de la industria farmacéutica sobre los prescriptores (profesionales de la psiquiatría). Esto equivaldría, a todos los efectos, a ser objeto de un ensayo clínico. La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) puede incurrir en un error tipo I (dar por bueno un medicamento que es malo) cuando aprueba un fármaco, que al cabo del tiempo resulta ser malo. Las razones del error tipo I suelen ser el apresuramiento y/o las deficiencias técnicas, pues no se detecta que haya una falta de eficacia en los resultados de salud o riesgos añadidos. Si a esta situación añadimos el escaso tiempo de consulta que tienen los médicos para cada una de nosotras, resulta muy difícil que se desenvuelva una “prescripción prudente” en el sistema público de salud.

***Testimonio - Afectado:** Estoy en un programa especial de prevención del suicidio [...] la medicación del programa está pautada, sigue un protocolo, y parece que poco importa tu evolución [...] En ocasiones, puedes quedar obligado a seguir un protocolo que no se corresponde con tus circunstancias de vida. [...] Si no sigues la pauta, te expulsan del programa. [...] Y no quieres que te expulsen del programa, que sabes que te da una atención en momentos de crisis que no encontrarás fuera de él. [...] Creo que es porque si no sigues la pauta afectas las evaluaciones que hacen, que eres parte de la muestra.*

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) **Derogar el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil que regula el “Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” y prohibir la práctica del internamiento involuntario por ser contraria a los artículos 12, 14 y 15 de la CDPD.**
- b) **Desarrollar en todas las Comunidades Autónomas diversos dispositivos no coercitivos de atención a las crisis de salud mental, que respeten la voluntad y preferencias de la persona. Por ejemplo: equipos de intervención en crisis con el modelo del diálogo abierto, casas de reposo, salas especializadas de relajación y unidades de ingreso voluntario con cultura de puertas abiertas.**
- c) **Promover y financiar iniciativas de apoyo a las crisis autogestionadas por los colectivos, entidades y organizaciones en primera persona.**
- d) **Promover las voluntades anticipadas para garantizar el respeto de la voluntad y preferencias de las personas en crisis. Nuestra voluntad y preferencias deben ser escuchadas siempre, no sólo anticipadamente.**

- e) **Prohibir que la toma de medicación psiquiátrica sea un criterio de acceso a recursos de apoyo psicosocial y de vivienda.**
- f) **Establecer la obligatoriedad en los servicios de salud mental de acompañar las demandas de reducción y/o retirada de la medicación psiquiátrica.**
- g) **Prohibir cualquier tratamiento e intervención en el ámbito de la salud mental que no respete la voluntad y las preferencias de la persona.**
- h) **Establecer indicadores para evaluar la calidad de los servicios de atención a la salud mental basados en las obligaciones contraídas con la CDPD, elaborados en colaboración con los colectivos y organizaciones en primera persona.**
- i) **Establecer criterios de pago a los proveedores de servicios de salud mental, en las Comunidades Autónomas donde son de gestión privada, alineados con las obligaciones contraídas en la CDPD y elaborados en colaboración con los colectivos, entidades y organizaciones en primera persona.**
- j) **Crear el rol de defensor de las personas usuarias de los servicios de salud mental en todas las Comunidades Autónomas, cuyas funciones sean: garantizar el cumplimiento de los DDHH comprendidos en la CDPD; registrar y hacer un seguimiento de las denuncias de vulneraciones de DDHH; acceder sin previo aviso, supervisar y sancionar a los servicios de salud mental que vulneren DDHH.**

Protección de la integridad personal y Salud (artículos 17 y 25)

España incumple sistemáticamente sus obligaciones en relación al consentimiento libre e informado de tratamientos médicos en el caso del colectivo de personas con discapacidad psicosocial.

Sobre el requerimiento de cómo se garantiza el consentimiento libre e informado de todas las personas con discapacidad para cualquier intervención o tratamiento médico (artículo 17), España contesta que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad (LGD) y de su inclusión social, respetan el consentimiento en el tratamiento médico: *“Tanto la modificación de 2011 de la Ley reguladora de la autonomía del paciente (artículo 9.7) como la LGD (artículo 6) reconocen el respeto a la autonomía de las personas con discapacidad, las cuales tienen derecho a la libre toma de decisiones [...]”*.

Sin embargo, España omite mencionar los “Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación” que establece en su artículo 9 la Ley de Autonomía del Paciente. Estos posibilitan la perpetuación de los tratamientos involuntarios en salud mental y son contrarios a las obligaciones contraídas en la CDPD. Concretamente, la Ley de Autonomía del Paciente establece, entre otras, las siguientes excepciones al consentimiento libre e informado: a) *“[...] riesgo para la salud pública”*; b) *“riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”*. Y los siguientes criterios para el consentimiento por representación; a) *“Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación [...]”*; b) *“Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente [...]”*.

Por otro lado, el art 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil permite el ingreso involuntario por razón de trastorno psíquico, cuando la persona no está en condiciones de decidir por sí misma. Justificando la pérdida de nuestra libertad y seguridad en una “supuesta incapacidad para decidir”, incluso cuando

manifestamos nuestra voluntad de no ser ingresadas, dejándonos expuestas al maltrato y la tortura (ver desarrollo de artículos 14 y 15).

Testimonio - Afectado: *Me encerraron en contra de mi voluntad y con un jurado me hicieron 4 o 5 preguntas. No me dejaron salir, [...] me obligaron a tomar pastillas y a firmar conforme estoy enfermo, lo cual no estoy de acuerdo, pero si no firmaba no podía volver a casa. Ahora me obligan a medicarme y no me dan alternativa.*

Así pues, la legislación española permite en aras de conceptos jurídicamente indeterminados y claramente paternalistas como son los de “riesgo” tanto para la “salud pública” como para la “integridad” o “seguridad” del paciente o la “incapacidad de toma de decisiones”, que el médico o la familia decidan unilateralmente sobre las intervenciones médicas que se nos administran. Este sistema de razonamiento que mantiene una valoración unilateral racional de terceros sobre nuestras decisiones en salud vulnera los artículos 12, 15, 17, 25 y 21 de la CDPD.

Por otro lado, existe en España un mal uso intencionado del consentimiento informado y una práctica del consentimiento forzoso. El consentimiento libre e informado (CI) no se debe confundir con un papel firmado casi a ciegas o bajo amenaza de castigo.

Testimonio - Afectada: *Nunca he estado de acuerdo en que me hicieran Terapia Electroconvulsiva. Pero mi psiquiatra y mi padre se aliaron para que así fuera, contra mi voluntad, y me repetían: ‘O vas al TEC o te ingresamos’... [...] Mi psiquiatra tenía varios pretextos para hacerme la Terapia Electroconvulsiva, como que era mi culpa porque abandonaba la medicación.*

La información fidedigna y comprensible es la que garantiza que la aceptación o rechazo de un tratamiento, o nuestra inclusión en un ensayo clínico o en un proyecto de investigación, sea consciente, libre y autónoma. Sin embargo, de manera sistemática se nos proporciona información falaz sobre la causa de los trastornos mentales, indicándonos que se trata de un “desequilibrio neuroquímico cerebral” sin informarnos de que no hay evidencia para sustentar esta hipótesis ya que no se puede medir el “equilibrio neuroquímico del cerebro”, ni se han podido identificar genes o marcadores biológicos de los trastornos mentales.

Testimonio* - Afectada: *Un profesional me estaba explicando que en los trastornos mentales la medicación es como la insulina de los diabéticos, que el problema es de por vida y todo eso. Yo le dije: ‘Bueno, pero, esto no está demostrado, ¿no?’. Entonces la persona perdió los papeles y me empezó a maltratar, decir que todo era mentira, y hacía sorna, hacía bromas así muy agresivas. Me dijo que yo qué sabía, que no era psiquiatra, que pensaba que era un psiquiatra. Fue bastante espectacular.*

No se nos ofrecen alternativas a los psicofármacos y somos expuestas al consumo iatrogénico de drogas psiquiátricas y a la sobremedicación desconociendo los riesgos que implican para nuestra integridad personal, capacidades cognitivas, volitivas y de placer. La literatura médica ya ha informado de la iatrogenia desde la década de 1970 en el caso de los neurolepticos²⁰. Pero al no considerarse un riesgo grave para nuestra salud, en situaciones de ingreso o en otros contextos de atención, ni siquiera se nos solicita consentimiento por escrito y además somos nosotras las que respondemos de los potenciales daños. Aunque la jurisprudencia española ha resuelto que la Administración pública no es una “aseguradora universal” de daños sanitarios, la información sobre el riesgo de dependencia y efectos

²⁰ Chouinard, G. et al. (2017). Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 189–219.

adversos debería incluirse como obligación de consentimiento por escrito, ya que es una laguna legal que beneficia a las empresas farmacéuticas y vulnera nuestros derechos.

Testimonio - Afectada: [...] me sobremedicaron muchísimo, casi no me podía mantener en pie. [...] No estoy segura de qué medicación me pusieron. No te explican nada, no puedes negarte porque si no te obligan y te arriesgas a que te pongan dosis mayores o/y te aten de nuevo. [...] Tampoco te avisan sobre los peligros de dejarla abruptamente.

La jurisprudencia en España relativa a los daños a causa de actos médicos no es muy específica con respecto a la “forma” y prueba de dicho CI. Así, una sentencia reciente de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 23 noviembre de 2018, concluyó que: “*la ausencia o insuficiencia del consentimiento informado no determinaba la responsabilidad patrimonial del profesional sanitario de forma automática*”. Esta ambigüedad nos deja en situación de indefensión ya que no se exige que se nos explique de manera accesible y comprensible los riesgos de los distintos tratamientos.

En salud mental debido a que el estigma y la discriminación condicionan la vertiente ética del consentimiento y, por lo tanto, debería legislarse discriminando positivamente, como se lleva a cabo en el caso del enfoque de género que informa la legislación española (creación de juzgados específicos). Muchas de nosotras llegamos al tratamiento en circunstancias sociales, financieras y de salud precarias, y a menudo sufrimos presiones externas para someternos al mismo.

La psiquiatría legal, ante nuestras reclamaciones, se afana por defender que se actúa según la “*lex artis ad hoc*”, pues respeta los protocolos facultativos establecidos por ley.

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para erradicar los internamientos involuntarios con carácter extraordinario, los internamientos indefinidos y aquellas prácticas que justifican el internamiento en aras de la “seguridad” propia o de terceras personas, ya que no hay un procedimiento con garantías análogas al procedimiento penal.**
- b) Modificar la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para incluir como supuesto de consentimiento expreso escrito todos los tratamientos y, especialmente, aquellos que se refieren a la información sobre riesgos de dependencia y efectos adversos de psicofármacos en cada consulta y durante todo el tratamiento.**
- c) Establecer una legislación específica que discrimine positivamente a las personas con discapacidad psicosocial, de modo análogo a como sucede en los supuestos de igualdad de género. Esta legislación permitiría crear juzgados especializados en derechos de las personas con discapacidad psicosocial.**
- d) Distribuir una parte de los recursos que España dedica actualmente a gasto en psicofármacos, en beneficio de mayores recursos humanos en la red sociosanitaria.**
- e) Modificar la regulación del procedimiento de responsabilidad patrimonial de la administración pública sanitaria para facilitar la prueba del daño del mantenimiento continuado con psicofármacos.**
- f) Crear el rol de defensor de las personas usuarias de los servicios de salud mental en todas las Comunidades Autónomas (Ver recomendación “j” de artículos 14 y 15).**

- g) **Erradicar las prácticas que condicionan nuestros derechos sociales, como el derecho a una vivienda o a una ayuda pública, al seguimiento de tratamientos médicos que no hayamos consentido.**

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad y Respeto de la privacidad (artículos 19 y 22)

En España la inmensa mayoría de las personas con discapacidad psicosocial no disponemos de recursos adecuados de apoyo a la vida independiente, que respeten nuestra voluntad y preferencias.

Esto responde en parte, al desarrollo histórico y a las especificidades culturales de nuestro contexto en relación a la atención a la salud mental, ámbito en el que prima el enfoque biomédico paternalista, la familia como apoyo principal y las instituciones disciplinarias.

El proceso de desmanicomialización en España no fue acompañado del desarrollo suficiente de servicios en la comunidad y, a diferencia de otros Estados, en el nuestro, las familias, habitualmente las madres, asumieron de diversos modos el cuidado de las personas que fuimos desinstitucionalizadas, o bien acogiéndonos en la vivienda familiar, o bien asumiendo nuestra tutela mediante las instituciones tutelares que crearon ellas mismas en aquellos momentos.

El modelo biomédico aplicado a la salud mental, basado en la hipótesis del “desequilibrio neuroquímico” que se instaló durante la desmanicomialización en beneficio de la industria farmacéutica, convenció a las organizaciones de familiares del enfoque biológico que las desculpabilizaba y las hizo partícipes de la “adherencia al tratamiento farmacológico” como la única salida a nuestro problema. Un problema que se colocó en el espacio biológico del cerebro individual. Así pues, las familias asumieron y continúan asumiendo, desde el campo de desinformación e ignorancia deliberadamente reproducido por el modelo biomédico, nuestra “cronicidad” e imposibilidad de recuperación, centrando su rol de cuidado y su deseo de ayuda en “vigilar” e “imponer” que nos tomemos una medicación que en muchas ocasiones atenta contra nuestra integridad personal, capacidades cognitivas, volitivas y de disfrute de la vida; contribuyendo a que entrásemos en procesos reales de cronificación debido a la sobremedicación, el desempoderamiento, el aislamiento y la pérdida de autonomía.

***Testimonio* - Familiar madre:** Cuando pasa una cosa así dices, bueno, pues lo que te dice el psiquiatra. Y muchas veces le obligas. Y hemos montado pollos por tomarse una medicación cuando a lo mejor estaba excesivamente medicado. Que visto con la perspectiva del tiempo piensas: ‘bueno, quizás si hubiera tomado un poco menos...’. Y tienes esa serie de dudas [...] ‘He hecho mal, le he obligado, he montado un pollo aquí que al final ha acabado en un ingreso involuntario porque claro se ha liado un follón porque no te quieres medicar, porque...’.*

En la actualidad, muchas personas en situación de discapacidad psicosocial, que hemos vivido procesos de institucionalización, sobremedicación, e intervenciones forzosas, entre otras vulneraciones de DDHH, vivimos con nuestras familias debido a la falta de apoyos de origen Estatal, con todos los problemas que ello implica para el desarrollo de una vida independiente.

Testimonio*- Familiar madre: *El problema aquí es que la familia tiene que hacerse cargo de todo, de proporcionar la vivienda, la economía... Claro, esto crea unas dificultades de convivencia terribles. Porque la sensación de dependencia de una familia cuando tienes 40 años es terrible, ¿no?*

Las residencias y pensiones específicas para personas con “enfermedad mental”, que señala nuestro Estado en su informe periódico segundo y tercero combinados, están muy lejos de respetar nuestra voluntad y preferencias y de ofrecer un apoyo a la vida independiente. Más bien son centros altamente disciplinarios, autoritarios e inflexibles, que funcionan con una lógica de segregación y tienen normativizados todos los aspectos de la vida, la hora de levantarse, de comer, de poder estar en la propia habitación, etc. Trabajan con la “adherencia al tratamiento farmacológico” y la vigilancia en relación al consumo de las drogas psiquiátricas, y a menudo ofertan talleres completamente desconectados de nuestros intereses, infantilizantes y semi-obligatorios. En estos espacios carecemos de intimidad y privacidad, se nos prohíben los contactos sexoafectivos, y solemos experimentar una infantilización constante por parte del personal. En los peores casos, las puertas están cerradas y tenemos que pedir permiso a las monitoras para que nos abran la puerta del lavabo o para que nos vengán a abrir nuestro armario. Las puertas, en caso de estar cerradas lo están para nosotras, pero en ningún caso para el personal, que entra en nuestros espacios privados, habitación, baño, etc., sin pedir permiso.

Testimonio* - Afectado: *Una de las satisfacciones más grandes que tuve fue salir de la residencia de salud mental donde viví durante siete años. A pesar de la oposición de la familia y de los médicos, yo mismo cogí y me di de alta con la colaboración de una doctora. El trato en la residencia es muy impersonal y los derechos son reducidos al mínimo [...] una extensión del psiquiátrico [...] Yo conozco pocos compañeros [...] que hayan salido con posibilidades de llevar una vida normalizada por el propio trato que les dan. Por eso la única liberación que tuve fue, salir de la residencia.*

En general, todos los dispositivos de apoyo a la vida independiente y no sólo los de vivienda, están supeditados al consentimiento forzoso de toma de drogas psiquiátricas; éste también es el caso de las pensiones.

Testimonio - Afectada: *Quién regula si debo recibir mi pensión de incapacidad permanente absoluta es el INSS. Uno de los motivos para retirar la pensión, una ayuda económica que en mi caso necesito porque no puedo trabajar, es la adherencia a un tratamiento psiquiátrico. Si mi doctora no está de acuerdo con la retirada de parte de mi medicación, como me pasó a mi hasta el año 2017, [...] yo no puedo abandonarla por mi cuenta, porque si [...] me llega una revisión del INSS, me arriesgo a perder la pensión.*

Los pisos tutelados, que son completamente insuficientes, salvo en algunas excepciones tampoco respetan la voluntad y preferencias de la persona, pues se basan más bien en una lógica de control, que en una de apoyo necesario y voluntario. En muchos pisos tutelados no aceptan parejas de personas con discapacidad psicosocial y prohíben la sexualidad. El consentimiento forzoso respecto al consumo de drogas psiquiátricas, también suele ser un requisito para mantenimiento de la plaza.

La figura del asistente personal en el colectivo de personas con discapacidad psicosocial es inexistente en España. Tal y como informa el Estado, en la cuestión 20, de su informe segundo y tercero combinados, la jornada informativa que organizó sobre la figura del asistente personal “con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan aportar su visión acerca del papel de este servicio” sólo contó con la participación de la Entidad ASPAYM (Asociación de Personas con Lesión Medular y otras Discapacidades Físicas).

Por otro lado, los apoyos a la vida independiente, en general, no se adecuan a las fluctuaciones característica de la discapacidad psicosocial, sino que se establecen de manera categórica e inflexible. Esto es contraproducente para nuestros procesos de recuperación y nos impide desarrollar una mayor autonomía y empoderamiento. Si decidimos prescindir de un apoyo porque nos vemos con fuerza, corremos el riesgo de perderlo para siempre.

Nuestro derecho a la privacidad e intimidad está vulnerado ampliamente en los contextos de atención a la salud mental que sustituyen al hogar (unidades de agudos y subagudos, pisos tutelados, residencias). En las unidades de agudos, en muchos casos se nos priva de manera protocolaria de nuestros objetos personales; incluyendo ropa, teléfonos y dispositivos, objetos de aseo, etc. y se nos somete a un régimen de visitas y contactos con el exterior inflexible y mínimo. Esto nos genera una situación de pérdida de identidad, dignidad y contribuye a un proceso de deshumanización. Además, muchas unidades de agudos contienen cámaras de videovigilancia inclusive en nuestras habitaciones, lo cual está prohibido en las cárceles.

***Testimonio - Afectada:** En la sala cerrada de agudos de psiquiatría donde me ingresaron, el primer día, te quitan tu ropa, tu dinero, tu tabaco y tu teléfono. De modo que debes ir en pijama a todas partes, no puedes salir a tomar un té, no puedes salir a fumar [...] ni llamar a nadie [...]*

La vulneración de nuestro derecho a la privacidad va más allá de los contextos que sustituyen al hogar y abarca un amplio abanico de situaciones en las que se vulnera la confidencialidad de aquello que explicamos o nos sucede en contextos de atención profesional. Esta información puede circular por los “circuitos de atención a la salud mental” sin nuestro conocimiento, afectando a nuestro honor y reputación en los servicios disponibles de apoyo, pudiendo llegar a provocar que nos nieguen el acceso a un dispositivo. La información confidencial se filtra también en los circuitos jurídicos (mediante informes profesionales que vulneran nuestra confidencialidad) y puede afectar a un proceso de divorcio y custodia de los hijos, o ser comunicada a nuestros familiares sin nuestro consentimiento.

***Testimonio- Afectada:** [...] hoy había una reunión familiar con mi psiquiatra y tres personas de la familia, yo no tenía que estar. Resulta que al final se ha presentado una hermana mía que yo no había autorizado que fuera y la doctora le explicó igualmente todo, o sea le ha hablado de mí sin mi consentimiento. Me he puesto tan mal cuando lo he sabido que he tenido una crisis de ansiedad muy fuerte porque con esta hermana hace mucho tiempo que no hablo y no sé qué ha ido a hacer allí [...] Ahora salgo de urgencias porque estaba que no podía ni respirar.*

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) **Financiar pisos asistidos de apoyo a la vida independiente, gestionados desde los colectivos y entidades en primera persona.**
- b) **Promover medidas legislativas para la transformación radical de los “pisos tutelados” y aumentar su oferta, asegurando que sean autogestionados por las personas que viven, desde el apoyo externo controlado, libre y voluntario (modelo Housing First²¹).**
- c) **Prohibir la segregación del colectivo con discapacidad psicosocial en residencias para personas con “enfermedad mental”.**

21

<http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/-el-modelo-housing-first-en-espana-resultados-a-los-12-meses.pdf>

- d) Promover mediante medidas legislativas, la transformación radical de las residencias de salud mental, y establecer el respeto por la voluntad, las preferencias, la dignidad y la privacidad e intimidad de la persona, como estándares de funcionamiento.**
- e) Dar potestad legal a las personas con discapacidad psicosocial para ajustar de manera dinámica los apoyos a la fluctuación en sus necesidades de apoyo en función de su voluntad y preferencias.**
- f) Prohibir mediante ley el criterio de toma de medicación psiquiátrica para el acceso y mantenimiento de todos los apoyos destinados a la vida independiente (pensiones, viviendas).**
- g) Hacer extensiva la figura del asistente personal al colectivo de discapacidad psicosocial.**

Trabajo y empleo (artículo 27)

Las personas con discapacidad psicosocial agradecemos la promulgación por parte del Estado de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013) que plantea el objetivo de “*aumentar las tasas de actividad y de ocupación e inserción laboral de las personas con discapacidad, así como mejorar la calidad del empleo y dignificar sus condiciones de trabajo, combatiendo activamente su discriminación*”. Igualmente, valoramos positivamente las modificaciones del Texto Refundido de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Estas modificaciones establecen la obligación legal de reservar una cuota del 2% de los puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas con más de 50 empleados.

Sin embargo, de acuerdo al Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (ODISMET), en el 2015 la mayoría de las empresas incumplían esta obligación legal. Además, entre el 2008 y el 2013 se duplicó la tasa de desempleo de las personas con discapacidad. Desde entonces, “*los datos actualizados presentan algunas mejoras que evidencian que se está avanzando. Sin embargo, la comparación con series estadísticas anteriores muestran lo lento que es el proceso de mejora en el ámbito laboral para las personas con discapacidad*” (ODISMET, 2018). El marco normativo se ha actualizado, pero falla en España la fiscalización y sanción a quienes lo incumplen.

Además, y quizás más importante, los cambios legislativos no especifican en las cuotas o en los incentivos el tipo de discapacidad. El resultado es que, quizás por el estigma social que afecta a las personas diagnosticadas de un trastorno mental, las pequeñas mejoras en la inserción laboral de las personas con discapacidad no se ven reflejadas en la situación de las personas con discapacidad psicosocial.

La siguiente tabla realizada con datos del ODISMET, refleja la situación de acceso al trabajo en España el 2016:

	Personas sin discapacidad	Personas con discapacidad	Personas con discapacidad psicosocial
Tasa de Actividad	78,0%	35,2%	27,7%
Tasa de Empleo	62,8%	25,1%	14,3%
Tasa de Paro	19,5%	28,6%	48,3%

Como vemos, sólo 1 de cada 3 personas con discapacidad en edad de trabajar (16 a 64 años) está activa en España (menos de la mitad que las personas sin discapacidad). Situación en la que sólo hay 1 de cada 4 personas con discapacidad psicosocial. Igualmente, sólo 1 de cada 4 personas con discapacidad tiene empleo, circunstancia que se agrava hasta ser menos de 1 de cada 6 personas con discapacidad psicosocial empleada. En cuanto a la tasa de paro, no sólo es casi un 250% superior a las personas sin discapacidad, sino que es significativamente superior a la tasa de otras discapacidades, triplicando, por ejemplo, a las personas con discapacidad visual (tasa del 16,6%).

Algunas Comunidades Autónomas disponen de un Modelo Dual, que está compuesto por un mercado protegido y un mercado ordinario. Este modelo fue diseñado para promover la inserción laboral de las personas con discapacidad. Son los Centros Especiales de Empleo o Centros Especiales de Trabajo (CEE/CET), un modelo jurídico empresarial que tiene como finalidad principal: “*Facilitar la transición de las personas trabajadoras con*

*discapacidad hacia el mercado ordinario*²² (UGT, 2016). A pesar de que esta es su finalidad, para la cual reciben financiación y beneficios fiscales, la realidad no se ajusta al derecho. Varios estudios²³ sitúan la tasa de transición del mercado protegido al ordinario entre un 1% y un 5%. Esto evidencia que los CEE/CET son la única oportunidad laboral real para muchas personas con discapacidad. Además, el sindicato UGT lamenta que los salarios en los CEE/CET son muy bajos y que “*los mejores trabajadores no promocionan hacia la empresa ordinaria para no afectar la productividad (del CET)*”, aunque estén capacitados para ello.

Por último, en España ha subido el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), adecuándose al coste de la vida y el umbral de la pobreza. Esta situación ha llevado a los CET a movilizarse, reclamando un incremento del financiamiento público, porque pagar el SMI afectaría su rentabilidad y viabilidad²⁴. En definitiva, un recurso creado para salvaguardar y promover el ejercicio del derecho al trabajo, en la práctica incumple su función, especialmente entre las personas con discapacidad psicosocial.

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) Garantizar el cumplimiento de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social, y de la Ley de Contratos del Sector Público, persiguiendo y sancionando el incumplimiento de las cuotas de puestos de trabajo para personas con discapacidad.**
- b) Cumplir con la transparencia necesaria del Estado haciendo públicas las sanciones impuestas y las empresas sancionadas por el incumplimiento de las cuotas del 2% u otras infracciones.**
- c) Promover cuotas o incentivos específicos a la contratación de personas con discapacidad psicosocial en el mercado ordinario o en la Administración pública.**
- d) Garantizar la sostenibilidad de los CEE/CET que cumplen con su función primordial, de promover el acceso al mercado ordinario, aportando el financiamiento necesario para su correcto funcionamiento.**
- e) Incluir como criterio de evaluación y financiamiento de los CEE/CET el cumplimiento de su objetivo primordial, evaluando el porcentaje de personas usuarias que se insertan o reinserstan en el mercado ordinario.**

C. Obligaciones específicas (artículos 31 a 33)

Recopilación de datos y estadísticas (artículo 31)

Se agradece que España haya asumido la responsabilidad de implementar, en el Plan Nacional de Estadística 2017-2020, una nueva Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Igualmente, valoramos la creación del Observatorio Estatal de la Discapacidad, promovido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (DGPAD y RPD), la Junta de Extremadura, CERMI y la Universidad de Extremadura. Este organismo elabora desde el 2010 el “Informe Olivenza”, que presenta información legislativa y estadística descriptiva sobre la situación general de la discapacidad en España.

Si bien el gobierno español considera que este informe contiene “*la información completa y exhaustiva de las estadísticas relativas a la situación de las personas con discapacidad en España*”²⁵, ni en la

²²http://www.ugt.cat/download/igualtat_inclusio_i_no_discriminacio/treball_i_inclusio_de_persones_maltes_i_amb_discapacitat/Informe-PAD-2016.pdf

²³ <https://www.social.cat/socialitzant/img/Dossier-Socialitzant-Integracio-laboral-persones-discapacitat.pdf>

²⁴ <https://diarideladiscapacitat.cat/la-pujada-del-salari-minim-interprofesional-posa-en-risc-la-viabilitat-de-molts-centres-especials-de-treball/>

²⁵ https://observatoriodeladiscapacidad.info/Informe_Olivenza_202017_20v5.7.pdf

versión del 2017, ni en ninguna versión anterior, se recogen estadísticas relativas a las vulneraciones de DDHH propiciadas por la violencia de Estado que se implementa en los servicios de salud mental. No existe en España ningún sistema de registro público que permita conocer la situación actual relativa a los tratamientos forzados, ingresos involuntarios, contenciones mecánicas y otras formas de coerción.

El Estado incumple así su responsabilidad de recopilar y difundir unas estadísticas básicas, necesarias para promover el cambio en los servicios de salud mental y cumplir las obligaciones contraídas en la CDPD.

Recomendamos al Comité instar al Estado a tomar las siguientes medidas:

- a) Establecer la obligatoriedad de registrar todo tratamiento forzoso que tenga lugar en los servicios de atención a la salud mental, mediante un sistema nacional de registro y publicación de estadísticas, incluyendo:**
 - **Ingresos involuntarios, contenciones mecánicas, medicación forzosa y terapia electroconvulsiva (aún con consentimiento escrito).**
 - **El centro sanitario o sociosanitario, el profesional responsable de su aplicación, la fecha de aplicación, el género de la persona y su fecha de nacimiento.**

V. Consideraciones Finales.

Actualmente estamos participando en la elaboración de un Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental del grupo parlamentario “Unidos - Podemos - En Comú - Podem - En Marea” orientado al cumplimiento de los DDHH de las personas con discapacidad psicosocial. Sabemos que Naciones Unidas desaconseja la creación de leyes específicas de salud mental, ya que a menudo se emplean para crear excepciones al cumplimiento de nuestros derechos recogidos en la CDPD.

Sin embargo, dada la normalización de las prácticas vulneradoras de DDHH y libertades fundamentales en el ámbito de la salud mental en España, consideramos necesario legislar su prohibición en el marco jurídico estatal, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas con la de CDPD respecto a la discapacidad psicosocial. Esta Ley debería alinearse plenamente con la CDPD y garantizar las salvaguardas y apoyos al ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, incluyendo la creación de una figura defensora de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental en cada Comunidad Autónoma.