

# La capacidad jurídica y el derecho a decidir

Formación básica de QualityRights de la OMS:  
los servicios sociales y de salud mental

QualityRights



Generalitat  
de Catalunya

Transforming services and promoting the rights of people with psychosocial,  
intellectual and cognitive disabilities

2022, © Generalitat de Catalunya



Esta publicación es una traducción, de acuerdo con la licencia de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), del texto original de la OMS escrito en inglés.

Esta traducción no es obra de la OMS, y por tanto no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés *Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide*. Geneva: World Health Organization; 2019 es el texto auténtico y vinculante.

**Edita:**

Pacto Nacional de Salud Mental. Generalitat de Catalunya.

**Traducción:**

Servicio de Planificación Lingüística del Departament de Salut.

**Primera edición:**

Octubre de 2022

# Índice

Agradecimientos .....	iii
Prefacio .....	xi
Declaraciones de apoyo .....	xii
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud? .....	xix
La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud: herramientas de formación y orientación .....	xx
Sobre esta formación y orientación .....	xxi
Orientaciones para los formadores .....	xxiii
Nota preliminar sobre el lenguaje .....	xxvii
Objetivos de aprendizaje, temas y recursos .....	xxviii
Introducción .....	1
Tema 1. Comprender el derecho a la capacidad jurídica .....	1
Tema 2. El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas .....	11
Tema 3. El consentimiento informado y los planes de recuperación .....	26
Tema 4. Evitar el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios en los servicios sociales y de salud mental .....	29
Referencias .....	41
Anexos .....	43
Anexo 1. Casos .....	43
Anexo 2. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad .....	48
Anexo 3. Lista de comprobación para aplicar el apoyo a la toma de decisiones .....	82
Anexo 4. La experiencia del ingreso y el tratamiento involuntarios .....	83

# Agradecimientos

## Conceptualización

Michelle Funk (coordinadora) y Natalie Drew Bold (responsable técnica), Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

## Equipo editorial y de redacción

Michelle Funk (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra); Marie Baudel, Universidad de Nantes, Francia.

## Expertos internacionales clave

Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Yeni Rosa Damayanti, Asociación Indonesia de Salud Mental (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (Estados Unidos); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza).

## Colaboraciones

### Revisores técnicos

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malasia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Red Panafricana de Personas con Discapacidad Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultad de Derecho de Melbourne, Universidad de Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos); Rod Astbury, Asociación de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Sam Badege, Organización Nacional de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Asociación de Concienciación sobre la Esquizofrenia (India); Anja Baumann, Acción

para la Salud Mental de Alemania (Alemania); Jerome Bickenbach, Universidad de Lucerna (Suiza); Jean-Sébastien Blanc, Asociación para la Prevención de la Tortura (Suiza); Pat Bracken, consultor independiente en psiquiatría (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidad de São Paulo (Brasil); Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Kimberly Budnick, maestra de Head Start / educadora de la primera infancia (Estados Unidos); Janice Cambri, Psychosocial Disability – Inclusive Philippines (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Chauhan Ajay, Autoridad Estatal de Salud Mental, Gujarat (India); Facundo Chavez Penillas, Oficina del Alto Comisariado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Daniel Chisholm, Oficina Regional para Europa de la OMS (Dinamarca); Louise Christie, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamiento (Estados Unidos); Celline Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepez-Keay, Fundación para la Salud Mental (Reino Unido); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Gaia Montauti de Harcourt, Fondation de Harcourt (Suiza); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Laura Davidson, abogada y consultora en desarrollo (Reino Unido); Lucía de la Sierra, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Universidad Protestante de Estudios Aplicados (Alemania); Paolo del Vecchio, Administración de Servicios de Salud Mental y de Drogodependencias (Estados Unidos); Manuel Desviado, Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura (España); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Alex Devine, Universidad de Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammay, Ministerio de Salud (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidad de Mansura (Egipto); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egipcia para los Derechos Humanos (Egipto); Radó Iván, Foro de Interés por la Salud Mental (Hungría); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salud Mental El-Abbassia (Egipto); Alva Finn, Mental Health Europe (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Ugnė Grigaitė, ONG Instituto de Seguimiento de Derechos Humanos y Perspectivas en Salud Mental (Lituania); Margaret Grigg, Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universidad de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bélgica); Renae Hodgson, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitales NHS Foundation Trust (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceanía (Nueva Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría (Japón); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suecia); Lucy Johnstone, consultora en psicología clínica y formadora independiente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dovilė Juodkaitė, Foro Lituano de Discapacidad (Lituania);

Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Elizabeth Kamundia, Comité Nacional sobre Derechos Humanos (Kenia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Dirección contra el Racismo de Ontario, Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Penitenciarios (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sur); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Rishav Koirala, Universidad de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Anna Kudiyarova, Instituto Psicoanalítico para Asia Central (Kazajistán); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comité de Salud Mental (Australia); Laura Loli-Dano, Centro para las Adicciones y la Salud Mental (Canadá); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Servicios de Salud Mental de Uzima (Kenia); John McCormack, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidad de Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, Centro Colaborador de la OMS, Trieste (Italia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organización de Estados Americanos (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional de Europa de la OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Países Bajos); Sutherland Carrie, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bélgica) y SOFPSI N. SERRON (Grecia); Peter Oakes, Universidad de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Martin Orrell, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emiratos Árabes Unidos); Gareth Owen, King's College de Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Sara Pedersini, Fundación de Harcourt (Suiza); Elvira Pértega Andía, Universidad Saint-Louis (España); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaana Kar Ray, Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Mayssa Rekhis, Facultad de Medicina, Universidad El Manar de Túnez (Túnez); Julie Repper, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, King's College de Londres (Reino Unido); Annie Robb, Centro Ubuntu (Sudáfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos); Raúl Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Benedetto Saraceno, Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global (Suiza); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Austria); Tom Shakespeare, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor experto (Canadá); Frances Skerritt, especialista de iguales (Canadá); Mike Slade, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Natasa Dale,

Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estados Unidos); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Red Global de Iguales en Salud Mental (Sudáfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Shelly Thomson, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza); Javier Vasquez, vicepresidente, Programas de Salud, Juegos Olímpicos Especiales, Internacional (Estados Unidos); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Sección de Salud Pública, Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidad de Sao Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidente del Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia).

### Alumnos en prácticas en la OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne le, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, María Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

### Sede y oficinas regionales de la OMS

Nazneen Anwar (OMS/Asia Sudoriental), Florence Baingana (OMS/África), Andrea Bruni (OMS/Américas), Darryl Barrett (OMS / Pacífico Occidental), Rebecca Bosco Thomas (sede de la OMS), Claudina Cayetano (OMS/Américas), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (sede de la OMS), Fahmy Hanna (sede de la OMS), Eva Lustigova (sede de la OMS), Carmen Martinez (OMS/Américas), Maristela Monteiro (OMS/Américas), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS/Mediterráneo Oriental), Steven Shongwe (OMS/África), Yutaro Setoya (OMS/Pacífico Occidental), Martin Vandendyck (OMS/Pacífico Occidental), Mark Van Ommeren (sede de la OMS), Edith Van't Hof (sede de la OMS) y Dévora Kestel (sede de la OMS).

### Apoyo administrativo y editorial de la OMS

Patricia Robertson, Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra); David Bramley, edición (Suiza); Julia Faure (Francia), Casey Chu (Canadá) y Benjamin Funk (Suiza), diseño y apoyo.

### Colaboraciones en el soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones su autorización al uso de sus vídeos en estos materiales:

#### **50 mums, 50 kids, 1 extra chromosome**

*Vídeo producido por Wouldn't Change a Thing*

#### **Breaking the chains, de Erminia Colucci**

*Vídeo producido por Movie-Ment*

**La capacidad jurídica y el derecho a decidir**

*Formación básica de QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental*

**Chained and locked up in Somaliland**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

**Circles of support**

*Vídeo producido por Inclusion Melbourne*

**Decolonizing the mind: A trans-cultural dialogue on rights, inclusion and community**

(International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

*Vídeo producido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Dementia, disability & rights – Kate Swaffer**

*Vídeo producido por Dementia Alliance International*

**Finger prints and foot prints**

*Vídeo producido por PROMISE Global*

**Forget the stigma**

*Vídeo producido por The Alzheimer Society of Ireland*

**Ghana: Abuse of people with disabilities**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

**Global campaign: the right to decide**

*Vídeo producido por Inclusion International*

**Human rights, ageing and dementia: challenging current practice, de Kate Swaffer**

*Vídeo producido por Your aged and disability advocates (ADA), Australia*

**I go home**

*Vídeo producido por WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF*

**Inclusive health overview**

*Vídeo producido por Special Olympics*

**Independent advocacy, James' story**

*Vídeo producido por The Scottish Independent Advocacy Alliance*

**Living in the community**

*Vídeo producido por la Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) y Disability Rights Fund (DRF)*

**Living it forward**

*Vídeo producido por LedBetter Films*

**Living with mental health problems in Russia**

*Vídeo producido por Sky News*

**Love, loss and laughter – living with dementia**

*Vídeo producido por Fire Films*

**Mari Yamamoto**

*Vídeo producido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Mental health peer support champions, Uganda 2013**

*Vídeo producido por Cerdic Hall*

**Moving beyond psychiatric labels**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project/P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer*

**'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome**

*Vídeo producido por The Guardian*

**My story: Timothy**

*Vídeo producido por End the Cycle (Initiative of CBM Australia)*

**Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health**

*Vídeo producido por Rethink Mental Illness*

**No force first**

*Vídeo producido por Mersey Care NHS Foundation Trust*

**No more barriers**

*Vídeo producido por BC Self-Advocacy Foundation*

**'Not without us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection**

*Vídeo producido por Mental Health Peer Connection*

**Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)**

*Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta*

**The Open Paradigm Project – Celia Brown**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Mindfreedom International*

**Open Paradigm Project – Dorothy Dundas**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project*

**Open Paradigm Project – Oryx Cohen**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / National Empowerment Center*

**Open Paradigm Project – Sera Davidow**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning*

**Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brasil 2017**

*Vídeo producido por L4 Filmes*

**Paving the way to recovery – The Personal Ombudsman System**

*Vídeo producido por Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

### **Peer advocacy in action**

Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://www.createusmedia.com))  
© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contacte con [info@createusmedia.com](mailto:info@createusmedia.com) para más información. Un agradecimiento especial a Rita Cronise por toda su ayuda y apoyo.

### **Planning ahead – Living with younger onset dementia**

Vídeo original producido por Office for the Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. Copyright de Creative: Kate Swaffer y Dementia Alliance International

### **Quality in social services – Understanding the convention on the rights of persons with disabilities**

Vídeo producido por la Garantía de Calidad Europea en Servicios Sociales (EQUASS). Unidad de Plataforma Europea para la Rehabilitación (EPR) ([www.epr.eu](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://www.equass.be)). Con el apoyo financiero del Programa Europeo de Ocupación e Innovación Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animación: S. Allaey – QUIDOS. Apoyo al contenido: Foro Europeo de la Discapacidad.

### **Raising awareness of the reality of living with dementia**

Vídeo producido por Mental Health Foundation (Reino Unido)

### **Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan**

Vídeo producido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

### **Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)**

Vídeo producido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

### **Rory Doody on his experience of Ireland’s capacity legislation and mental health services**

Vídeo producido por Amnistía Internacional Irlanda

### **Seclusion: Ashley Peacock**

Vídeo producido por Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – todos los derechos reservados.

### **Seher, Urban Community Mental Health Program, Pune**

Vídeo producido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

### **Self-advocacy**

Vídeo producido por Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

### **Social networks, open dialogue and recovery from psychosis – Jaakko Seikkula**

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

### **Special Olympic athlete Victoria Smith (entrevista), ESPN, 4 de julio de 2018**

Vídeo producido por Special Olympics

**Discurso de Craig Mokhiber, director adjunto del secretario general de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisariado para los Derechos Humanos, pronunciado durante el evento «Time to act on global mental health – building momentum on mental health in the SDG era», mantenido con motivo de la 73ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.**

Vídeo producido por UN Web TV

**Thanks to John Howard peers for support**

*Vídeo producido por Cerdic Hall*

**The Gestalt Project: Stop the stigma**

*Vídeo producido por Kian Madjedi, cineasta*

**The T. D. M. (Transitional Discharge Model)**

*Vídeo producido por LedBetter Films*

**This is the story of a civil rights movement**

*Vídeo producido por Inclusion BC*

**Uganda: 'Stop the abuse'**

*Vídeo producido por Validity, denominada previamente 'Mental disability advocacy centre (MDAC)'*

**UN CRPD: What is article 19 and independent living?**

Vídeo producido por Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

**UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?**

Vídeo producido por Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

**Universal declaration of human rights**

*Vídeo producido por la Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

**What is recovery?**

*Vídeo producido por Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

**What is the role of a personal assistant?**

*Vídeo producido por Ruils – Disability Action & Advice Centre (DAAC)*

**Why self-advocacy is important**

*Vídeo producido por Inclusion International*

**Women institutionalized against their will in India**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

**Working together – Ivymount School and PAHO**

*Vídeo producido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas)*

**You can recover (Reshma Valliappan, India)**

*Vídeo producido por ASHA International*

## **Apoyo financiero**

La OMS quiere expresar su agradecimiento a Grand Challenges Canada (organización financiada por el Gobierno de Canadá), al Comité de Salud Mental, al Gobierno de Australia Occidental, a CBM

International y al Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por su generoso apoyo financiero para desarrollar los módulos de formación de la iniciativa QualityRights.

También quiere agradecer a International Disability Alliance (IDA) el apoyo financiero que ha prestado a varios revisores de los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS.

## Prefacio

Garantizar la salud mental y el bienestar se ha convertido en un imperativo a nivel mundial y es un hito importante de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Desgraciadamente, nuestra respuesta en todos los países del mundo ha sido insuficiente y no hemos conseguido grandes avances a la hora de promover la salud mental como un derecho humano fundamental.

Una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, doscientos millones tienen una discapacidad intelectual y se calcula que cincuenta millones tienen demencia. Muchas de las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad, que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad.

Aun hoy, las personas son recluidas en instituciones donde se las aísla de la sociedad y se las margina de sus comunidades. En muchos casos, sufren abusos físicos, sexuales y emocionales y son objeto de negligencia en los servicios sanitarios, las prisiones y la comunidad. Además, se ven privadas del derecho a decidir por sí mismas sobre la atención y el tratamiento, sobre el lugar donde quieren vivir y sobre cuestiones personales y económicas. A menudo se les niega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoseles una inclusión y una participación plenas en la vida comunitaria. A consecuencia de ello, las personas con trastorno de salud mental y discapacidad intelectual mueren entre diez y veinte años antes que la población general, tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta.

El derecho a la salud es fundamental para la visión y la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es el eje de nuestros esfuerzos para conseguir una cobertura sanitaria universal (CSU). La base de la CSU son unos sistemas sanitarios basados en la atención primaria que presten unos servicios fundamentados en la evidencia y centrados en la persona y que respeten los valores y preferencias de los individuos.

Para hacer realidad esta visión, ahora existen catorce nuevos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la OMS. El objetivo de estos módulos es que los diferentes países puedan trasladar a la práctica las normas internacionales en materia de derechos humanos ejerciendo una influencia en las políticas y desarrollando las aptitudes y los conocimientos necesarios para implantar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación. Esto permitirá ofrecer una atención y un apoyo de calidad y fomentar la salud mental y el bienestar.

Estamos convencidos de que todas las personas —desde los profesionales de los servicios hasta los miembros de la comunidad— deben tener las aptitudes y los conocimientos necesarios para apoyar a cualquier persona que tenga un trastorno de salud mental o una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Esperamos que se haga un uso extensivo de estos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights, y que el abordaje que ofrecen sea la norma, y no la excepción, en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo.



**Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**

*Director general*

*Organización Mundial de la Salud*

## Declaraciones de apoyo

**Dévora Kestel, directora, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra**

En todo el mundo, cada vez se es más consciente de la importancia de la salud mental y de la necesidad de prestar unos servicios y un apoyo centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos que impulse la recuperación. Esta tendencia va acompañada del reconocimiento de que los sistemas de salud mental de los países de renta baja, media y alta no cumplen con sus obligaciones respecto a muchos individuos y comunidades porque ofrecen un acceso limitado y unos servicios de baja calidad que vulneran los derechos humanos.

Es inaceptable que las personas usuarias de los servicios de salud mental estén expuestas a unas condiciones de vida inhumanas y a unas prácticas terapéuticas perjudiciales, así como a situaciones de violencia, negligencia y abuso. Según varios informes, un buen número de servicios no satisfacen las necesidades de las personas o no les dan el apoyo necesario para poder vivir con independencia en su comunidad, por lo que la interacción con estos servicios a menudo hace que se sientan desesperadas y desempoderadas.

En el contexto más amplio de la comunidad, las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son objeto de estigmatización, discriminación e importantes desigualdades que impregnan todos los aspectos de su vida. Se les niega la oportunidad de vivir donde quieran, de casarse, de formar una familia, de ir a la escuela, de buscar trabajo y de disfrutar de actividades de ocio.

Si queremos cambiar esta situación, debemos adoptar abordajes basados en la recuperación y en los derechos humanos. Un abordaje basado en la recuperación garantiza que los servicios sitúen a las personas en el centro de la atención que necesitan. Su objetivo es apoyar a las personas para que puedan definir cómo entienden su recuperación y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, tener esperanza en el futuro y encontrar un sentido a la vida gracias, por ejemplo, al trabajo, a las relaciones personales, a la participación en la comunidad o a la espiritualidad.

Los abordajes basados en la recuperación y los derechos humanos tienen muchos puntos en común. Ambos fomentan derechos clave recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, tales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Ahora bien, el abordaje basado en los derechos humanos impone obligaciones a los países con el fin de que promuevan estos derechos.

Mediante estos módulos de formación y orientación, desarrollados en el marco de la iniciativa QualityRights, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado medidas contundentes para abordar estos retos y ayudar a los países a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Estas herramientas permiten realizar diversas acciones cruciales orientadas a promover la participación y la inclusión comunitaria para las personas con experiencia vivida de trastorno mental; a impulsar el entrenamiento en habilidades sociales para poner fin a la estigmatización y la discriminación, y para fomentar los derechos y la recuperación; a fortalecer el apoyo entre iguales y las organizaciones de la sociedad civil con el fin de crear relaciones de apoyo mutuo y de empoderar a las personas para que reclamen que los servicios sociales y de salud mental adopten un abordaje centrado en la persona y en los derechos humanos.

Confío en que los diferentes países utilicen estas herramientas de la Organización Mundial de la Salud para dar una respuesta global a los retos a los que deben hacer frente las personas con trastorno mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

### **Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental**

QualityRights ofrece un nuevo abordaje de la atención en salud mental; un abordaje basado en los derechos y orientado a la recuperación.

Esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud es muy acertada. Cada vez se pone más de manifiesto que las políticas y los servicios de salud mental deben cambiar en todo el mundo. Es muy frecuente que los servicios para las personas con discapacidad psicosocial y otros trastornos de salud mental recurran a la coacción, la sobremedicación y la institucionalización. Esta situación es inaceptable, dado que puede seguir reforzando la estigmatización y la impotencia, tanto entre los usuarios como entre los profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las partes interesadas —desde los responsables de las políticas hasta los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios de salud mental— deben disponer de conocimientos y aptitudes que les permitan gestionar el cambio de una manera efectiva, así como desarrollar servicios de salud mental sostenibles y basados en los derechos.

La iniciativa QualityRights, mediante unos módulos específicos y bien concebidos, proporciona los conocimientos y las aptitudes necesarias para conseguirlo, además de demostrar de una manera convincente que el cambio es posible y que tal cambio se traducirá en una situación favorable para todas las partes. En primer lugar, las personas con discapacidad y con otros trastornos de salud mental que quizás necesiten servicios de salud mental estarán motivadas a utilizar unos servicios que las empoderen y que respeten sus opiniones. En segundo lugar, los profesionales de los servicios serán competentes y confiarán en la aplicación de medidas que impiden la coacción. A consecuencia de ello, se reducirán las asimetrías de poder y, a su vez, se reforzarán la confianza mutua y la alianza terapéutica.

Dejar atrás el legado de abordajes de la atención en salud mental —obsoletos y basados en asimetrías de poder, en la coacción y en la discriminación— no será un camino fácil. Ahora bien, cada vez es más

obvio que es necesario un cambio a nivel global —tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta— para conseguir unos servicios de salud mental basados en los derechos y en la evidencia. La iniciativa QualityRights de la OMS y sus materiales de formación y orientación son unas herramientas sumamente útiles que ayudarán y empoderarán a todas las partes interesadas que quieran avanzar en esa dirección. Recomiendo sin reservas que todos los países se sumen a la iniciativa QualityRights.

### **Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad**

Las personas con discapacidad, en especial las que tienen discapacidad psicosocial e intelectual, son a menudo objeto de vulneraciones de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario de personas con discapacidad debido a su deficiencia —tanto real como percibida— y otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren con regularidad al aislamiento y a la contención en casos de crisis emocionales y malestar grave, pero también los utilizan como castigo. Las mujeres y las niñas con discapacidad psicosocial e intelectual suelen estar expuestas a la violencia y a menudo son sometidas a diversas prácticas perjudiciales en entornos de salud mental, como la anticoncepción, el aborto y la esterilización forzosos.

En este contexto, la iniciativa QualityRights de la OMS puede proporcionar una orientación fundamental sobre cómo implantar servicios de salud mental y dar respuestas basadas en la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos, y ofrecer un camino para poner fin a la institucionalización y al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y apoyo psicosociales que respeten sus derechos. Al promover el cumplimiento de los marcos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y de la Agenda 2030, los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS nos acercan a hacer valer los derechos de las personas con discapacidad.

### **Julian Eaton, director, Salud Mental, CBM International**

El aumento del interés por la salud mental como eje de desarrollo ofrece la oportunidad de reducir las enormes diferencias existentes en cuanto a la atención y el apoyo y de permitir que las personas puedan hacer valer, en todos los casos, su derecho a una atención sanitaria de calidad. A lo largo de la historia, los servicios de salud mental han tendido a ser muy deficientes y no han tenido en cuenta las prioridades y las opiniones de las personas que eran usuarias.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo a los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma con relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica a la hora de apoyar a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aun queda un largo camino por recorrer, pero el programa QualityRights es una herramienta crucial para los profesionales de los servicios y los usuarios, dado que establece las directrices para llevar a cabo una reforma práctica de los servicios, con independencia del país donde estén, que valora la dignidad y el respeto.

## **Charlene Sunkel, directora general, Red Global de Iguales en Salud Mental**

El conjunto de materiales de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud fomenta un sólido abordaje participativo. Reconoce los valores y la importancia de la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a la hora de fomentar su recuperación, de emprender actividades de promoción, de llevar a cabo estudios de investigación y de reducir la estigmatización y la discriminación. Las herramientas de la iniciativa QualityRights garantizan el cumplimiento de los estándares en materia de derechos humanos e implementan estrategias para acabar con las prácticas coactivas. Explican cómo las personas con experiencia vivida pueden aportar apoyo entre iguales, además de contribuir a desarrollar, diseñar, implantar, supervisar y evaluar los servicios sociales y de salud mental.

La experiencia vivida va mucho más allá de la adquisición de conocimientos y de aptitudes. La vivencia proviene de una profunda comprensión, tanto del impacto social y en materia de derechos humanos que comporta vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como también de las adversidades sufridas al sentir el rechazo, la segregación y la discriminación. Proviene de tener que luchar por moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni el apoyo que beneficiarían a una persona como individuo único y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema de la sociedad que opone obstáculos que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades de vida, como la educación, un puesto de trabajo, la vivienda, la salud en general y el bienestar, puede suponer un reto igual de importante. Las perspectivas únicas y profundas de las personas con experiencias vividas pueden ser el catalizador para el cambio y la transformación de todos los sistemas de la sociedad para proteger los derechos humanos, fomentar la inclusión comunitaria, mejorar la calidad de vida y promover el empoderamiento, aspectos que en todos los casos pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar.

## **Kate Swaffer, presidenta, Dementia Alliance International**

Ha sido un honor y un placer para Dementia Alliance International (DAI) trabajar con la iniciativa QualityRights de la OMS y sus colaboradores en un proyecto tan primordial como este. En la práctica, se ha tendido a no tener en cuenta los derechos humanos para las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje en la salud mental y en la demencia, un trastorno neurodegenerativo que provoca discapacidades cognitivas. A diferencia del actual camino posdiagnóstico para la demencia, que se centra solo en los déficits y se traduce únicamente en discapacidad y en dependencia, este nuevo abordaje y estos módulos únicos y formativos fomentan los derechos, alientan a las personas con demencia y las apoyan para que puedan vivir de una forma más positiva.

Los módulos promueven la necesidad de un acceso claro a los derechos y son unas herramientas muy prácticas que todas las personas, sin excepción, pueden utilizar. En esencia, toman principios clave de los derechos humanos y permiten que sean viables en la práctica. Son tan apropiados y efectivos para los profesionales sanitarios como para las personas con demencia y sus familiares. Así, por ejemplo, al subrayar la necesidad y los beneficios del apoyo entre iguales —un servicio gratuito que la DAI ha venido ofreciendo a las personas con demencia desde 2003, incluso antes de que este apoyo se pusiera en marcha oficialmente— y al centrarse en la cuestión de la capacidad jurídica y en su pertinencia según el artículo 12 de la CDPD, estos módulos ofrecen maneras tangibles de informar mejor a los profesionales y los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se les sigan denegando sus derechos. Personalmente, tengo plena confianza en que estos módulos ayudarán

a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a disfrutar de una mejor calidad de vida.

**Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance**

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas es un tratado pionero sobre los derechos humanos que promueve un cambio de paradigma, consistente en dejar de considerar a las personas con discapacidad como receptoras de servicios de beneficencia o de tratamiento médico para pasarlas a reconocer plenamente como sujetos de derechos. Este cambio de paradigma es especialmente significativo para las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple, o para las personas con necesidades de apoyo más intensivas. El artículo 12 de la CDPD es clave para promover este cambio, dado que reconoce que las personas con discapacidad pueden ejercer su capacidad jurídica plena. Este es el derecho humano fundamental que establece las bases para ejercer el resto de los derechos.

QualityRights es una herramienta excelente para que los especialistas y los profesionales de la salud comprendan mejor la CDPD y se adhieran a ella. Establece un puente entre las personas con discapacidad psicosocial, los usuarios y supervivientes de psiquiatría, y los servicios de salud mental y el sector sanitario, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han elaborado en estrecha colaboración con los usuarios y supervivientes de los servicios de salud mental, vinculando sus voces a los mensajes transmitidos a los estados que forman parte de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) y sus organizaciones miembros celebran con satisfacción el trabajo realizado en el marco de la iniciativa QualityRights. Animamos firmemente a la OMS a continuar sus esfuerzos para transformar las leyes, las políticas y los sistemas de salud mental hasta que cumplan la CDPD, así como a hacerse eco de las fuertes voces que reclaman «¡Nada sobre nosotros sin nosotros!».

**Connie Laurin-Bowie, directora ejecutiva, Inclusion International**

La iniciativa QualityRights de la OMS pretende empoderar a los individuos, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, para que conozcan sus derechos humanos e impulsen el cambio para poder vivir con independencia en la comunidad y poder recibir el apoyo adecuado. Inclusion International celebra esta iniciativa, que pretende promover los derechos que a menudo se niegan a las personas con discapacidad intelectual; concretamente, el derecho a acceder a unos servicios de salud mental adecuados en el marco de la comunidad; el derecho a decidir; el derecho a tener una vida familiar; el derecho a vivir en la comunidad, y el derecho a ser ciudadanos activos. QualityRights es una aportación muy valiosa a nuestros esfuerzos colectivos por configurar e influir en unas políticas y prácticas que permitan la inclusión de todas las personas en sus comunidades.

**Alan Rosen, catedrático, Illawarra Institute of Mental Health, Universidad de Wollongong, y Brain & Mind Centre, Universidad de Sydney, Australia.**

La libertad es terapéutica. Promover los derechos humanos en nuestros servicios de salud mental puede contribuir a la curación. Puede garantizar que, siempre que sea posible, una persona que viva con un trastorno de salud mental: a) conserve el derecho de elección de la asistencia y de la atención que recibe y tenga un control sobre ella, y b) reciba, si es necesario, un buen apoyo clínico y domiciliario para poder vivir en la comunidad sin trabas, «en su propio terreno y de acuerdo con sus condiciones».

Después de una larga historia de defensa de los derechos humanos en el campo de la psiquiatría, estos módulos demuestran que es posible satisfacer sin contradicciones el derecho a una adecuada

atención, a todos los derechos humanos y a todas las libertades fundamentales. Es necesario reducir la coacción en la atención sanitaria, como la contención física, el aislamiento, la medicación forzosa, las unidades de hospitalización cerradas con llave y la reclusión en espacios confinados e instituciones. Para que en la atención sanitaria se alcance un grado de libertad óptimo, es necesario llevar a cabo un cambio radical, como puede ser una sistematización generalizada de alternativas prácticas basadas en la evidencia para impedir la coacción; es decir, puertas abiertas, centros de relevo abiertos, un acceso libre y abierto, comunidades abiertas, mentes abiertas, conversaciones abiertas entre iguales, apoyo a la vida comunitaria, una mejora de la comunicación individual y familiar, habilidades y apoyo para la resolución de problemas, documentos de voluntades anticipadas, formación en técnicas de alivio y desescalada, apoyo a la toma de decisiones, orientación a la recuperación por parte de todos los servicios y de todos los profesionales expertos y elaboración conjunta de políticas con todas las partes interesadas.

El programa QualityRights de la OMS, basado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, consta de un conjunto de módulos muy prácticos. A nosotros, como profesionales, estos módulos nos ofrecen una trayectoria y un horizonte hacia el que trabajar, y no una respuesta finita o un límite temporal. Además de optimizar los servicios clínicos y de apoyo, nuestras acciones políticas, jurídicas y sociales con las personas usuarias de los servicios y con sus familiares deben combinarse con nuestra propia emancipación como profesionales del pensamiento institucional y de las restricciones que conllevan las prácticas habituales en la atención a la salud mental. Solo así, todos juntos, podremos mejorar significativamente las perspectivas de una vida empoderada, con sentido y enriquecedora, con ciudadanía plena y con todos los derechos, para las personas con problemas de salud mental graves, persistentes o recurrentes.

**Victor Limaza, activista y formador del programa Discapacidad y Justicia de Documenta, A. C. (México)**

La dignidad y el bienestar son conceptos estrechamente interrelacionados. Hoy en día se cuestionan los criterios mediante los cuales juzgamos el sufrimiento psicológico como si fuera solo una serie de desequilibrios neuroquímicos, así como la idea de que determinadas manifestaciones de la diversidad humana son patologías que hay que atacar para proteger a la persona y a la sociedad de supuestos peligros, aunque las intervenciones utilizadas pueden vulnerar derechos y causar daños irreversibles. La perspectiva interdisciplinaria y holística, que permite abordar el malestar subjetivo sin pisar la dignidad ni la capacidad de decidir, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboraran los nuevos modelos de atención en salud mental, respetando los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Es posible comprender la experiencia de una persona que afronta un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, de iguales), el apoyo en la toma de decisiones, la vida comunitaria y los documentos de voluntades anticipadas con salvaguardias muy estrictas. Las personas con discapacidad psicosocial son expertas en salud mental debido a su propia experiencia y deben implicarse en el desarrollo de instrumentos que tengan la recuperación como finalidad. La iniciativa QualityRights de la OMS es un buen ejemplo de este cambio de paradigma, dado que proporciona herramientas y estrategias para la atención en salud mental con los más altos estándares en materia de respeto de los derechos humanos. No cabe duda de que el goce pleno y equitativo de todos los derechos humanos por parte de todas las personas promueve la salud mental.

**Peter Yaro, director ejecutivo, Basic Needs-Ghana**

El conjunto de documentos de formación y orientación de la OMS es una extensa colección de materiales cuyo objetivo es mejorar el trabajo en salud mental y el desarrollo inclusivo basado en los

derechos. Representan, por tanto, un paso significativo hacia una programación e inclusión eficaces de la discapacidad, en especial de la discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, en las intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades y los derechos de las personas, tal y como prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salto enorme hacia la firme recomendación de que las personas con experiencia vivida formen parte de la conceptualización e implantación de las intervenciones, así como del seguimiento y la evaluación de los logros del proyecto. Esta orientación permite garantizar la sostenibilidad de las iniciativas, por lo que se recomienda que los profesionales, los usuarios de los servicios, los cuidadores y todas las partes interesadas hagan uso de estos documentos. En el abordaje que presentan, no hay lugar para ejercer violencia ni abuso hacia personas especialmente vulnerables.

**Michael Njenga, presidente, Red Panafricana para Personas con Discapacidad Psicosocial, miembro del Consejo Ejecutivo, Africa Disability Forum y consejero delegado de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, Kenia**

Se está produciendo un cambio de paradigma en la forma en que tenemos que abordar la salud mental a escala mundial. El impulso de este cambio ha sido fruto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las herramientas y materiales de la iniciativa QualityRights de la OMS para la formación y la orientación se basan en este derecho humano internacional clave y en los instrumentos internacionales de desarrollo. Esta iniciativa adopta un enfoque basado en los derechos humanos a efectos de garantizar que los servicios de salud mental se presten en un marco de derechos humanos y sean sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental. Estos materiales también subrayan la necesidad de prestar los servicios lo más cerca posible de donde vivan las personas.

El abordaje de QualityRights reconoce la importancia de respetar la dignidad inherente a cada individuo y de garantizar que todas las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental tengan voz, poder y capacidad al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento esencial de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a nivel mundial como local y nacional. Por consiguiente, es fundamental asegurarse de que estas herramientas de formación y materiales de orientación se utilizan ampliamente con la finalidad última de que se traduzcan en resultados tangibles en todos los ámbitos para las personas con experiencia vivida, sus familiares, las comunidades donde viven y sociedades enteras.

# ¿Qué es la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud?



La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y del apoyo que se prestan en los servicios sociales y de salud mental, y de promover los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en todo el mundo. Adopta un enfoque participativo para conseguir los siguientes objetivos:

1

Crear capacidad para combatir la estigmatización y la discriminación, y para promover los derechos humanos y la recuperación.

2

Mejorar la calidad de la atención y de las condiciones de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

3

Crear unos servicios basados en la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.

4

Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para promover e influir en la formulación de políticas.

5

Reformar políticas y leyes nacionales en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Más información: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

# La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud: herramientas de formación y orientación

Los siguientes módulos de formación y orientación, así como las presentaciones de diapositivas que los acompañan, son parte de la iniciativa QualityRights de la OMS y se pueden consultar en:

<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Herramientas para la transformación de los servicios

- Caja de herramientas de evaluación de la iniciativa QualityRights de la OMS
- La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos

## Herramientas de formación

### Módulos básicos

- Los derechos humanos
- La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos
- La recuperación y el derecho a la salud
- La capacidad jurídica y el derecho a decidir ←
- Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

### Módulos especializados

- El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas
- Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención
- Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar

## Herramientas de evaluación

- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación
- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación

## Herramientas de orientación

- Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida
- Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida
- Organizaciones de la sociedad civil para promover los derechos humanos en la salud mental y en otros ámbitos relacionados
- La defensa de la salud mental, de la discapacidad y de los derechos humanos

## Herramientas de autoayuda

- Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda

## Sobre esta formación y orientación

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights tienen como propósito aumentar los conocimientos, las habilidades y la comprensión entre las partes interesadas clave sobre cómo promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como mejorar la calidad de los servicios y apoyos prestados en el ámbito de la salud mental y en otros ámbitos relacionados, en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos y, en particular, con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el abordaje de la recuperación.

### ¿A quién va dirigida esta formación y orientación?

- **A las personas con discapacidad psicosocial.**
- **A las personas con discapacidad intelectual.**
- **A las personas con discapacidad cognitiva, incluyendo demencia.**
- **A las personas que son o han sido usuarias de los servicios sociales y de salud mental.**
- **A los gestores sanitarios, de salud mental y de servicios sociales.**
- **A los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas** (como medicina, enfermería, psiquiatría, enfermería psiquiátrica y geriátrica, neurología, geriatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, trabajo de apoyo comunitario, asistencia personal, agentes de apoyo entre iguales y voluntariado).
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y de la salud mental o que presten servicios en este ámbito, incluyendo los servicios comunitarios y los servicios de atención domiciliaria** (como ayudantes, personal de limpieza, de cocina, de mantenimiento y administradores).
- **A las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las asociaciones y organizaciones religiosas que trabajen en el ámbito de la salud mental, de los derechos humanos o en otros ámbitos pertinentes** (como organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones de usuarios o supervivientes de la psiquiatría y organizaciones de defensa de los derechos en salud mental).
- **A los familiares, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.**
- **A los ministerios pertinentes (de sanidad, de derechos sociales, de educación, etc.) y a los responsables de políticas.**
- **A las instituciones y servicios gubernamentales pertinentes** (como la policía, el poder judicial, el personal de prisiones, los organismos que supervisan o inspeccionan centros de internamiento —incluidos los servicios sociales y de salud mental—, las comisiones de reforma legislativa, los consejos de personas con discapacidad y las instituciones nacionales de derechos humanos).
- **A otras organizaciones y partes interesadas pertinentes** (como defensores de los derechos en salud mental, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios, líderes comunitarios o espirituales y, en su caso, curanderos tradicionales).

### ¿Quién debe impartir la formación?

Es conveniente que esta formación la diseñe y la imparta un equipo multidisciplinar que incluya, entre otros, personas con experiencia vivida, miembros de organizaciones de personas con discapacidad y profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental, de la discapacidad y en otros ámbitos relacionados.

Si la formación pretende abordar específicamente los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es importante contar con representantes de este grupo como responsables de la formación. Del mismo modo, si el propósito es reforzar las capacidades en lo que respecta a los

derechos de las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, los responsables de la formación también deberían pertenecer a estos grupos.

Para conseguir que los debates sean más ágiles y dinámicos, existen varias opciones, como solicitar la colaboración de formadores que tengan conocimientos específicos sobre un apartado determinado de la formación para algunos aspectos en concreto de los materiales que se quieran impartir. También puede resultar útil disponer de un equipo de formadores para apartados específicos de la formación.

Conviene que los formadores estén familiarizados con la cultura y el contexto del lugar en el que se imparta la formación. Puede que haya que llevar a cabo sesiones de formación de formadores para crear un equipo de personas que puedan impartir la formación en una cultura o un contexto determinados. Estas sesiones de formación para formadores deberían incluir personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como otras partes interesadas locales que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud mental y los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

### ¿Cómo se debe impartir la formación?

Si es posible, es necesario impartir todos los módulos de formación QualityRights, empezando por los cinco módulos principales. Después, se puede impartir una formación más exhaustiva mediante los módulos especializados (ver más arriba).

Toda la formación se puede completar realizando varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario completar un módulo de formación independiente en un solo día, sino que se puede dividir en diferentes temas e impartirlo a lo largo de varios días.

Dado que los materiales de formación son bastante extensos, y que es posible que el tiempo y los recursos sean limitados, se puede adaptar la formación según los conocimientos y la experiencia del grupo, así como en función de los resultados que se quieran obtener.

Por tanto, la manera de utilizar y de impartir estos materiales de formación se puede adaptar a diferentes contextos y necesidades.

- Por ejemplo, si los participantes todavía no tienen experiencia en los ámbitos de salud mental, derechos humanos y recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos principales de la formación. En el siguiente enlace encontrará un programa de muestra de cinco días de duración: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si los participantes ya tienen conocimientos básicos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, pero necesitan unos conocimientos más avanzados sobre cómo promover en la práctica y específicamente el derecho a la capacidad jurídica, se podría organizar un taller que el primer día se centrara en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir*, y después dedicar los días 2, 3 y 4 al módulo especializado *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* (o algunos apartados seleccionados de este módulo).

A la hora de adaptar los materiales educativos según las necesidades específicas de la formación, también es importante que previamente se revisen todos los módulos que se impartirán para eliminar las repeticiones innecesarias.

- Por ejemplo, si se tiene la intención de impartir una formación que abarque todos los módulos principales, no es necesario tratar el tema 5 (que se centra en el artículo 12) ni el tema 6 (que

se centra en el artículo 16), puesto que estas cuestiones se abordarán con detenimiento en los módulos posteriores (en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*, respectivamente).

- Ahora bien, si se prevé impartir una formación introductoria basada únicamente en el módulo 2, entonces es fundamental tratar los temas 5 y 6 de este módulo, ya que los participantes no volverán a estar en contacto con estos temas y artículos.

Estos ejemplos ilustran algunas de las diferentes formas en que se pueden utilizar los materiales de formación. También existen otras variaciones y permutaciones posibles según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico.

## Orientaciones para los formadores

### Principios para impartir el programa de formación

#### Participación e interacción

La participación y la interacción son fundamentales para el éxito de esta formación. Hay que considerar a todos los participantes como individuos que pueden aportar conocimientos y puntos de vista muy valiosos. A la hora de proporcionarles tiempo y espacio suficiente, el formador debe asegurarse, en primer lugar, de que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva sean escuchadas e incluidas en la formación. La dinámica de poder existente en los servicios y en la sociedad en general puede potenciar que algunas personas sean reacias a expresar sus opiniones. En general, el formador debe subrayar la importancia de escuchar las opiniones de todos los participantes.

Puede darse el caso de que algunas personas sean tímidas o se sientan incómodas y que no expresen su opinión, lo que puede denotar una falta de inclusión o un sentimiento de inseguridad en el grupo. Los formadores deben esforzarse al máximo para involucrar a todos los participantes en la formación. Normalmente, después de que las personas hayan dado su opinión una vez y se hayan sentido escuchadas, tendrán más seguridad y estarán más dispuestas a hablar y a participar en los debates. La formación es una experiencia de aprendizaje compartida. Conviene que los formadores agradezcan todas las preguntas y que, siempre que puedan, también las respondan todas para que nadie se sienta excluido.

#### Sensibilidad cultural

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes y deben ser conscientes de que son muchos los factores que han configurado sus experiencias y conocimientos, como la cultura, el género, la condición de migrante o la orientación sexual.

Se recomienda utilizar un lenguaje culturalmente sensible y proporcionar ejemplos pertinentes para las personas que vivan en el país o en la región donde se esté llevando a cabo la formación. Así, por ejemplo, según el país o el contexto, es posible que las personas expresen o describan sus emociones y sus sentimientos, o que hablen de su salud mental, de distintos modos.

Además, los formadores deben asegurarse de que durante la formación no pasen por alto algunos de los problemas a los que se enfrentan determinados grupos del país o de la región (por ejemplo, las personas indígenas y otras minorías étnicas, las minorías religiosas, las mujeres, etc.). También habrá que tener en cuenta si las cuestiones abordadas provocan sentimientos de vergüenza o son tabú.

### Un entorno abierto y sin prejuicios

Los debates abiertos son esenciales y todas las opiniones merecen ser escuchadas. El objetivo de la formación es trabajar juntos para encontrar formas de mejorar el respeto por los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental, y de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva dentro de la comunidad en general. Durante esta formación, es posible que algunas personas expresen opiniones y sentimientos intensos. Es importante que el formador proporcione un espacio durante la formación para que las personas puedan poner de manifiesto sus opiniones y sentimientos. Esto significa darles tiempo suficiente para hablar de sus experiencias sin interrupciones y asegurarse de que el resto de los participantes las escuchen y reaccionen de manera adecuada y respetuosa.

No es necesario estar de acuerdo con las personas para comunicarse con ellas de manera eficaz. Cuando surja un debate, puede ser útil recordar a los participantes que todos persiguen el mismo objetivo —lograr el respeto por los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental y en la comunidad— y que es necesario escuchar todas las voces para aprender juntos. Puede ser útil establecer algunas normas que deben seguir todos los participantes (como respeto, confidencialidad, reflexión crítica, no discriminación) y referirse a ellas siempre que sea necesario.

Es importante recordar que quizás algunas personas nunca han tenido la oportunidad de hablar libremente y en un entorno seguro (por ejemplo, las personas con experiencia vivida y sus familiares, así como algunos profesionales de la salud). Por tanto, es fundamental crear un espacio seguro que permita escuchar todas las voces.

### Uso del lenguaje

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes. Las personas que participen en la formación tendrán unos orígenes y unos niveles educativos distintos. Conviene utilizar un lenguaje comprensible para todos los participantes (así, por ejemplo, debe evitarse usar/explicar términos médicos, legales y técnicos muy especializados, siglas, etc.) y hay que asegurarse de que todo el mundo comprende los conceptos y mensajes clave. Tanto el lenguaje como la complejidad de la formación deben adaptarse a las necesidades específicas del grupo. Por eso, es importante que los formadores hagan pausas, que pongan ejemplos cuando sea necesario y que dediquen tiempo a hacer preguntas y comentarlas con los participantes para tener la certeza de que los conceptos y los mensajes se entienden correctamente. Siempre que sea posible, los formadores deben utilizar un lenguaje que permita que modelos de ansiedad no médicos y/o culturalmente específicos formen parte del debate (por ejemplo, malestar emocional, experiencias inusuales, etc.) (1).

### Ajustes razonables

Para tener la certeza de que todas las personas se incluyen en la formación, a veces será necesario adaptar la forma de comunicarse con ellas y es necesario utilizar, por ejemplo, materiales visuales y de audio, adaptaciones fáciles de leer y lenguaje de signos, además de ayudarles a redactar algunos ejercicios o permitir que vengan acompañadas de su asistente personal.

### Cómo actuar en el contexto legislativo y político actual

Durante la formación, es posible que algunos participantes expresen preocupación en relación con el contexto legislativo o político de su país, porque puede que no esté en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, incluida la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). De forma similar, es posible que algunos de los contenidos de la formación sean contrarios a la legislación o política nacional vigentes. Así, por ejemplo, las leyes que prevén ingreso hospitalario y tratamiento involuntarios contradicen el abordaje general de estos

módulos de formación. Además, la cuestión sobre el apoyo a la toma de decisiones puede dar la impresión de que entra en conflicto con la legislación nacional vigente en materia de tutela. Otra preocupación puede ser que los recursos nacionales para implantar nuevos abordajes sean escasos o inexistentes. Todo esto puede hacer que los participantes hagan preguntas sobre la responsabilidad, la seguridad, la financiación y el contexto político y social más amplio en el que viven y trabajan.

En primer lugar, los formadores deben asegurar a los participantes que los módulos no pretenden fomentar prácticas que entren en conflicto con los requisitos de la legislación o política nacional, ni que les hagan correr el riesgo de estar fuera de la ley. En los contextos en los que la legislación y la política contradigan los principios de la CDPD, es importante defender un cambio de política y una reforma legislativa. A pesar de que los estados parte de la CDPD tienen la obligación inmediata de poner fin a las vulneraciones de esta Convención y de otros instrumentos internacionales de derechos humanos, es importante reconocer que la consecución del pleno respeto de los derechos de la CDPD requiere tiempo y diversas acciones en todos los ámbitos de la sociedad.

Por tanto, un marco legal y político obsoleto no debería representar ningún impedimento para que las personas actúen. Hay muchas cosas que se pueden hacer a escala individual y en el día a día para cambiar las actitudes y las prácticas dentro de los límites de la ley y para empezar a aplicar la CDPD. Así, por ejemplo, los tutores tienen un mandato oficial basado en la legislación de un país que les autoriza a tomar decisiones en nombre de otras personas, pero ello no les impide apoyarlos a la hora de tomar sus propias decisiones y, en última instancia, de respetar estas decisiones.

Esta formación proporciona una orientación para tratar diversos temas que son clave para promover un abordaje basado en los derechos humanos en el marco de los servicios sociales y de salud mental. Es importante que, a lo largo de la formación, los formadores animen a los participantes a debatir cómo les afectan las medidas y estrategias fomentadas en los materiales de formación, y cómo pueden ponerlas en práctica dentro de los parámetros de los marcos políticos y normativos existentes. Los cambios en las actitudes y en las prácticas, en combinación con una defensa efectiva de los derechos en salud mental, pueden traducirse en cambios positivos en la política y en la legislación.

### **Una actitud positiva y motivadora**

Los formadores deben subrayar que la formación ha sido diseñada para compartir herramientas y conocimientos básicos, y estimular la reflexión para encontrar unas soluciones útiles en el contexto de los participantes. Es probable que ya existan algunas acciones positivas y que los propios participantes, u otras personas o servicios, ya las estén llevando a cabo. Se pueden utilizar estos ejemplos positivos para crear unidad y demostrar que todo el mundo puede contribuir al cambio.

### **Trabajo en grupo**

A lo largo de los ejercicios, el formador pedirá a los participantes que trabajen en grupos. Estos grupos se pueden formar de manera flexible, según elijan los participantes, o bien al azar o en función de sus preferencias. Si algún participante no se siente cómodo en un grupo determinado, será necesario tenerlo en cuenta.

Todos los ejercicios de la formación han sido pensados para favorecer la participación y el debate, y para que los participantes puedan aportar ideas y encontrar soluciones por sí mismos. La función del formador consiste en guiar los debates y, en su caso, plantear ideas o retos específicos para hacerlos más estimulantes. Si algún participante no quiere participar en algunas de las actividades de la formación, será necesario respetarlo.

## Notas para los formadores

Los módulos de formación contienen notas para los formadores. Son de color **azul** e incluyen ejemplos de respuestas u otras instrucciones dirigidas exclusivamente a ellos, por cuya razón no se deben leer a los participantes.

El texto de la presentación y las preguntas y comentarios dirigidos a los participantes son de color **negro**.

Las diapositivas que acompañan a los módulos de formación están disponibles en:  
<https://www.who.int/publicationsdetail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Evaluación de la formación QualityRights

Los cuestionarios de evaluación previa y posterior de QualityRights que forman parte de este paquete de formación han sido diseñados tanto para medir el impacto de la formación como para mejorarla de cara a los talleres de formación que se lleven a cabo en el futuro.

Los participantes deben cumplimentar el cuestionario de evaluación previa a la formación antes de empezar la formación. Habrá que reservar 30 minutos para realizar esta actividad.

Al final de la formación, los participantes deben rellenar el cuestionario de evaluación posterior a la formación. También dispondrán de 30 minutos para hacerlo.

Es necesario crear un identificador (ID) único para cada participante, con independencia de que los cuestionarios se contesten a mano o en línea. Tanto en el cuestionario de evaluación previa como en el de evaluación posterior, es necesario utilizar el mismo ID. Una forma de crear identificadores únicos consiste, por ejemplo, en utilizar el nombre del país donde se imparta la formación y añadir un número comprendido entre 1 y 25 (o el número de participantes que haya en el grupo). Así, por ejemplo, un participante podría recibir el ID único de *Yakarta12*. Se recomienda disponer los cuestionarios de evaluación previa y posterior en las carpetas de los participantes antes de que comience la formación, y comprobar que en todos los casos contienen un ID único. Así se tendrá la certeza de que cada participante ha recibido el ID único correcto. No es necesario realizar un seguimiento, ya que los cuestionarios son anónimos, pero es importante asegurarse de que cada persona tenga el mismo ID en ambos cuestionarios.

Cuando los participantes hayan terminado de cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, el formador empezará un debate para que puedan decir qué les ha parecido la formación, qué partes les han gustado y consideran que son útiles, qué partes no les han gustado y consideran que no son útiles, y cualquier otra opinión que deseen poner en común. También será un buen momento para que comenten cuáles de las acciones y estrategias abordadas durante la formación tienen la intención de poner en práctica.

Es necesario imprimir los dos cuestionarios —el de evaluación previa y el de evaluación posterior— antes de la formación. Las versiones para imprimir y repartir están disponibles en:

- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

## Vídeos de formación

Es necesario que los formadores revisen todos los vídeos que haya disponibles en el módulo y que elijan los que sean más adecuados para proyectar durante la formación. Los enlaces de vídeo pueden cambiar con el paso del tiempo. Por tanto, es importante que antes de empezar la formación comprueben que los enlaces funcionan. Si un enlace no funciona, habrá uno alternativo a un vídeo similar.

## Nota preliminar sobre el lenguaje

Somos conscientes de que el lenguaje y la terminología reflejan la evolución de la conceptualización de la discapacidad y que, a lo largo del tiempo, cada persona puede utilizar términos diferentes en contextos distintos. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones que quieren utilizar para referirse a su experiencia, situación o malestar. Así, por ejemplo, en relación con el ámbito de la salud mental, algunas personas utilizan términos como *personas con diagnóstico psiquiátrico*, *personas con trastorno mental* o *con enfermedad mental*, *personas con trastorno de salud mental*, *personas consumidoras*, *personas usuarias de los servicios* o *personas supervivientes de psiquiatría*. Otros consideran que algunos o todos estos términos son estigmatizantes o utilizan otras expresiones para hacer referencia a sus emociones, experiencias o malestar. De la misma manera, para referirse a la discapacidad intelectual se emplean expresiones diferentes en contextos diferentes, como *discapacidad de aprendizaje*, *trastorno del desarrollo intelectual* o *dificultad de aprendizaje*.

El término *discapacidad psicosocial* se ha adoptado para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Los términos *discapacidad cognitiva* y *discapacidad intelectual* han sido concebidos para referirse a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado específicamente con su función cognitiva o intelectual, como, por ejemplo, la demencia y el autismo.

El uso del término *discapacidad* es importante en este contexto porque pone de manifiesto los significativos obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad —real o percibida— y el hecho de que estas están amparadas por la CDPD. El uso del término *discapacidad* en este contexto no implica que las personas tengan ninguna deficiencia ni trastorno.

También utilizamos los términos *personas usuarias* o *personas que han sido usuarias* de los servicios sociales o de salud mental para referirnos a quienes no consideran necesariamente que tengan una discapacidad, pero que tienen diversas experiencias aplicables a esta formación.

Además, el uso en estos módulos del término *servicios sociales y de salud mental* hace referencia a un amplio abanico de servicios que actualmente se ofrecen en diferentes países, como centros de salud mental comunitarios, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales, centros de rehabilitación, curanderos tradicionales, centros de día, centros residenciales para personas mayores y otros centros colectivos, así como servicios de atención domiciliaria y servicios y apoyos que representan alternativas a los servicios sociales o de salud mental convencionales y que son prestados por una amplia gama de profesionales de la atención socio-sanitaria en los sectores público, privado y no gubernamental.

La terminología adoptada en este documento se ha seleccionado por motivos de inclusión. Es una opción individual identificarse con unas expresiones o conceptos determinados, pero los derechos

humanos siguen siendo aplicables a todo el mundo, en todas partes. Por encima de todo, nunca debemos dejar que un diagnóstico o una discapacidad definan a una persona. Todos somos individuos, con un contexto social, personalidad, autonomía, sueños, objetivos, aspiraciones y relaciones con los otros que nos hacen únicos.

## Objetivos de aprendizaje, temas y recursos

### Objetivos de aprendizaje

Durante la formación, los participantes deben:

- Aprender a rebatir los conceptos erróneos sobre la capacidad para tomar decisiones de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva.
- Según el artículo 12 de la CDPD y el derecho a la capacidad jurídica:
- Aprender a respetar el derecho a la capacidad jurídica en situaciones concretas.
- Adquirir conocimientos aplicados sobre el apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas.
- Explorar cómo garantizar que las personas no son internadas ni sometidas a un tratamiento en contra de su voluntad.

### Temas

**Tema 1.** Comprender el derecho a la capacidad jurídica (2 horas y 30 minutos)

**Tema 2.** El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones (3 horas y 15 minutos)

**Tema 3.** El consentimiento informado y el tratamiento dirigido por la persona y los planes de recuperación (45 minutos)

**Tema 4.** Evitar el internamiento y el tratamiento involuntarios en los servicios sociales y de salud mental (3 horas y 15 minutos)

### Recursos necesarios

- **Las diapositivas que acompañan el curso La capacidad jurídica y el derecho a decidir. Formación básica QualityRights de la OMS: servicios sociales y de salud mental (diapositivas del curso) están disponibles en:** <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Una sala de formación. Para optimizar la experiencia de aprendizaje de los participantes, la sala donde se lleve a cabo la formación debe tener las siguientes características:**
  - Ser lo suficientemente grande para que quepan todos los participantes, pero también suficientemente pequeña para crear un entorno que favorezca los debates libres y abiertos.
  - Contar con asientos distribuidos de tal manera que los participantes puedan sentarse en grupos (por ejemplo, la distribución que solemos encontrar en un banquete, con mesas redondas repartidas por la sala, que permita a los participantes sentarse juntos alrededor de cada una de las mesas; esta disposición presenta la ventaja adicional de fomentar la interacción entre los participantes y, además, así ya están repartidos en grupos para los ejercicios colectivos).
- **Ajustes razonables, según sea necesario y siempre teniendo en cuenta que garantizan a todas las personas un acceso inclusivo a la formación.**
- **Acceso a internet en la sala para proyectar los vídeos.**
- **Altavoces para el audio de los vídeos.**
- **Una pantalla de proyección y un equipo de proyección.**

- Uno o varios micrófonos para el formador o formadores y, además, un mínimo de tres micrófonos inalámbricos para los participantes (si puede ser, un micrófono para cada mesa).
- Un mínimo de dos pizarras (con hojas de papel o de otro tipo) y papel y bolígrafos.

Además, para este módulo de formación se necesitan los siguientes recursos:

- copias del anexo 1 «Casos», para todos los participantes
- copias del anexo 2 «La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad», original con textos de lectura fácil para todos los participantes
- copias del anexo 3 «Lista de comprobación para aplicar el apoyo a la toma de decisiones», para todos los participantes
- copias del anexo 4 «La experiencia del ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios», para todos los participantes

### Duración

Aproximadamente 8 horas.

### Número de participantes

De acuerdo con la experiencia adquirida hasta ahora, el número ideal de participantes para este taller es de 25 como máximo. Así se tiene la certeza de que todo el mundo dispone de suficientes oportunidades para interactuar y ofrecer su opinión.

**Los temas de este módulo son especialmente complejos. Para impartir esta formación, los formadores deben conocer y comprender a fondo la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y los temas que se tratan en este módulo.**

**Además, los temas abordados en el texto, en concreto el derecho a la capacidad jurídica y el consentimiento informado para el ingreso hospitalario y el tratamiento, son cuestiones difíciles y no sería extraño que algunos participantes opusieran resistencia. Por lo tanto, antes de impartir esta formación es importante debatir estas cuestiones con la dirección y el personal superior del servicio u organización de salud mental, o de cualquier otro centro afín en que se lleve a cabo esta formación, con tal de favorecer una comprensión exhaustiva del contenido.**

## Introducción

Este módulo se centra en el derecho a la capacidad jurídica. Este derecho, recogido en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, significa que las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que cualquier otra persona a tomar sus propias decisiones. La Convención también establece que los estados parte deben proporcionar a las personas con discapacidad el apoyo que necesiten para ejercer su derecho a la capacidad jurídica.

En la sociedad, hay mucha gente que piensa que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no son capaces de tomar sus propias decisiones sobre ninguna de las cuestiones que les afectan. La Convención, tal y como se refleja en este módulo de formación, deja bien claro que, dado que todas las personas tienen los mismos derechos, la sociedad es la que les debe permitir ejercerlos, en lugar de no tenerlas en cuenta basándose en prejuicios obsoletos.

Este módulo explica a los participantes el concepto de *capacidad jurídica*, a menudo llamado también *capacidad de obrar*, es decir, el derecho a decidir, a elegir, a poseer bienes, a firmar acuerdos, y señala que nunca se puede privar a nadie de él. A veces, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva pueden tener dificultades a la hora de tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento médico que reciben, pero eso también es aplicable a casi todo el mundo. En estos casos, deberían poder hablar con personas de apoyo en las que confíen y que hayan elegido ellas mismas para que las ayuden a comprender las opciones con que cuentan, a sopesar los pros y los contras de una elección o de un curso de acción determinados, y para que les presten apoyo en hacerse valer y comunicar su voluntad y sus preferencias.

En este módulo, los participantes deben aprender sobre *el apoyo a la toma de decisiones, la planificación de decisiones anticipadas, el consentimiento informado y el tratamiento dirigido por la persona*, y deben adquirir conocimientos y habilidades sobre cómo se pueden trasladar a la práctica estos conceptos.

En la última parte del módulo se examina la cuestión, todavía muy habitual en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo, de internar a las personas en contra de su voluntad y de obligarlas a tomar medicación. No se puede obligar a nadie, con independencia de que tenga o no una discapacidad, a someterse a un tratamiento que no desea.

## Tema 1. Comprender el derecho a la capacidad jurídica

### Duración

Aproximadamente 2 horas y 30 minutos.



### **Presentación: Introducción breve al módulo (5 minutos)**

El objetivo de esta breve introducción consiste en prever los obstáculos con los que se encuentran los participantes para hacer valer tanto su capacidad jurídica como el apoyo a la toma de decisiones en situaciones complejas.

En esta formación examinaremos cómo promover el derecho de una persona a la capacidad jurídica en los servicios sociales y de salud mental. Dicho de otra manera, exploraremos cómo asegurarnos de que los servicios sociales y de salud mental respeten el derecho de las personas que son usuarias a escoger y tomar decisiones por sí mismas y en todo momento.

Es importante reconocer que, en determinadas situaciones y circunstancias, defender el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones y a escoger por sí mismas puede parecer un gran reto. Por ejemplo, ¿qué ocurre cuando una persona quiere poner fin a su vida o sufre una demencia grave? ¿O cuando tiene una crisis aguda, se encuentra en un estado extremo o hace cosas que son o parecen peligrosas? ¿Qué pasa si debido a que alguien rechaza un tratamiento su salud empeora? ¿O cuando una persona está inconsciente o, por la razón que sea, es incapaz de comunicar su voluntad y sus preferencias? ¿Es realmente factible hacer valer el derecho de las personas a tomar decisiones por sí mismas incluso en este tipo de situaciones?

La respuesta es que, incluso en situaciones tan difíciles como estas, siempre debemos esforzarnos por encontrar maneras de garantizar que las personas tengan la última palabra en todas las decisiones sobre su vida.

Siempre hay maneras de promover el derecho de las personas a ejercer su capacidad jurídica. Este módulo de formación las examina con detenimiento.



### **Ejercicio 1.1: Es mi decisión (10 minutos)**

El propósito de este ejercicio es explorar los conceptos erróneos más frecuentes en torno a la toma de decisiones. Es probable que algunos de los participantes tengan ideas preconcebidas sobre la toma de decisiones, bien porque las han adquirido en su formación profesional, o porque son supuestos comunes que están presentes en la sociedad y que se reflejan en las leyes, las políticas, los medios de comunicación y la práctica profesional.

Preguntad a los participantes:

¿Tienen todas las personas, en todo momento, la capacidad de tomar sus propias decisiones?

Dejad que los participantes digan qué piensan y anotad las ideas en la pizarra.

A continuación, se indican algunos de los **estereotipos y conceptos erróneos** más habituales sobre la capacidad de tomar decisiones de las personas que podrían surgir durante el debate.

- A veces, las personas sencillamente no pueden tomar decisiones por sí mismas y hay que intervenir para evitar que se hagan daño o que se lo hagan a otros.
- Una persona *psicótica* no puede tomar decisiones; es imposible razonar y no se le puede hacer entender ni puede comunicar su voluntad ni sus preferencias.
- A veces, hay que tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental de una persona en contra de su voluntad, porque ella no sabe ni entiende que necesita este tratamiento.
- No se puede dejar que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva tomen decisiones en todos los ámbitos de su vida.

- Los médicos son las personas más indicadas para decidir sobre cuestiones médicas y velarán por el bienestar de una persona de acuerdo con lo que consideren que es lo que más le conviene.
- Si una persona vive en un centro de acogida o en un servicio de salud mental o en otro servicio relacionado, es lógico que todas las decisiones relativas a sus necesidades de atención las tomen los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas.

Al terminar este ejercicio, explicad lo siguiente a los participantes.

Es importante reconocer que puede haber situaciones o momentos en los que tomar decisiones sea más difícil. No obstante, eso no justifica que las personas se vean privadas de sus derechos. Se pueden emplear muchas estrategias para garantizar que estas situaciones se aborden sin que se nieguen ni se restrinjan los derechos de nadie. Estas estrategias se explican en este módulo.



**Presentación: El derecho a la capacidad jurídica (2), (3) (1 hora y 30 minutos)**

### **El derecho a la capacidad jurídica**

El derecho a la capacidad jurídica está amparado por el artículo 12 de la CDPD.

Pedid a los participantes que cojan la CDPD; la encontrarán en el anexo 2.

Las disposiciones del artículo 12 ya se han explicado en el módulo *La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos*. Si hay que hacer un resumen, repasad cada párrafo del artículo con los participantes. Recordad que, para comprender mejor el contenido de la CDPD, podéis leer la versión simplificada del artículo.

#### **Artículo 12. Reconocimiento igual como personas ante la ley (4), (5)**

1. Los estados parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

La ley debe reconocer que las personas con discapacidad son seres humanos con los mismos derechos y las mismas responsabilidades que cualquier otra persona.

2. Los estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con el resto en todos los aspectos de la vida.

Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto y deben poderlos utilizar. Las personas con discapacidad deben poder actuar de acuerdo con la ley; eso quiere decir que deben poder realizar transacciones, y crear, modificar o finalizar relaciones jurídicas, así como tomar sus propias decisiones, y el resto de personas deben respetar tales decisiones.

3. Los estados parte deben adoptar las medidas pertinentes para proporcionar a las personas con discapacidad el acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Cuando las personas con discapacidad tengan dificultades para tomar decisiones por sí mismas, tienen derecho a recibir un apoyo que las ayude a tomar estas decisiones.

4. Los estados parte deben asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos, de conformidad con el derecho internacional en materia de los derechos humanos. Estas salvaguardias deben asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetos a exámenes periódicos hechos por una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias deben ser proporcionales al grado en que estas medidas afecten los derechos y los intereses de las personas.

Cuando las personas reciban apoyo para tomar decisiones, deben estar protegidas contra posibles abusos. Además:

- El apoyo que reciban las personas debe respetar sus derechos y lo que ellas quieran.
  - No debe ser en interés ni en beneficio de ninguna otra persona.
  - Las personas que ofrezcan apoyo no deben intentar influenciar a las personas para que tomen decisiones en contra de su voluntad.
  - Es necesario que el apoyo prestado sea suficiente para las necesidades de las personas.
  - El apoyo debe ser lo más breve posible.
  - El apoyo prestado debe ser vigilado con regularidad por una autoridad fiable.
5. Sin perjuicio de lo que dispone este artículo, los estados parte deben tomar todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con el resto, a ser propietarias y a heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y deben velar por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Los países deben velar por la igualdad de derechos de las personas con discapacidad en cuanto a:

- Poseer o recibir bienes.
- Controlar su dinero.
- Solicitar préstamos.
- Asegurarse de que nadie les quite la casa ni el dinero.

### **Entender la distinción entre capacidad jurídica y competencia**

La capacidad jurídica y la competencia son dos conceptos diferentes, pero se tiende a pensar, erróneamente, que tienen el mismo significado. La CDPD aclara y explica las diferencias.

- La **capacidad jurídica** es un derecho **inherente e inalienable**. Incluye dos dimensiones:
  - el derecho a tener derechos, y
  - el derecho a ejercer estos derechos.

El derecho a la capacidad jurídica es el derecho que nos permite disfrutar del resto de los derechos, tales como participar en la sociedad y ser reconocidos como ciudadanos plenos.

- La **competencia** es la expresión empleada para referirse a la capacidad (o a las aptitudes) de una persona para tomar decisiones.

En el ámbito de la salud mental, a menudo se llevan a cabo pruebas de capacidad para tratar de determinar si una persona puede:

- comprender información relativa a una decisión;
- comprender las consecuencias que una decisión puede conllevar, y
- comunicar su decisión.

Las pruebas de capacidad las suelen llevar a cabo profesionales de la salud mental o evaluadores de la capacidad.

Asimismo, los conceptos de *competencia* y de *pruebas de competencia* son muy relativos, porque la forma en que tomamos decisiones no se puede medir científicamente. A veces las tomamos basándonos en motivos racionales; otras, de acuerdo con lo que nos dicen nuestras emociones o sentimientos. No existe ningún proceso de toma de decisiones que sea universal, ni ninguna manera correcta o incorrecta de tomar una decisión.

No obstante, cuando una persona con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva toma una decisión que no se corresponde con lo que los otros piensan, normalmente se da por hecho que no es capaz de decidir a debido *a su trastorno*. Ahora bien, en algún momento u otro de la vida, todo el mundo toma decisiones que no se corresponden con lo que los demás piensan, o que se consideran imprudentes, pero esto no justifica que se niegue a las personas su derecho a decidir.

Además, la *competencia* a menudo se interpreta como un estado estable y permanente que la gente, sencillamente, tiene o no tiene. Sin embargo, nuestra capacidad para tomar decisiones varía en diferentes momentos de la vida. Así, por ejemplo, tomar decisiones en un momento determinado puede ser más difícil debido al estrés o al cansancio, o por un problema de salud, etc. Por otra parte, nuestra capacidad para tomar decisiones también puede mejorar con el paso del tiempo, a medida que aprendemos nuevas habilidades y adquirimos nuevas experiencias.

Uno de los retos más importantes consiste en cambiar los estereotipos negativos y los conceptos erróneos que presuponen que las personas con discapacidad —en concreto, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva— no tienen la competencia necesaria para tomar decisiones.

Tanto estos conceptos erróneos como la interpretación incorrecta del término *competencia* (que a partir de ahora en este módulo llamaremos *habilidades para decidir* o *capacidad para decidir*) han llevado a la denegación del derecho a la capacidad jurídica.

- Según el artículo 12 de la CDPD, nunca se puede privar a nadie del derecho a la capacidad jurídica. Todo el mundo tiene derecho a la capacidad jurídica, con independencia de sus habilidades para tomar decisiones. Una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva nunca puede justificar que se deniegue a alguien el derecho a la capacidad de obrar.

## Toma de decisiones formal e informal

El derecho a la capacidad jurídica afecta **a todos los ámbitos de la vida**. Cuando negamos a una persona el derecho a decidir, le estamos negando, de hecho, un derecho fundamental y crucial: el derecho a vivir su vida como ella quiera, y eso incluye el derecho a cometer errores y a celebrar los logros como cualquier otra persona.

El artículo 12 establece claramente que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, deben tener derecho a tomar decisiones por sí mismas, a que los demás respeten esas decisiones, y a que la ley reconozca esas decisiones como válidas. El artículo 12 ampara tanto la toma de decisiones formales como la toma de decisiones informales del día a día.

En el caso de las decisiones **formales** —como casarse, divorciarse, alquilar, comprar o vender propiedades, firmar contratos u optar por un tratamiento u otro—, las decisiones de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva las suelen tomar los tutores designados por los tribunales, los profesionales de la salud, y sus familiares. Este proceso recibe diferentes denominaciones según el país del que se trate, tales como tutela, curatela, etc.

En el caso de la toma de decisiones **informales**, no se permite que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva tomen muchas decisiones cotidianas relacionadas con ningún aspecto de su vida, por lo que otra persona —normalmente un familiar o un cuidador o cuidadora— es quien se encarga de decidir por ellas. Algunos ejemplos de estas decisiones tienen que ver con el dinero y el uso que hacen del mismo, con las rutinas diarias y con la elección del alojamiento, con las relaciones personales, con la ropa que se ponen y con lo que comen.

## Lugares y situaciones en los que se niega el derecho a la capacidad jurídica

Preguntad a los participantes:

¿Dónde se produce la denegación del derecho a la capacidad jurídica?

Pueden ser posibles respuestas:

- en casa
- en los servicios sociales y de salud mental
- ¡en cualquier lugar!

Después de que los participantes hayan tenido la oportunidad de responder, mostrémosles lo siguiente:

La denegación del derecho a la capacidad jurídica tiene lugar:

- en las comunidades (por ejemplo, en la escuela, en el trabajo, en el banco, etc.)
- en casa
- en los servicios sociales y de salud mental (tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria)
- en lugares donde las personas son privadas de libertad, tales como instalaciones/instituciones de salud mental, los servicios forenses, la policía o las celdas de las prisiones

Hay veces en las que **en casa**, las personas se ven privadas del derecho a tomar decisiones sobre su propia vida y las actividades de su día a día. Sus familiares se encargan de tomar todas esas decisiones;

por regla general, lo hacen con buenas intenciones y con la voluntad de (sobre)protegerlas y de evitar que se puedan hacer daño. A menudo es porque tienen miedo de que no sepan arreglárselas, que sufran abusos, que se hagan daño o que alguien se aproveche de ellas.

Esta denegación de la capacidad jurídica también se produce con mucha frecuencia **en los servicios sociales y de salud mental**. En algunos casos, el derecho a la capacidad de obrar es vulnerado sistemáticamente.

- El ingreso y el tratamiento involuntario en los servicios sociales y de salud mental niega a las personas el derecho a ejercer un consentimiento libre e informado sobre la atención sanitaria y, por tanto, les niega el derecho a la capacidad jurídica.
- En muchos casos, también se deniega la capacidad de obrar a las personas que son ingresadas y tratadas voluntariamente porque, incluso en estos casos, los miembros del personal suponen que estas personas no pueden tomar decisiones y que ellos están en mejores condiciones de decidir.
- Además, la simple amenaza de ingresarlas y de tratarlas involuntariamente puede hacer que algunas personas acepten unas prácticas que en realidad no quieren.

Es posible que estas prácticas sean un reflejo de estereotipos negativos y de puntos de vista discriminatorios muy frecuentes, como el hecho de que las personas usuarias de estos servicios no pueden tomar decisiones por sí mismas o que, si rechazan un tratamiento, es porque no se dan cuenta de que lo necesitan (es decir, que no tienen suficiente discernimiento).

Además, a menudo se hacen suposiciones con prisas sobre la capacidad de las personas para tomar decisiones porque los miembros del personal consideran que, si las toman ellos, será más fácil y rápido.

El resultado es que se priva a las personas de su capacidad decisoria y que, en general, no se habla con ellas (por ejemplo, de su tratamiento, de los medicamentos que quieren tomar, de cuánto tiempo deben estar en el servicio, etc.) y no se las escucha.

Por otra parte, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva también ven cómo se les deniega el derecho a la capacidad de obrar en su día a día y **en sus propias comunidades** (por ejemplo, el banco no les permite sacar dinero de su cuenta sin la presencia de un tutor/familiar; los servicios sociales se niegan a facilitarles la documentación que necesitan para solicitar apoyo y solo se la pueden facilitar sus tutores).

## **Género y capacidad jurídica (6)**

Es muy posible que las mujeres con discapacidad incluso tengan que hacer frente a más situaciones en que se les deniega el derecho a la capacidad de obrar debido a la discriminación múltiple que sufren. A menudo, el derecho a tener el control sobre su salud reproductiva —incluso sobre la base del consentimiento libre e informado— y el derecho a formar una familia, a elegir dónde vivir y con quién, a la integridad física y mental, a poseer y heredar bienes, y a controlar su economía —incluyendo el acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito financiero— a menudo son vulnerados por los sistemas patriarcales de toma de decisiones por sustitución.

[En este punto de la presentación, proyectad el vídeo siguiente a los participantes:](#)

Women Institutionalized Against their Will in India. Human Rights Watch (4.15); diciembre de 2013. <https://youtu.be/NZBxI9pNYHw> [consulta: 9 de abril de 2019].



### **Ejercicio 1.2: Denegación de la capacidad jurídica (20 minutos)**

Solicitud a los participantes que lean la situación siguiente, disponible en el anexo 1 «Casos». El caso de Soledad (7):

#### **El caso de Soledad**

Soledad tiene 40 años y hace diez que reside en un hogar de atención social.

Vive en una habitación pequeña y limpia, que comparte con una compañera que no eligió. La llevaron aquí debido a los cambios de humor que sufría y porque perdía la memoria. Tiene varias infecciones y describe su salud como mala.

Los días, siempre presididos por la misma rutina —levantarse temprano, lavarse un poco, comer, descansar obligatoriamente, como si tuviera 3 años, y hacer ejercicio dos veces por semana (una hora en el patio del hogar, rodeado de una valla)— se le hacen largos y aburridos.

Las oportunidades para salir del hogar son bien escasas. A todos los residentes se les dice que el mundo exterior es extremadamente peligroso y que si los tienen encerrados bajo llave es por su propia seguridad. En muchos casos han interiorizado este miedo y por eso prefieren no salir.

Soledad no tiene ninguna posibilidad de huir de la rígida vida en el hogar, donde la individualidad no tiene cabida y donde no le permiten dedicarse a sus aficiones: tocar el piano y cantar.

Está convencida de que, si la dejaran hacer, podría conseguir un trabajo, por ejemplo, en un taller de costura. A menudo, la calidad de vida radica en las pequeñas cosas. Le gusta leer, pero se le rompieron las gafas y, aunque ha pedido otras al personal de la residencia, parece que nunca la escuchan. La antena de su pequeño televisor está rota, pero nadie sabe cómo repararla.

Le encantaría recibir más atención y afecto por parte del personal. Si los residentes no cumplen las normas y el reglamento, a veces son amenazados con el uso de camisas de fuerza o con atarlos a la cama.

Ahora, preguntad a los participantes:

¿De qué manera se vulnera el derecho a la capacidad de obrar de Soledad?

Posibles respuestas:

- No eligió vivir en el hogar de atención social, sino que la llevaron allí y no se puede ir.
- No pudo elegir a su compañera de habitación.
- Parece que nadie se preocupa de curarle bien las infecciones ni de su salud en general.
- No puede elegir su rutina diaria.
- No puede practicar sus aficiones.
- No puede conseguir un trabajo.

- No puede leer ni puede ver la televisión, aunque le gustaría hacerlo.
- Si no cumple las normas, recibe amenazas por parte del personal.



**Presentación: Las consecuencias de la denegación del derecho a la capacidad jurídica (10 minutos)**

En este punto, preguntad a los participantes:

- ¿Qué consecuencias perjudiciales conlleva la privación o la restricción del derecho a la capacidad jurídica en la vida de las personas?
- ¿Cómo os sentiríais si os privasen de vuestro derecho a la capacidad jurídica? / ¿Cómo os sentisteis cuando os privaron de vuestro derecho a la capacidad jurídica?

Posibles respuestas de los participantes:

- Disminuye la autoestima.
- Impide que las personas participen plenamente en la sociedad.
- Tiene un impacto negativo en la salud mental de las personas.
- Favorece la exclusión social y la discriminación.
- Impide que las personas tomen las riendas de su vida y se responsabilicen de ella.
- Impide que las personas aprendan de los errores que han cometido.
- Fomenta la violencia, el abuso y las prácticas coactivas (tratamiento forzoso, ingreso involuntario, etc.).
- Impide que las personas se defiendan contra actos de violencia, de abuso y de explotación.

Cuando las personas se ven privadas del derecho a tomar sus propias decisiones, tienen un control muy escaso (o nulo) sobre todos o algunos aspectos de su vida. El derecho a la capacidad jurídica es fundamental para la identidad personal como ser humano y para la libertad. Protege la dignidad de la persona y su autonomía (es decir, su capacidad para llevar las riendas de su vida y para tomar sus propias decisiones).

Es muy importante que las personas tomen sus propias decisiones, porque entonces:

- Pueden llevar las riendas de su vida.
- Pueden ser miembros plenos de su comunidad y los demás las respetan como tales.
- Se pueden defender mejor contra los abusos, la explotación y la discriminación.
- Transmiten a todo el mundo que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva deben ser respetadas y tratadas como iguales.



**Presentación: Resumen del tema (10 minutos)**

Para resumir el tema, proyectad a los participantes el vídeo siguiente:

UN CRPD: What is Article 12 and Legal Capacity? Mental Health Europe (2:53 minutos)  
<https://youtu.be/8WhxKJtOXec> [consulta: 9 de abril de 2019].

Pedid a los participantes que hagan un breve resumen de lo que han aprendido sobre la materia. Después de darles la oportunidad de responder, enseñadles lo siguiente:

1. **Hay que rebatir los conceptos erróneos y los estereotipos comunes sobre la capacidad de decidir de las personas:** las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva pueden tomar decisiones y tienen derecho a hacerlo.
2. **La capacidad de cada persona para tomar decisiones puede variar por muchas razones.** Unas veces les resulta más fácil tomar decisiones y otras, resulta más difícil. Esto es válido para todo el mundo.
3. **El hecho de que a veces se tenga más o menos capacidad para tomar decisiones no justifica que se niegue a las personas el derecho a la capacidad de obrar.** Según el artículo 12, todas las personas con discapacidad deben poder ejercer, en todo momento, su derecho a la capacidad jurídica.
4. **El derecho a la capacidad de obrar es un derecho crucial y fundamental:** todos debemos disfrutar de este derecho para ser reconocidos y para participar en la sociedad.

Como preludeo del tema que se tratará después, explicad a los participantes que:

Todos tenemos, siempre, el derecho a la capacidad de obrar. No obstante, eso no quita que, a veces, necesitemos o queramos apoyo a la hora de tomar una decisión. La CDPD reconoce esta circunstancia y por ello establece que todas las personas deben poder recibir el apoyo que deseen o que necesiten para poder ejercer su derecho a la capacidad jurídica. Es lo que se denomina *apoyo a la toma de decisiones*.

## Tema 2. El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas

### Duración del tema

Aproximadamente 3 horas y 15 minutos.

Como introducción al tema siguiente, explicad a los participantes que:

El apoyo a la toma de decisiones es fundamental para respetar el derecho de las personas a la capacidad jurídica.

- Un abordaje basado en el apoyo a la toma de decisiones implica colaborar con la persona en el proceso de toma de decisiones y hacer valer su derecho a tener la última palabra en tales decisiones.
- Adoptar un abordaje basado en el apoyo de toma de decisiones puede mejorar las prácticas cotidianas empleadas en los servicios sociales y de salud mental.
- En esta sección del módulo exploraremos qué significa tomar una decisión.



### **Ejercicio 2.1. Debate sobre el apoyo a la toma de decisiones (10 minutos)**

Antes de analizar con detenimiento en qué consiste el apoyo a la toma de decisiones, decid a los participantes que el propósito de este ejercicio es hacerles pensar sobre el tipo de apoyo que puede resultar útil para ayudar a las personas a tomar una decisión.

Preguntad a los participantes lo siguiente:

En el contexto de un servicio de salud mental o de un servicio relacionado, ¿cómo creéis que se puede apoyar a una persona para que tome sus propias decisiones?

Algunas propuestas pueden ser:

- Dándole la oportunidad de decir en qué personas confía para que la ayuden a tomar una decisión (por ejemplo, trabajadores pares que hayan recibido una formación) y permitiéndole que acuda al servicio acompañada de estas personas.
- Intentando comprender qué tipo de información o de apoyo le ayudaría a tomar una decisión.
- Permiéndole que recurra a un apoyo que sea independiente del servicio.
- Dándole más tiempo para tomar una decisión (es decir, dándole tiempo para pensar en ello).
- No presionándola para que tome una decisión.
- Estudiando la posibilidad de que tome la decisión más adelante, cuando ella considere que es el momento adecuado.
- Teniendo en cuenta la posibilidad de que otra hora del día o un lugar distinto sean más apropiados para facilitarle la información que necesita.
- Colaborando con otras personas en el proceso de su tratamiento y/o planes de recuperación, y permitiéndole que exprese sus opiniones y preferencias.



## **Presentación: El apoyo a la toma de decisiones (8) (50 minutos)**

A veces, todos necesitamos apoyo para tomar decisiones en distintos ámbitos de la vida. También es posible que en algunos momentos de la vida nos cueste más tomar una decisión por nosotros mismos.

En estos casos, puede resultar útil recurrir a personas en las que confiamos para que nos ayuden en el proceso de tomar nuestra propia decisión. De hecho, hay veces en las que todos necesitamos apoyo a la hora de tomar decisiones y de elegir, en especial cuando debemos complementar nuestros puntos de vista y opiniones con el parecer de otras personas.

De acuerdo con eso, el artículo 12 de la CDPD reconoce y promueve el concepto de *apoyo a la toma de decisiones*. Este artículo establece que todas las personas deben poder recurrir a diferentes opciones de apoyo, incluido el apoyo de aquellas personas en las que ellas confíen, tales como familiares, iguales, defensores de los derechos en salud mental, abogados, intercesores, etc.

También reconoce que el hecho de aprovechar las capacidades únicas de las personas y de proporcionarles el apoyo que necesiten les permite tomar sus propias decisiones.

Una persona puede necesitar apoyo para comprender información, sopesar diferentes opciones, entender las posibles consecuencias de diferentes opciones y comunicar sus decisiones a los demás.

- Por ejemplo, en el contexto de un servicio de salud mental o de un servicio relacionado, un agente de apoyo entre iguales puede ayudar a una persona a comprender y sopesar los beneficios y/o los efectos negativos de un tratamiento determinado, y a debatir los pros y los contras de este tratamiento, y le puede apoyar para que haga valer y comunique sus opciones si ella tiene dificultades para hacerlo por su cuenta.

Es importante señalar que el apoyo debe adaptarse a las necesidades de cada persona. La capacidad para tomar decisiones y, por tanto, el grado de apoyo necesario, pueden variar en diferentes etapas de la vida de una persona. Puede que a veces no se necesite ningún tipo de apoyo y, otras, un grado de apoyo bajo o un apoyo más intensivo.

- Por ejemplo, una persona que se encuentre en las primeras etapas de la demencia puede que no necesite ningún apoyo o únicamente un apoyo mínimo, o que años después necesite un apoyo más intensivo. Además, también existe la posibilidad de que algunas personas solo necesiten apoyo para tomar decisiones complejas y que otros lo necesiten incluso para tomar decisiones muy sencillas y cotidianas.

Es importante recordar que, a diferencia de la necesidad de apoyo, el derecho a ejercer la capacidad de obrar nunca fluctúa ni varía. Siempre hay que aceptar que las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones.

Hay diferentes opciones de apoyo, tanto formales como informales.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de modelos de apoyo. La mayoría de los modelos de apoyo aún no cumplen plenamente la CDPD. Es criticable el hecho de que algunos modelos estén dirigidos por profesionales, o que sigan utilizando el tratamiento involuntario (aunque es posible que en menor medida que otros servicios sociales y de salud mental, como en el caso del diálogo abierto). Hay que reconocer estas limitaciones y tener en cuenta que estos servicios se podrían mejorar aun más para conseguir que cumplan plenamente la CDPD.

- **El círculo de apoyo (Australia, Reino Unido) (9)**

Un círculo de apoyo (a veces llamado *círculo de amigos*) es un grupo de personas que se reúnen con regularidad para ayudar a una persona (la persona en cuestión) a alcanzar sus objetivos personales en la vida. El círculo de apoyo actúa como una comunidad alrededor de la persona en cuestión y, cuando esta persona lo necesita, la apoya para que consiga lo que quiere en la vida. La persona que recibe este apoyo se encarga de decidir:

- Qué personas quiere que formen parte del círculo de apoyo.
- La dirección hacia la que se debe emplear la energía del círculo de apoyo.

Normalmente se elige a algún miembro del círculo de apoyo para que lleve a cabo el trabajo necesario para mantenerlo en funcionamiento.

Para más información, proyectad a los participantes el vídeo siguiente:

**Circles of Support (Inclusion Melbourne) (6:19)** <https://youtu.be/fhF6mv03Cx0> [consulta: 9 de abril de 2019].

- **La mediación personal (Suecia) (10)**

En Suecia, varias organizaciones no gubernamentales (ONG) usan un modelo para el apoyo a la toma de decisiones basado en la mediación personal. Un mediador o mediadora personal es un profesional que ayuda a sus clientes en diferentes cuestiones: desde asuntos familiares hasta cuestiones relacionadas con la vivienda, con el acceso a servicios o con el trabajo. Un mediador o mediadora personal solo hace lo que sus clientes quieren que haga.

Este modelo se basa en una relación de confianza a largo plazo. Es un compromiso a largo plazo tanto para el mediador personal como para sus clientes.

Para más información, los participantes pueden ver a Maths Jespersen hablando sobre la reforma en psiquiatría de Suecia y la innovadora política del sistema de mediador personal en el vídeo siguiente: (13:50 minutos)

<https://youtu.be/5aVdoaX9YXk> [consulta: 9 de abril de 2019].

- **La asistencia personal (11)**

La asistencia personal hace referencia al apoyo humano dirigido por la persona usuaria que se presta a alguien con discapacidad. La asistencia personal es una herramienta para poder llevar una vida independiente. En cuanto al apoyo de la toma de decisiones, los asistentes personales pueden ser personas de confianza que debatirán diferentes opciones con la persona y que la ayudarán a comunicar a los demás su voluntad y sus preferencias, etc.

- **El diálogo abierto: Finlandia (12), (13)**

El diálogo abierto es una alternativa finlandesa al sistema convencional de salud mental para personas a las que se les ha diagnosticado algún tipo de *psicosis*, como puede ser la *esquizofrenia*. Este abordaje

se basa en un proceso de apoyo de toma de decisiones y pretende apoyar a la red de familiares y de amigos de la persona, y que se respete su toma de decisiones.

En el diálogo abierto, la persona que busca apoyo, su familia y sus cuidadores son invitados, junto con el miembro del equipo del diálogo abierto, a participar en reuniones diarias abiertas, no secretas y no jerárquicas. Todo el mundo expresa sin rodeos sus pensamientos y sentimientos, y se escucha la voz de todo el mundo, especialmente la de la persona que busca apoyo. El hecho de hablar abiertamente y al mismo nivel en todo momento permite que todo el mundo comprenda lo que está pasando y de qué se está hablando. Así, se crea un lenguaje compartido y los participantes construyen una nueva comprensión entre ellos.

El equipo del diálogo abierto ofrece ayuda inmediata durante las 24 horas siguientes al primer contacto. Trata de obtener la implicación de las redes sociales, de reconstruir las relaciones y de evitar la medicación y la experiencia alienante de la hospitalización poniendo en contacto a los miembros de la red social de la persona que busca apoyo. No se prepara ningún plan de tratamiento concreto. Este abordaje es flexible y se adapta a las necesidades cambiantes de cada persona.

Enseñad a los participantes el vídeo siguiente:

Daniel Mackler y Jaakko Seikkula hablan sobre el diálogo abierto finlandés, las redes sociales y la recuperación de la psicosis (08:24 minutos)

[https://youtu.be/b5\\_xaQBgkWA](https://youtu.be/b5_xaQBgkWA) [consulta: 9 de abril de 2019].

### **La importancia del apoyo**

Las formas de apoyo formales no deben sustituir a las redes de apoyo informales (como la familia, los amigos, etc.), que son esenciales en nuestra vida cotidiana. Cuando las redes informales son inexistentes o débiles, es muy importante apoyar a la persona para que las reconstruya y/o las consolide.

Al mismo tiempo, también puede ser necesario promover formas de redes de apoyo más formalizadas para quien lo necesite y lo desee.

### **¿De qué manera los servicios sociales y de salud mental pueden facilitar el apoyo a la toma de decisiones?**

Los servicios sociales y de salud mental tienen la responsabilidad de facilitar activamente el apoyo a la toma de decisiones asegurándose de que las personas puedan invitar al servicio a personas de confianza de la comunidad para que les apoyen. También pueden facilitar los contactos entre la persona y diferentes ONG de apoyo a la toma de decisiones, defensores de los derechos en salud mental o agentes de apoyo entre iguales, los cuales, si la persona lo quiere, la pueden apoyar.

Distribuid a los participantes copias del anexo 3 (también se representa a continuación).

El recuadro siguiente (14) contiene una lista de comprobación muy útil para que las personas y las organizaciones de apoyo puedan adoptar un abordaje basado en el apoyo a la toma de decisiones. Sin embargo, es posible que haya que incluir otras medidas adicionales en función de cada persona.

### Lista de comprobación para aplicar el apoyo a la toma de decisiones

- En relación a proporcionar la información necesaria:
  - ¿La persona dispone de toda la información pertinente que necesita para tomar una decisión determinada?
  - ¿La persona tiene toda la información que le piden?
  - ¿Se le ha dado información sobre todas las opciones disponibles?
- En relación a comunicar la información de una manera adecuada:
  - Explicar o presentar la información de la manera más fácil posible para que la persona la pueda comprender (por ejemplo, utilizando un lenguaje o unos medios visuales sencillos, claros y concisos).
  - Si es necesario, explorar diferentes métodos de comunicación, como la no verbal.
  - Averiguar si hay alguien más que pueda ayudar a facilitar la comunicación (como un familiar, un trabajador de apoyo, un intérprete, un logopeda, un terapeuta del lenguaje o un defensor de los derechos en salud mental) y asegurarse de que la persona acepta esta ayuda.
- En relación a facilitar que la persona se sienta cómoda:
  - Determinar si en algún momento concreto del día la persona comprende mejor las cosas.
  - Determinar si la persona se siente más cómoda en algunos lugares en concreto.
  - Determinar si es posible aplazar la decisión considerando si la persona puede tomar la decisión más adelante, cuando las circunstancias sean adecuadas para ella.
- En relación a apoyar a la persona:
  - Determinar si hay alguien más que pueda ayudar a la persona a tomar una decisión o a expresar su opinión.

### El apoyo a la toma de decisiones no es lo mismo que la toma de decisiones por sustitución:

- En el apoyo a la toma de decisiones, una persona de apoyo nunca toma ninguna decisión en lugar de una persona con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, ni en su nombre ni en representación de ella.
- Todas las formas de apoyo, incluso las más intensivas, deben basarse en **la voluntad y las preferencias** de la persona en cuestión.
- La voluntad y las preferencias de la persona son diferentes de lo que los demás consideran que es «su interés superior».
  - En muchos países, la norma para tomar una decisión por una persona es, por regla general, su interés superior (es decir, lo que los demás consideran que es la mejor decisión o el mejor curso de acción para una persona). Esto debe cambiar. Incluso en circunstancias extremas, cuando la persona no puede comunicar directamente su voluntad y sus preferencias, las decisiones deben tomarse de acuerdo con **la interpretación que responda mejor a la voluntad y a las preferencias de la persona**, las cuales se pueden determinar, por ejemplo:
    - ✦ tomando como referencia aquello que ya se sabe de la persona, como por ejemplo sus opiniones sobre distintos asuntos, creencias, valores

- en la vida, etc. (a menudo, los amigos o los familiares más cercanos conocen estas opiniones);
  - ✦ tomando como referencia los planes de decisiones anticipadas, que deben contener información sobre la voluntad y las preferencias de la persona;
  - ✦ incluso si no se sabe nada de la persona (por ejemplo, en el primer contacto con un servicio) y parece que no es capaz de comunicar su voluntad y sus preferencias, el personal del servicio se debe esforzar al máximo para intentar comprenderlas (por ejemplo, probando diferentes maneras de comunicarse, fijándose en sus reacciones, etc.).
- Por lo tanto, el apoyo a la toma de decisiones es diferente a otros sistemas, como la tutela, la guarda y otros regímenes de toma de decisiones por sustitución. El apoyo a la toma de decisiones no solo es una nueva denominación para describir estos modelos preexistentes, sino que trata de poner en práctica un abordaje completamente diferente de la toma de decisiones, en el que la persona siempre sigue siendo el centro de la decisión.

En este punto de la presentación, es posible que a los participantes les preocupe el hecho de que el marco jurídico de su país requiera un abordaje basado en la toma de decisiones por sustitución (por ejemplo, mediante las leyes nacionales vigentes sobre la tutela o la curatela), ya que, en este contexto, las opciones para implantar el apoyo a la toma de decisiones son muy limitadas.

Es importante reconocer que:

En muchos países, la legislación y los marcos políticos existentes siguen previendo modelos de toma de decisiones por sustitución. Es fundamental, pues, hacer presión y defender los derechos en salud mental para cambiar las leyes, las políticas y las prácticas existentes que no estén en consonancia con la CDPD.

Es posible que para llevar a cabo este tipo de reforma se requiera cierto tiempo; mientras tanto, sin embargo, hay muchas cosas que se pueden hacer para ayudar a las personas a tomar sus propias decisiones, incluso dentro de los marcos legales o políticos existentes. Además, también es posible apoyarlas para que pongan fin a sus regímenes de toma de decisiones por sustitución.

### **El apoyo a la toma de decisiones es voluntario:**

- No debe imponerse a las personas.
- Si una persona decide que no quiere recibir ningún apoyo, hay que respetarla.

Muchas personas, en concreto familiares y profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, han expresado su preocupación por el hecho de que, en algunas situaciones, si la persona rechaza el apoyo, puede que ella u otras personas corran peligro.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el hecho de imponer o de forzar un tratamiento puede causar un daño inmediato y/o en el futuro. El daño causado a la persona se puede manifestar de muchas maneras diferentes, como puede ser en forma de trauma, de humillación o de lesiones físicas.

Hay que dar a los participantes la oportunidad de plantear y debatir abiertamente sus preocupaciones.

¿Cómo podemos evitar la explotación por parte de las personas de apoyo?

A menudo, la familia, los amigos y otras personas de apoyo tienen buenas intenciones, pero a veces, en el contexto del apoyo a la toma de decisiones, hay quien puede tratar de aprovecharse de la persona, de explotarla o de perjudicarla (por ejemplo, mediante el abuso físico, emocional o sexual, el abuso financiero o la negligencia, etc.). Por lo tanto, hay que tomar precauciones para asegurarse de que no se produzca ninguna explotación y que las posibles situaciones de abuso se detecten y se aborden lo antes posible.

Es importante impartir formación acerca de las estrategias que se pueden adoptar para prevenir y abordar la posible explotación por parte de las personas de apoyo. Hay que impartir esta formación a las siguientes personas:

- Las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.
- Los familiares, los cuidadores y otras personas de apoyo.
- Los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas.
- Los trabajadores pares y los defensores de los derechos en salud mental.
- Los profesionales de la justicia.
- Otras personas pertinentes de la comunidad.

La formación debe abordar los factores y los procesos sociales que pueden favorecer la explotación, como las dinámicas de poder y la discriminación por razones de género, de edad o de discapacidad.

Cuestiones clave a tener en cuenta:

- Los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas no deben asumir el papel de personas de apoyo formales debido al enorme conflicto de intereses y del riesgo de influencia indebida por los desequilibrios de poder en las relaciones dentro de los entornos de salud mental o de servicios relacionados. Si bien no deben ser designados como *personas de apoyo*, siguen teniendo un papel importante a la hora de promover el apoyo a la toma de decisiones y de adoptar un enfoque de apoyo en su tarea diaria.
- El papel de las personas de apoyo debe durar el mínimo tiempo posible y es necesario que se adapte a las circunstancias de la persona.
- Las personas de apoyo no deben beneficiarse del dinero de las personas para las que trabajan, de las que cuidan o a las que apoyan de otra manera.
- Las personas de apoyo independientes procedentes de fuera o de dentro del servicio de salud mental o de un servicio relacionado —como las personas que ofrecen un apoyo informal, los defensores de los derechos en salud mental o los agentes de apoyo entre iguales— deben estar disponibles siempre que la persona se quiera poner en contacto con ellas. Se deben poder reunir y hablar libremente con las personas de los servicios.
- En casos de apoyo formal y/o intensivo, debe haber salvaguardias para garantizar que las personas de apoyo respetan la voluntad y las preferencias de la persona, o que su voluntad y sus preferencias se interpretan de la mejor manera posible, como, por ejemplo, que la persona sigue queriendo el apoyo.
- Es necesario que existan mecanismos de reclamación, de supervisión y jurídicos que permitan exigir responsabilidades a las personas que abusen de su función de apoyo. Las personas que reciben el apoyo deben poder acceder fácilmente a estos mecanismos de reclamación.



## **Ejercicio 2.2: Casos de apoyo a la toma de decisiones (45 minutos)**

El objetivo de este ejercicio es comprender el concepto de apoyo a la toma de decisiones y la forma en que se puede aplicar. Por lo tanto, el caso que se describe a continuación es bastante básico. En el módulo *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* se describen casos más complejos y difíciles.

Seleccionad uno o más de los casos siguientes. Pedid a los participantes que cojan el *anexo 1: Casos sobre el apoyo a la toma de decisiones*, y leed el caso o los casos seleccionados.

### **El caso de la historia de Rohini**

Rohini es una mujer de 27 años. Sus compañeros de trabajo se empezaron a preocupar al advertir cambios importantes en la forma en que se comportaba. Entonces le sugirieron acompañarla a un servicio de salud mental comunitario y ella estuvo de acuerdo.

Al llegar al servicio, donde son recibidos por dos trabajadoras en salud mental, Rohini se empieza a angustiar y no cesa de repetir que le quieren hacer daño. Se pone a gritar y dice que no quiere que le pongan ninguna inyección. Una enfermera —una de las dos trabajadoras en salud mental— le asegura que no le pasará nada y que solo quieren ayudarla. Entonces le pide si quiere que vayan a un lugar más tranquilo para hablar un poco y ver qué tipo de apoyo le convendría más.

La enfermera le pregunta si quiere llamar a alguien de confianza que la pueda ayudar. Rohini le responde que quisiera ver a su madre. Cuando esta llega al servicio, su hija aún está muy angustiada y sigue gritando que no quiere que le pongan ninguna inyección. La madre le explica a la enfermera que la última vez que Rohini fue a un hospital, en la capital del país, le pusieron una inyección de haloperidol (un medicamento antipsicótico) que le provocó unas contracciones musculares muy dolorosas y confusión.

La enfermera le asegura a Rohini que no le pondrán ninguna inyección de haloperidol. Entonces, ella se empieza a calmar. Durante toda la semana, Rohini trabaja con su madre, la enfermera y un médico para elaborar un plan de tratamiento y de recuperación. Le informan de las diferentes opciones de tratamiento, incluidos los beneficios y los efectos negativos, y le solicitan si cuentan con su consentimiento para el tratamiento.

Además, después de consultarlo con las personas que ella ha elegido —incluyendo su madre, el médico y la enfermera—, Rohini elabora un plan de decisiones anticipadas para que los miembros del personal sepan que nunca le deben administrar haloperidol y también para que conozcan qué tratamiento prefiere. En el plan de decisiones anticipadas, Rohini establece que, en caso de emergencia, deben ponerse en contacto con su madre para que, si así lo decide, pueda ayudarla a comunicar su voluntad en situaciones de crisis. El personal le pregunta si se quiere quedar en el servicio unos cuantos días para empezar el tratamiento, y ella responde que sí. Al cabo de tres días se encuentra mucho mejor y pronto le dan el alta.

Tras esta experiencia, Rohini decidió apuntarse a un grupo de apoyo entre iguales que cada quince días se reúne en su barrio. Estas reuniones le permiten compartir sus conocimientos y experiencias con otros miembros del grupo, que le dan apoyo emocional y práctico. También tiene previsto hacer una reunión con su jefe y los compañeros de trabajo más cercanos para explicarles qué pasó y qué medidas se pueden adoptar para apoyarla si en el futuro sufre otra crisis.

Preguntad a los participantes:

- ¿Cuáles son los aspectos positivos de este caso?
- ¿De qué manera se ha respetado la capacidad de obrar de Rohini?

En este caso, se tomaron muchas medidas para promover el derecho de Rohini a su capacidad de obrar, lo que aportó beneficios a todas las personas implicadas:

- Llevaron a Rohini a una habitación tranquila para que se calmara y no la inmovilizaron.
- Respetaron su voluntad y no le administraron haloperidol, lo que contribuyó a generar confianza con el personal.
- Rohini se sintió escuchada y respetada, lo cual tuvo un impacto positivo en su sensación de bienestar.
- Las trabajadoras del centro se esforzaron por tratar de comprender qué le pasaba en vez de emitir un juicio a toda prisa; gracias a ello, entendieron que el temor de recibir una medicación concreta contribuía de una manera significativa a su angustia.
- Con el consentimiento de Rohini, los miembros del personal se pusieron en contacto con su madre, quien les ayudó a entender qué pensaba Rohini de los medicamentos y apoyó a su hija en la toma de decisiones relativa al tratamiento.
- Rohini tuvo la oportunidad de desarrollar su propio plan de tratamiento y de recuperación con las personas que ella misma eligió.
- Le informaron de los diferentes tratamientos que podía seguir y de los efectos secundarios que conllevaban.
- Le solicitaron el consentimiento informado para el tratamiento.
- Se elaboró un plan de decisiones anticipadas para garantizar que nunca le administraran un tratamiento a base de haloperidol, ya que no lo toleraba, y para que en el futuro los miembros del personal conocieran sus preferencias en relación al tratamiento.
- No la obligaron a quedarse en el servicio en contra de su voluntad, sino que solicitaron su opinión.

Es posible que los participantes pregunten sobre el plan de decisiones anticipadas, dado que se ha hecho referencia al mismo. Explicadles que el plan de decisiones anticipadas se aborda con detenimiento en la siguiente presentación.

### **El caso de la historia de Zaitin**

Zaitin vive en casa de su abuela, pero no está a gusto y se quiere ir. Tiene 33 años y un novio con quien algún día espera casarse. Cuando se haya casado, querría irse a vivir con la familia de él. Hasta ahora, la abuela de Zaitin nunca ha tenido en cuenta sus opiniones y siempre ha tomado decisiones por ella; además, considera que las personas con discapacidad intelectual, incluida Zaitin, no deberían casarse nunca.

Zaitin cree que su abuela es sobreprotectora. Quisiera tener más independencia y tomar sus propias decisiones sobre el matrimonio, pero también quisiera mantener una buena relación con su abuela, y eso le crea muchos conflictos.

Tiene una trabajadora de apoyo, Rosa, en quien confía y a quien pide ayuda cuando debe tomar decisiones. Zaitin le explica que su abuela no está de acuerdo con ella ni con el hecho de que se quiera casar, y que ello la entristece.

Comentan la posibilidad de que Zaitin se vaya de casa de su abuela después de la boda. También hablan de varias opciones para mejorar su relación y para que Zaitin se sienta más segura e independiente. Rosa le pregunta qué le parecería mantener una reunión con su abuela para hablar de su deseo de casarse y de mudarse a otro lugar. También hablan de un plan para organizar una reunión con su abuela y los padres de su novio.

Zaitin no está segura de cuándo querría mantener estas reuniones. Después de la conversación con Rosa, decide que la semana siguiente volverán a hablar de todo esto.

Preguntad a los participantes:

- ¿Cuáles son los aspectos positivos de este caso?
- ¿De qué manera se ha respetado la capacidad de obrar de Zaitin?

Pueden ser posibles respuestas:

- Rosa no le ha dicho a Zaitin lo que debe hacer, sino que la ha escuchada con atención.
- Rosa ha podido comentar la situación con Zaitin y le ha ofrecido apoyo.
- Zaitin ha podido comentar la posibilidad de irse de casa de su abuela.
- Zaitin puede disponer del tiempo que necesite hasta que se sienta segura de su decisión.

### **Situaciones. La historia de Samir**

Ya hace tiempo que, a Samir, de 68 años, le diagnosticaron demencia. Cuando llegó al centro de acogida, tenía la sensación de que no respetaban sus decisiones. A veces le obligaban a hacer cosas que él no quería y a menudo tenía que tomar decisiones de prisa y corriendo. Al cabo de unos meses, se quejó de ello a la dirección. Desde entonces, Fadi, que trabaja en el centro, le apoya en el día a día. Cada mañana, cuando va a ver a Samir, le pregunta cómo le gustaría comenzar el día. Él a menudo tarda un rato en contestar, pero Fadi no tiene prisa y deja que se lo piense. Cuando parece que no se le ocurre nada para hacer, Fadi le sugiere algunas actividades. Entonces Samir tiene la oportunidad de elegir por sí mismo cómo quiere empezar el día.

Preguntad a los participantes:

- ¿Cuáles son los aspectos positivos de este caso?
- ¿De qué manera Fadi respeta la capacidad de obrar de Samir?

Pueden ser posibles respuestas:

- A Samir no le dicen qué debe hacer cada día.
- Fadi, su trabajador de apoyo, escucha a Samir para conocerlo y saber cuáles son sus preferencias.
- Fadi no presiona a Samir para que tome ninguna decisión.
- Cuando Samir no toma una decisión inmediatamente, Fadi deja pasar un rato antes de hacerle algunas sugerencias.
- Incluso cuando se trata de pequeñas decisiones cotidianas, Samir tiene la oportunidad de escoger cómo quiere empezar el día.



## **Presentación: La planificación de decisiones anticipadas (30 minutos)**

La planificación de decisiones anticipadas es otro tipo de apoyo que ayuda a garantizar que se tienen en cuenta y se respetan las preferencias de una persona. La planificación de decisiones anticipadas puede ser útil para todo el mundo, en especial en momentos de la vida en los que se tengan dificultades para tomar o comunicar decisiones.

La planificación de decisiones anticipadas hace referencia al proceso de dar instrucciones sobre aquellas situaciones futuras en las que las personas puedan tener dificultades para comunicar su voluntad y sus preferencias, y en las que querríamos recibir el apoyo de otras personas o que estas personas adoptasen unas medidas determinadas.

Los planes de decisiones anticipadas pueden tener dos funciones:

- Si alguien tiene dificultades para expresar su voluntad, las personas que lo apoyan y que lo atienden pueden consultar su plan de decisiones anticipadas como herramienta de comunicación y de referencia para conocer su voluntad y sus preferencias. También es útil para recordarle lo que habían comentado previamente y qué medidas habían establecido en el plan de decisiones anticipadas.
- Además, en algunos países, los planes de decisiones anticipadas también se pueden emplear como documentos legales en los que la persona autoriza —o rechaza— que en el futuro se adopten unas medidas determinadas en una situación concreta.
- A la vez, es importante recordar que los planes de decisiones anticipadas no son documentos estáticos que no admitan cambios. Los puntos de vista, la voluntad y las preferencias de las personas pueden evolucionar, y la gente puede cambiar de opinión. Por lo tanto, cuando una persona ha preparado un plan de decisiones anticipadas, es necesario que las personas que la apoyan mantengan un contacto regular con ella y le pregunten si su voluntad y sus preferencias han cambiado, y si sigue estando de acuerdo con las medidas que se propusieron en este plan.

A veces, los planes de decisiones anticipadas también se conocen como testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas.

### **Contenido de los planes de decisiones anticipadas**

- Un plan de decisiones anticipadas es un documento escrito en el que una persona especifica qué decisiones hay que tomar en el futuro. Puede incluir una descripción de los apoyos que quiere recibir, de las personas que designa para que le den apoyo y/o para que hagan valer sus derechos, de las opciones de recuperación, de los tratamientos y del lugar en el que debe ser atendida o debe descansar (incluyendo la opción de recibir apoyo domiciliario), así como instrucciones sobre su vida cotidiana y las obligaciones que debe cumplir (hijos, facturas, mascotas, etc.).
- En cuanto a las decisiones relacionadas con la salud, normalmente las personas pueden especificar en el plan de decisiones anticipadas si rechazarían unas opciones de apoyo, de atención o de tratamiento determinadas. A veces, también pueden especificar qué apoyos, tratamientos y opciones de atención estarían dispuestas a aceptar.
- Si se tiene la intención de que el plan de decisiones anticipadas cumpla las funciones de un documento legal, es necesario que se indique en qué situación entra en vigor y en qué situación deja de ser vigente.

Es posible que en algunas comunidades y culturas no exista la costumbre de redactar ciertos documentos, tales como testamentos, contratos, etc. En estos casos, será más adecuado usar otras formas de apoyo, como las redes de apoyo. Esto, sin embargo, no impide que una persona pueda comunicar verbalmente su voluntad a sus familiares, amigos y cuidadores, y a otras personas pertinentes.

Además, es posible que algunas personas *quieran* delegar, en determinados momentos, la toma de decisiones y el control en otras personas en quienes confían. El plan de decisiones anticipadas debe prever este tipo de situaciones, a condición de que respeten la voluntad y las preferencias de la persona.

Al llegar a este punto de la presentación, proyectad a los participantes el vídeo siguiente, que trata sobre el plan de decisiones anticipadas en materia de atención sanitaria.

Planning ahead – living with younger-onset dementia, Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. <https://youtu.be/8sVCoxYbLlk> (5:08) [consulta: 9 de abril de 2019].

Agradecimiento: Kate Swaffer, cofundadora, presidenta y consejera delegada de Dementia Alliance International ([www.infodai.org](http://www.infodai.org)).

## El plan de decisiones anticipadas y la ley

Algunos países han aprobado leyes específicas para que ciertos documentos de decisiones anticipadas sean vinculantes. Esto significa que todas las personas que presten atención y apoyo, incluyendo los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, tienen la obligación legal de cumplir las instrucciones recogidas en estos documentos.

Ahora bien, hay países en los que los documentos de decisiones anticipadas, a pesar de ser vinculantes, no se ajustan plenamente a la CDPD:

- En algunos países, el hecho de que una persona sea ingresada involuntariamente en un servicio de salud mental o en un servicio similar autoriza a invalidar el documento de decisiones anticipadas que haya redactado. Por lo tanto, las personas internadas involuntariamente también pueden recibir tratamiento en contra de su voluntad, pese a la existencia de un documento de decisiones anticipadas que indique lo contrario.
- Además, a menudo, el plan de decisiones anticipadas solo entra en vigor después de que se haya evaluado la competencia de la persona y que esta haya sido privada de su derecho a la capacidad de obrar. En este caso, si bien hay que seguir el contenido del plan de voluntades anticipadas, la persona ya no tiene derecho a tomar sus propias decisiones directamente ni a cambiar de opinión.

Este tipo de documentos de voluntades anticipadas pueden permitir a las personas ejercer un cierto control sobre las opciones de apoyo, de atención o de tratamiento propuestas, pero, sin embargo, no cumplen plenamente la CDPD.

### Ejemplo: la ley alemana (15)

Alemania dispone de una ley en virtud de la cual los documentos de decisiones anticipadas son vinculantes, incluso en los contextos de atención en salud mental. Cuando alguien redacta un documento de decisiones anticipadas, puede designar a una persona de apoyo para que se encargue

de hacer valer su voluntad ante los profesionales sanitarios. La ley también prevé que, si la persona no dispone de un documento de decisiones anticipadas, su presunta voluntad en cuanto al tratamiento se debe determinar tomando como base hechos específicos, tales como declaraciones verbales anteriores.

Tras la entrada en vigor de esta ley, las personas usuarias de servicios de salud mental han desarrollado un modelo de documento de decisiones anticipadas contra cualquier forma de coacción en psiquiatría, que se denomina PatVerfü.

Ahora bien, el hecho de que un país no disponga de leyes o de disposiciones legales relativas a planes o documentos de decisiones anticipadas no significa que los servicios sociales o de salud mental no puedan aplicar estos planes. Estos servicios pueden permitir a las personas redactar planes de decisiones anticipadas y animarlas a hacerlo, de manera que, cuando la situación lo requiera, se haga uso de dichos planes y se respeten las voluntades que hayan establecido en ellos.

Además, los documentos de decisiones anticipadas no sustituyen la necesidad ni el deber de respetar en todo momento la autonomía y el derecho de una persona a la capacidad de obrar. Esto significa respetar sus decisiones en materia de apoyo, de atención y de tratamiento, incluso en situaciones de crisis.

Estas cuestiones se estudian con más detalle en el módulo de formación *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas*.



### **Ejercicio 2.3: Debate sobre la planificación de decisiones anticipadas (25 minutos)**

Pedid a los participantes que lean una o más de las siguientes situaciones, que se encuentran en el anexo 1 «Casos», «Debate sobre la planificación de decisiones anticipadas»:

#### **El caso de la historia de Jasmine**

Antes de recibir el alta hospitalaria, Jasmine decide redactar un plan de decisiones anticipadas. En este documento especifica que en ningún caso quiere que le administren un tipo concreto de antidepresivos porque le provocan mucha angustia. También especifica que, cuando está deprimida, el asesoramiento individualizado le resulta muy útil.

Dos años después, Jasmine acude a una unidad de hospitalización psiquiátrica. Debe quedar ingresada porque está muy deprimida. Debido a su estado físico, le cuesta mucho comunicarse con el personal del hospital.

Mientras intentan comunicarse con ella, los miembros del personal consultan su plan de decisiones anticipadas, donde dice que no le deben administrar unos antidepresivos específicos que no le gustan. También se encargan de que vaya a unas sesiones de asesoramiento con el psicólogo del servicio. Para tener la certeza de que respetan la dignidad y la capacidad de obrar de Jasmine, le preguntan a menudo qué le parecen las medidas adoptadas.

Después de leer la situación anterior, preguntad a los participantes lo siguiente:

¿Qué consecuencias creéis que puede tener el plan de decisiones anticipadas de Jasmine?

Pueden ser posibles respuestas:

- Jasmine no es obligada a seguir ningún tratamiento en contra de su voluntad.
- El personal sabe cómo darle un apoyo eficaz.
- Es probable que se recupere más deprisa.
- Tiene la sensación de que se respetan sus deseos.

### **El caso de la historia de Hiroto**

Hiroto tiene 52 años y tiene una discapacidad intelectual. Vive con su padre y su madre, porque así lo decidió él. Sus padres, dado que son sus personas de apoyo principales, se quieren asegurar de que cuando ellos ya no estén, se sigan cumpliendo los deseos personales de su hijo. Quieren tenerlo todo listo para cuando llegue ese momento, y por ello le apoyan para que redacte un documento de voluntades anticipadas. El objetivo de este documento es que tanto su médico como los servicios sociales conozcan cuál es su voluntad.

Hiroto decide que, mientras pueda, querría seguir viviendo en casa de una manera independiente, pero que, si fuera necesario, quisiera tener la opción de vivir con su hermano. Hiroto, que confía en su hermano y mantiene una estrecha relación con él, le da permiso para que, en caso de que tenga dificultades para comunicarse con el personal de los servicios sociales, hable él. Ha pedido que, en caso de que él tenga dificultades para comunicarse, su hermano use el método que empleaban en casa, cuando, para responder a una pregunta y comunicar su voluntad y sus preferencias, Hiroto señalaba unas imágenes.

Después de leer el caso anterior, preguntad a los participantes:

¿Qué consecuencias creéis que puede tener el plan de decisiones anticipadas de Hiroto?

Pueden ser posibles respuestas:

- Se respetará su voluntad personal.
- Podrá vivir donde se sienta más cómodo y en el lugar que elija.
- En caso de que no se pueda comunicar con los miembros del personal médico, ya ha especificado que quiere que su hermano les haga saber su voluntad.
- Los demás sabrán cuáles son los métodos de comunicación que prefiere.

### **El caso de la historia de Bintou**

Bintou tiene 31 años y vive en un pueblecito con su hermana mayor, que le ofrece un apoyo constante. Le diagnosticaron autismo cuando tenía 10 años. Hace dos meses, se cayó y se rompió el tobillo. Cuando su hermana regresó del mercado, no la encontraba por ninguna parte. Finalmente, una vecina le dijo que hacía unas horas se habían llevado a Bintou al hospital para atenderla.

Bintou tiene dificultades para comunicarse verbalmente. El personal del hospital no la conocía ni sabía cómo comunicarse con ella. Cuando Bintou comenzó a angustiarse y a mostrar síntomas de desconcierto, el personal la aisló, la ató a una cama y le dio unos sedantes para que se calmara. Estaba sola y su hermana no la podía ayudar a comunicarse porque no estaba. Bintou lo vivió como una experiencia muy estresante y aterradora.

Bintou y su hermana han hablado de redactar un plan de decisiones anticipadas por si en el futuro se produce una situación parecida. Ambas quieren tener la certeza de que no se repita lo que ocurrió hace dos meses. Juntas han dejado constancia de la voluntad y de las preferencias de Bintou en el caso de que necesite apoyo para tomar decisiones por ella misma o cuando su hermana no esté. Bintou ha establecido específicamente que no quiere que la vuelvan a atar a ninguna cama ni que le den sedantes. Pide que, en caso de emergencia, su hermana sea su contacto principal.

Preguntad a los participantes:

¿Cuáles creéis que pueden ser las consecuencias del plan de decisiones anticipadas de Bintou?

Pueden ser posibles respuestas:

- No le aplicarán medidas restrictivas ni le darán medicamentos que ella no quiera.
- Podrá comunicar su voluntad directamente o a través de su hermana.
- Ha establecido que, en caso de emergencia, su hermana es la persona con la que hay que contactar para que la ayude a hacer que su voluntad y sus preferencias sean respetadas.

## Tema 3. El consentimiento informado y los planes de recuperación

Explicad a los participantes que este tema se centra específicamente en el contexto de los servicios sociales y de salud mental. Explicadles que el consentimiento informado y los planes de tratamiento y de recuperación dirigidos por la persona son esenciales para que se respete el derecho de las personas a su capacidad de obrar.



### **Presentación: El consentimiento informado (10 minutos)**

Obtener el **consentimiento informado** para un tratamiento es esencial para respetar el derecho a la capacidad de obrar.

El consentimiento informado significa que (16):

- La información que se facilita a una persona sobre el tratamiento propuesto es suficiente para que pueda tomar una decisión con conocimiento de causa e incluye, entre otras cosas:
  - los posibles beneficios y efectos / riesgos del tratamiento propuesto;
  - las posibles alternativas al tratamiento propuesto;
  - los posibles beneficios y riesgos que conlleva el hecho de no aceptar el tratamiento propuesto y/o de elegir una de las alternativas.
  
- La información se transmite de tal manera que la persona la pueda entender, además de estar adaptada a sus necesidades (por ejemplo, la persona que da la información evita utilizar términos muy técnicos que la persona que la recibe quizás no entienda o, en el caso de que la persona que la recibe sea sorda o tenga problemas de audición, añade o incorpora medios visuales a la información escrita). La información también se debe facilitar forma que, desde un punto de vista cultural y desde cualquier otra perspectiva, sea aceptable para la persona.
  
- El consentimiento al tratamiento se da voluntariamente.
  - Se da sin haber recibido amenazas ni coacciones (por ejemplo, los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas no han dicho a la persona que, si rechaza el tratamiento propuesto, la ingresarán involuntariamente en un servicio).
  - El consentimiento se da sin haber recibido influencias indebidas (por ejemplo, los profesionales no han hecho creer a la persona en cuestión que el hecho de rechazar el tratamiento propuesto puede conllevar consecuencias desagradables, como por ejemplo que le retiren ciertos privilegios).
  - El consentimiento se da sin que se hayan producido engaños, fraudes, manipulaciones ni falsas garantías (por ejemplo, los profesionales no han dicho a la persona que le administrarán una terapia relajante cuando en realidad han previsto administrarle una terapia electro-convulsiva).

Es importante tener en cuenta el riesgo de influencia indebida dado al desequilibrio de poder en las relaciones que hay en los servicios sociales y de salud mental. A veces, solo hay un paso entre apoyar a las personas para que tomen sus propias decisiones e influenciarlas de manera indebida.

Para minimizar el riesgo de influencia indebida y asegurarse de que el apoyo es lo más independiente posible, se recomienda que este apoyo proceda de fuera del servicio ([para más información sobre la](#)

dinámica de poder, véase el módulo *La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos*).

Otro punto crucial es que el derecho al consentimiento informado también incluye el derecho a rechazar el tratamiento. Esto significa que, si una persona, después de recibir información sobre las opciones de tratamiento, decide que no quiere ningún tipo de tratamiento, tiene derecho a rechazarlo y hay que respetarlo.



### **Presentación: el tratamiento dirigido por la persona y los planes de recuperación (20 minutos)**

En todo el mundo, cada vez hay más países que adoptan lo que se conoce como *abordaje de la salud mental basado en la recuperación*. El abordaje basado en la recuperación promueve, entre otros, los principios de la capacidad de obrar y del consentimiento informado, de acuerdo con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD).

- La recuperación es diferente para cada persona. La recuperación consiste en poder vivir una vida que tenga sentido para la persona, con «síntomas» o sin ellos. *El abordaje de la salud mental basado en la recuperación* empodera a las personas para que cada una emprenda su propio viaje hacia la recuperación y establezca los objetivos que quiere alcanzar en la vida.
- Los planes de tratamiento y de recuperación definen qué tratamientos o apoyo (por ejemplo, intervenciones psicosociales, asesoramiento, medicación, etc.) quieren recibir las personas y cuáles no, así como, en su caso, qué profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, o qué personas de apoyo quieren que intervengan en su asistencia y recuperación.
- Los planes de tratamiento y de recuperación respetan el derecho a la capacidad de obrar al garantizar que las personas toman todas las decisiones relativas a su propia asistencia.

En el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar encontraréis plantillas — sin llenar y ya rellenas— de un plan basado en la recuperación*.

Cuando las personas toman decisiones sobre su tratamiento y apoyo, es probable que elijan opciones que satisfagan sus necesidades y que, al mismo tiempo, estén dispuestas a comprobar si les resultan útiles. Por lo tanto, es muy probable que un apoyo o un tratamiento que hayan elegido ellas mismas sea más eficaz que otro que les haya sido impuesto (17). Esto, además, puede evitar la traumatización o la retraumatización que la coacción puede provocar.

Inicialmente, hay que ofrecer a la persona tanta información sobre las diferentes opciones como sea posible, así como la oportunidad de probar unas cuantas. A medida que el proceso de apoyo y/o de tratamiento evolucione, la persona irá adquiriendo más conocimientos sobre lo que le va bien y podrá tomar decisiones con más conocimiento de causa. Es posible que siga buscando e investigando nuevas opciones, o que encuentre una o más de una que le funcionen y que decida probarlas. Una vez más, el viaje de recuperación de cada persona es único.

Promover el derecho a decidir sobre el tratamiento y la recuperación es una parte fundamental de promover la autonomía y la independencia, y de respetar el derecho a la capacidad de obrar. También tiene un impacto positivo en el viaje de recuperación de una persona.

Al llegar a este punto de la presentación, proyectad el vídeo siguiente a los participantes:

**Peer advocacy in action. iNAPS, 2012 (13:00)** <https://youtu.be/zDkfPVG-xA4>  
[consulta: 9 de abril de 2019].

Este ejemplo ilustra una situación en la que una persona puede decidir en qué lugar de la comunidad quiere vivir después del cierre del hospital de salud mental estatal donde reside.

## Tema 4. Evitar los ingresos hospitalarios y tratamientos involuntarios en los servicios sociales y de salud mental

### Duración del tema

Aproximadamente 3 horas y 15 minutos.

Al principio de este tema, explicad a los participantes que:

En muchos países, las leyes y las políticas autorizan que una persona sea ingresada y tratada involuntariamente en los servicios sociales y de salud mental. Aunque esto es contrario a la CDPD, puede que se tarde en contar con medidas legislativas, administrativas y de otro tipo que permitan poner fin a estas leyes y políticas discriminatorias.

Mientras se lucha para conseguir el pleno cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos, hay muchas cosas que se pueden hacer para poner fin a las hospitalizaciones y los tratamientos involuntarios, y para respetar el derecho de las personas a la capacidad de obrar en estas cuestiones, incluso dentro de los marcos legales o políticos existentes.



### **Ejercicio 4.1: La experiencia del ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario (25 minutos)**

Como introducción al tema, distribuid a los participantes copias del anexo 4, «La experiencia del ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario» (18).

#### **Relato de un superviviente del sistema de salud mental, Australia**

«La experiencia de que se me llevaran en contra de mi voluntad, y no por orden de la policía o en una ambulancia, sino por culpa de mi hermana mayor, que pensaba que sabía mejor que nadie lo que me convenía, es indescriptible. Fue un ingreso hospitalario de lo más violento. Traumatizado de pies a cabeza y en estado de *shock*, el pánico de hacer frente a mi nueva realidad nunca desapareció. Me maltrataron, me pusieron inyecciones a la fuerza y me retuvieron contra mi voluntad durante más de un mes [...].

Aparte del sentimiento de desempoderamiento y de humillación que conlleva la hospitalización involuntaria, a menudo, no son los derechos de los otros los que se vulneran, sino, justamente, los de los mismos pacientes, y no son los otros los que sufren daño, sino, justamente, los pacientes que supuestamente representan un riesgo para los demás. Y, lo que es peor, es que la mayoría de las veces nadie cree a estos pacientes: se les acusa de desvariar y de ser unos desagradecidos. Esto, en sí mismo, es un obstáculo para la verdadera curación, porque el hecho de recibir un trato inhumano hace que no te puedas considerar como un ser humano. Si bien para algunos pacientes la sala psiquiátrica es un lugar seguro, para muchos no es más que una prisión [...].

Sigue habiendo un desequilibrio de poder enorme, no solo durante la hospitalización, sino también cuando las órdenes de la comunidad dictan qué medicamentos deben tomar los pacientes cuando ya no están hospitalizados. Dado que el incumplimiento de estas órdenes conlleva nuevos encarcelamientos, en el fondo no deja de ser una manera de controlarlos. La mayoría de los pacientes salen de este sistema con todos sus sueños destrozados y con una vida constantemente vigilada por

el sistema del que nunca podrán escapar. Esto vulnera nuestros derechos humanos, tal como recoge la Convención de las Naciones Unidas.»

Dad cinco minutos a los participantes para que lean los extractos de este testimonio. Cuando hayan terminado de leer el documento, preguntadles:

- ¿Qué os ha parecido este testimonio?

Puede que algunas personas con experiencia vivida defiendan la hospitalización y el tratamiento involuntarios porque a ellas les fueron bien. Aunque hay que respetar estas opiniones, es importante tener en cuenta que, si los servicios les hubieran ofrecido la posibilidad de elegir medidas no coactivas, quizás no habrían escogido la hospitalización y el tratamiento involuntarios.

Tras el debate, proyectad a los participantes la siguiente presentación.



**Presentación: ¿Qué dice la CDPD del internamiento y el tratamiento involuntarios? (40 minutos)**

De ahora en adelante, el módulo se centrará en la cuestión del ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario en los servicios sociales y de salud mental. Aclarará el vínculo entre el derecho a la capacidad de obrar (artículo 12 de la CDPD), otros artículos de la Convención, y la cuestión del ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario. Esta cuestión puede ser delicada y es posible que genere una fuerte resistencia por parte de los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, así como de los familiares. Por lo tanto, es importante debatirla y asegurarse de que todo el mundo la comprende bien.

A menudo, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son internadas en los servicios sociales y de salud mental en contra de su voluntad. Es lo que se conoce como ingreso hospitalario involuntario, forzoso o bajo coacción, o como ingreso hospitalario sin consentimiento informado.

A veces, las personas pueden ingresar voluntariamente en los servicios sociales y de salud mental porque no hay ninguna otra alternativa. Entonces se les puede denegar el derecho a salir y, por tanto, en la práctica, están internadas en contra de su voluntad.

Además, a veces, los sin techo son enviados a servicios y a instituciones en contra de su voluntad porque se cree que allí estarán mejor o porque se considera que en la calle molestan.

A menudo, las personas internadas en contra de su voluntad son sometidas a un tratamiento forzoso. También es posible que una orden de tratamiento comunitaria, una resolución judicial o algún otro instrumento jurídico las obligue a someterse a un tratamiento forzoso en la comunidad.

El ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario pueden durar días, semanas, meses e incluso años.

Algunas leyes permiten internar y tratar a las personas cuando se les ha diagnosticado —o se cree que tienen— un trastorno o una discapacidad determinada. La ley puede exigir otros criterios (tales como que se considere que la persona necesita atención y tratamiento, o que su salud puede empeorar si no recibe tratamiento, que se considere que es peligrosa para ella misma o para los demás).

Estas leyes discriminan a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, dado que permiten internarlas en situaciones en las que otras personas no serían internadas involuntariamente. Incluso personas que presentan un riesgo de violencia más elevado (como miembros de bandas criminales, personas que beben alcohol y tienen antecedentes de violencia doméstica) no pueden ser internadas porque presenten un riesgo de violencia más elevado.

En este punto de la presentación, pedid a los participantes que expresen sus opiniones y sentimientos sobre el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntario. Es importante que las personas que no hayan vivido un ingreso hospitalario o tratamiento involuntario traten de imaginarse cómo se sentirían en esta situación. Para fomentar el debate, se pueden formular las siguientes preguntas:

- ¿Cómo os sentiríais si os ingresaran y os sometieran a un tratamiento en contra de vuestra voluntad?
- ¿Cómo os sentisteis cuando os internaron y os sometieron a un tratamiento en contra de vuestra voluntad?

Tras el debate, pedid a los participantes que tomen las hojas de la CDPD y seguid la presentación con lo siguiente:

La CDPD pretende abordar esta situación ofreciendo una orientación clara sobre cómo cambiar las prácticas y las leyes.

Tal y como se explica en el módulo *La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos*, todos los derechos amparados por la CDPD están interrelacionados. Muchos de estos derechos refuerzan que las personas no deben ser internadas ni deben recibir ningún tratamiento en contra de su voluntad, ni siquiera por el hecho de que tengan una discapacidad.

### **Artículo 5. Igualdad y no discriminación**

Según el artículo 5, las personas con discapacidad deben poder disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones con el resto de personas. Por lo general, las personas que son tratadas por problemas de salud física no pueden ser internadas en los servicios sanitarios ni pueden recibir un tratamiento si antes no han dado su consentimiento informado. El hecho de que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva puedan ser internadas y puedan recibir un tratamiento en contra de su voluntad constituye una discriminación por motivos de discapacidad, lo cual viola el artículo 5.

### **Artículo 12. Reconocimiento igual como personas ante la ley**

El artículo 12 es fundamental e imprescindible para el resto de los artículos de la CDPD. Al proteger el derecho a la capacidad de obrar, la CDPD garantiza que las personas tengan derecho a decidir sobre todos los aspectos de su vida, incluyendo los relacionados con su atención y tratamiento. Esto significa que, antes de internarlas o de someterlas a un tratamiento en un servicio de salud mental o en un servicio relacionado, siempre es necesario haber obtenido su consentimiento informado. Los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas deben procurar, sobre todo, tener un trato directo con la persona y no solo con sus familiares o personas de apoyo. También deben procurar garantizar que la persona no es influenciada indebidamente por sus familiares, cuidadores u otras personas de apoyo al tomar una decisión sobre la atención o el tratamiento.

Los profesionales también deben asegurarse de que las personas reciban un apoyo adaptado a su discapacidad y cualquier otra necesidad para tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención y el tratamiento.

#### **Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona**

El artículo 14 garantiza el derecho a la libertad y a la seguridad. Especifica que «la discapacidad en ningún caso justifica la privación de libertad».

Esto significa que una discapacidad nunca puede ser una razón para privar a nadie de su libertad. Las personas con discapacidad solo pueden ser privadas de libertad en las mismas condiciones (o por los mismos motivos) que el resto de los ciudadanos (por ejemplo, a consecuencia de una condena penal).

Por lo tanto, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva nunca deben ser internadas en servicios sociales ni en instituciones de salud mental por el hecho de tener una discapacidad (diagnosticada o percibida), *ni siquiera en caso* de que haya otros criterios adicionales (como el peligro de que se puedan hacer daño o de que puedan infligirlo a otros, que necesiten un tratamiento médico, etc.) (19).

#### **Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

El ingreso y el tratamiento involuntarios en los servicios sociales y de salud mental suelen provocar un gran dolor y sufrimiento a las personas, y pueden conllevar consecuencias muy negativas para su salud y su bienestar. El ingreso y el tratamiento involuntarios se viven —y son considerados— como actos violentos y ofensivos que pueden equivaler a la tortura y al maltrato y que, por tanto, vulneran los artículos 15 y 16 de la CDPD (20), (21).

#### **Artículo 17. Protección de la integridad personal**

El artículo 17 reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las otras personas. El ingreso hospitalario y el tratamiento forzosos vulneran la integridad física y mental de las personas y, por lo tanto, son contrarios al artículo 17.

#### **Artículo 19. Derecho a vivir de manera independiente y a la inclusión en la comunidad**

El artículo 19 establece que las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de una manera independiente y a ser incluidas en la comunidad. Deben poder «elegir su lugar de residencia, y dónde y con quién vivir en igualdad de condiciones con las otras», y no se deben ver obligadas a vivir de acuerdo con un sistema de vida específico. Por lo tanto, el ingreso hospitalario involuntario de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva en los servicios sociales o de salud mental constituye una vulneración directa del artículo 19.

#### **Artículo 22. Respeto a la privacidad**

El ingreso hospitalario en servicios sociales y de salud mental puede vulnerar el derecho a la intimidad de las personas.

Por ejemplo, cuando las personas son internadas y sometidas a un tratamiento en contra de su voluntad, a menudo se permite que los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas tengan acceso a su información personal sin haber obtenido su consentimiento.

Las personas pueden dar información personal a su profesional en salud mental y luego descubrir que esta información se ha facilitado a muchas otras personas, como al médico de cabecera, a un trabajador social, a la policía, a las autoridades de inmigración o incluso a sus familiares.

Además, las personas no suelen tener intimidad, porque los profesionales sanitarios y otros trabajadores pueden entrar en su habitación sin su consentimiento, porque no tienen ningún lugar para guardar sus cosas personales, etc.

## Artículo 25. Salud

El artículo 25 exige explícitamente que los profesionales sanitarios presten asistencia en base a un consentimiento libre e informado, lo que significa que solo se puede administrar un tratamiento a una persona si da *explícitamente* su consentimiento informado.

### En resumen:

Estos son algunos de los principales artículos de la CDPD que se vulneran cuando se producen ingresos y tratamientos involuntarios. Sin embargo, también hay otros artículos que se vulneran con frecuencia (por ejemplo, el artículo 6: las mujeres con discapacidad corren el riesgo de recibir un trato injusto; el artículo 27: se produce una interrupción del trabajo y de las oportunidades de trabajo; el artículo 29: se deniega la participación en la vida política y pública, y el artículo 30: a menudo se limita la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el ocio y el deporte).

A pesar de que el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios vulneran los derechos amparados por la CDPD, en muchos países de todo el mundo las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva siguen siendo objeto de estas prácticas en los servicios sociales y de salud mental.

Es necesario que existan mecanismos de supervisión y de revisión para garantizar que las personas no son internadas ni tratadas involuntariamente, y si se descubre que una persona ha sido internada o tratada involuntariamente, es necesario liberarla de inmediato. De hecho, la necesidad de una supervisión independiente en las instalaciones y los servicios para personas con discapacidad es una cuestión que se recoge explícitamente en el artículo 16 de la CDPD.

Al terminar esta presentación, pedid a los participantes si hay algún concepto que no les haya quedado claro.



### Ejercicio 4.2: ¿Qué se hace en mi país? (1 hora)

Para este ejercicio, pedid a los participantes que se reúnan en el centro de la sala. Explicadles que les leeréis una afirmación. Si están a favor, se deberán desplazar hacia la (derecha) y, si están en contra, se deberán desplazar hacia la (izquierda).

Si los participantes tienen problemas de movilidad, les podéis pedir que levanten la mano si están de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación.

***A veces, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva necesitan recibir tratamiento en contra de su voluntad.***

Pedid a los participantes que expliquen por qué han decidido estar de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación anterior. Podéis escribir las ideas en la pizarra y, si es posible, pedid a los participantes que debatan sus ideas directamente entre ellos.

Si todos los participantes están de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación anterior, divididlos al azar en dos grupos y pedid a un grupo que piense en razones a favor de la afirmación y al otro que piense en razones en contra.

Posibles opiniones que se podrían expresar **a favor** de esta afirmación:

- Por su propia seguridad, a veces (por ejemplo, en situaciones de emergencia) puede ser necesario someter a las personas a un tratamiento forzoso.
- Si alguien representa un peligro para sí mismo o para los demás, puede ser necesario tratarlo en contra de su voluntad para que nadie corra peligro.
- Puede ser necesario tratar a alguien en contra de su voluntad si se cree que el hecho de no hacerlo empeoraría su estado.
- A veces, es necesario un tratamiento involuntario para que las personas puedan recuperar su habilidad o capacidad para tomar decisiones futuras sobre su tratamiento.
- Cuando el tratamiento es impuesto, es más eficaz y la persona mejora más deprisa.
- Es posible que la persona no esté en condiciones de saber qué es lo que más le conviene, tanto ahora como en el futuro.

Posibles opiniones que se podrían expresar **en contra** de esta afirmación:

- El derecho al consentimiento informado para el tratamiento es tan fundamental que nadie debe verse privado de él.
- Las personas con discapacidad psicosocial, cognitiva o intelectual deben tener los mismos derechos que las otras personas.
- Todas las personas son libres de correr los mismos riesgos y de cometer los mismos errores.
- El hecho de que alguien tenga una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no quiere decir que represente automáticamente un riesgo para los demás y que, por lo tanto, necesite tratamiento. Por ejemplo, la sociedad suele establecer un paralelismo entre las personas con discapacidad psicosocial y la peligrosidad, la violencia y la delincuencia. En realidad, sin embargo, las personas con discapacidad psicosocial, junto con las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, tienen muchas más probabilidades de ser objeto de violencia, de abusos y de delitos que el resto de la población.
- La «peligrosidad», que a menudo se invoca para justificar el tratamiento involuntario cuando la persona representa un riesgo para sí misma o para los demás, es muy difícil de predecir y es un término muy subjetivo. Otras personas no son tratadas en contra de su voluntad, aunque su vida corra peligro. Debemos tratar a las personas con discapacidad de la misma manera que tratamos a las demás.
- El hecho de disponer unos procedimientos y unos tratamientos sanitarios separados para las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva es discriminatorio.
- A menudo, el tratamiento involuntario es la opción más fácil y las personas se ven privadas de sus derechos porque no queremos invertir en alternativas mejores ni en prestar una atención de alta calidad.

- Cuando se trata de otras personas —por ejemplo, que tengan cáncer o sida, o que sean testigos de Jehová y necesiten una transfusión de sangre—, aunque su vida dependa de un tratamiento no se les impone un tratamiento forzoso. Si queremos una sociedad justa, debemos conservar el derecho a decidir por nosotros mismos y a decir «no».

Ahora, preguntad a los participantes:

- Tras este debate, ¿hay alguien que haya cambiado de opinión?

Esta es una buena oportunidad para que los participantes comenten lo que les ha hecho cambiar (o no) de opinión. Es posible que en muchos casos aun estén firmemente convencidos de su opinión inicial. La tarea del formador consiste en ayudar a los participantes a avanzar hacia una nueva comprensión; es decir, que se pueden hacer muchas cosas para evitar el tratamiento involuntario y que la situación sobre el terreno (falta de recursos, marco legislativo) o la creencia de que la coacción puede ser necesaria en situaciones extremas **no deben impedir que la gente se esfuerce continuamente por encontrar soluciones y prácticas no coactivas.**

Si consideráis que es necesario y disponéis de tiempo suficiente, podéis repetir este ejercicio, pero centrándoos en el ingreso hospitalario involuntario. En este caso, los participantes podrían debatir la siguiente afirmación:

***A veces, las personas con discapacidad psicosocial deben ser internadas involuntariamente en centros de salud mental.***

Es probable que muchas de las posibles opiniones y respuestas a esta pregunta se parezcan mucho a las opiniones y respuestas sobre el tratamiento involuntario.



### **Ejercicio 4.3: Caso en el que se evitan las medidas coercitivas (40 minutos)**

Pedid a los participantes que consideren el siguiente caso, que encontrarán en el anexo 1: Caso sobre cómo evitar medidas coactivas.

#### **El caso de George**

Una noche, la policía llevó a George al servicio de urgencias del hospital. Estaba angustiado, inquieto y ansioso, y gritaba y hacía gestos violentos. Los médicos, sin hacerle una evaluación completa y sin ponerse en contacto con sus personas de apoyo para tratar de comprender mejor lo que le pasaba, decidieron que George no estaba en condiciones de vivir en la comunidad y que necesitaba tratamiento. Él dejó muy claro que no quería someterse a ninguno.

El médico jefe decidió que la manera más rápida de tratar esta situación era haciendo que cuatro miembros del personal lo sujetaran, lo llevaran a una sala de aislamiento, le ataran los brazos y las piernas a la cama y le inyectaran un antipsicótico.

Al cabo de una semana, George sigue en el hospital. Desconfía mucho del personal y todavía opone resistencia al tratamiento. Por ello, lo medican con regularidad sin que él lo sepa: el personal esconde los medicamentos en la comida. Cada vez está más deprimido y aislado, no quiere hablar con nadie y no muestra ningún signo de mejora.

Preguntad a los participantes:

- ¿Qué se hizo mal en esta situación?

Dejad que los participantes den su opinión.

Posibles respuestas:

- Nadie se preocupó de escuchar a George para comprender mejor por qué estaba angustiado. Se hicieron suposiciones precipitadas sobre su estado mental y sus necesidades.
- Se le medicó, aunque había dicho claramente que no quería ningún fármaco.
- Lo medican sin que él lo sepa. Esto significa que no le facilitan la información adecuada y que no han obtenido su consentimiento para el tratamiento. Es probable que esto tenga un impacto a largo plazo en su bienestar futuro, además de dañar su confianza en el personal y en el tratamiento.
- La manera como se trató a George fue perjudicial para su salud mental y su bienestar. Nadie escuchó sus preocupaciones y se dio por hecho que eran consecuencia de un trastorno de salud mental.
- Nadie se puso en contacto con las personas de apoyo de George para tratar de comprender su punto de vista, aunque habrían podido aportar una información muy valiosa para entender la situación y habrían podido ofrecer apoyo emocional y práctico a George (por ejemplo, ayudándole a tomar decisiones sobre su situación y su tratamiento, y ayudándole a comunicar con más contundencia su derecho a rechazar el tratamiento).
- Le pusieron correas y lo encerraron en una sala de aislamiento para someterlo a una medicación forzosa.
- En el caso de George, ¿qué derechos de la CDPD se vulneraron?

Las acciones llevadas a cabo por parte del personal vulneran el derecho de George a:

- Reconocimiento igual como personas ante la ley (artículo 12 de la CDPD).
- Libertad y seguridad de la persona (artículo 14 de la CDPD).
- Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15 de la CDPD).
- Protección contra la explotación, la violencia y el abuso (artículo 16 de la CDPD).
- Protección de la integridad personal (artículo 17 de la CDPD).
- Salud (artículo 25 de la CDPD).

Preguntad a los participantes:

- ¿Qué se habría podido hacer de otra manera?

Posibles respuestas:

- El personal se habría podido preocupar de escuchar a George y de hablar con él para averiguar y comprender por qué no quería recibir tratamiento, en vez de recurrir a un tratamiento forzoso/encubierto, a la inmovilización física y al aislamiento.
- El personal habría podido tranquilizar a George asegurándole que respetarían su voluntad y sus preferencias, y que no harían nada en contra de su voluntad.

- Alguien se habría podido poner en contacto con las personas de apoyo propuestas por George, o con algunos amigos o familiares en los que él confiara, para tratar de encontrar una manera de comprender su pasado y su punto de vista, y de amparar sus derechos.
- Alguien habría podido comentar con George los pros y contras de recibir (o de no recibir) el tratamiento.
- Antes de llegar a esta situación, se habría podido apoyar a George para que, cuando se encontraba bien, hubiera redactado un plan de decisiones anticipadas o un documento de voluntades anticipadas. De esta manera, se habría sabido claramente cuál era su voluntad y cómo había que actuar ante una crisis. Un documento de voluntades anticipadas legalmente vinculante habría dado a George la garantía de que, si en el futuro tenía una crisis, su voluntad sería respetada y no lo someterían a ningún tratamiento forzoso.
- Antes de que la situación se agravara, se habría podido animar a George a que nombrara una persona de confianza en su plan de decisiones anticipadas o documento de voluntades anticipadas que, en caso de crisis, se encargara de comunicar su voluntad. También habría podido incluir una persona de contacto para las situaciones de emergencia.
- Se habría podido facilitar a la persona de contacto de George un grupo de defensa de los derechos en salud mental, como una organización no gubernamental dirigida por pares que proporciona asistencia jurídica.
- Se habrían podido usar técnicas de desescalada u otras medidas alternativas (este tema se trata a fondo en el módulo *Estrategias para poner fin al aislamiento y a la contención*).

Seguid con el debate preguntando a los participantes:

- Si la voluntad y las preferencias de George se hubieran respetado, ¿cuál creéis que habría sido el resultado?

Posibles respuestas:

- Se habrían respetado los derechos humanos de George.
- Se habría evitado el tratamiento forzoso y el uso del aislamiento y de la inmovilización física.
- Se habría evitado el ingreso hospitalario de George.
- El personal habría podido empezar a desarrollar una relación con George basada en la confianza.
- George habría tenido la sensación de que se le había respetado, de manera que, si en el futuro tuviera otra crisis, sería más probable que buscara ayuda.
- George se habría sentido menos aislado y menos deprimido, porque la gente habría tomado la iniciativa de asegurarse de que se sentía más conectado y que estaba predispuesto a trabajar con los demás para superar esta difícil situación.
- El servicio no habría sometido a George a prácticas coactivas y le habría proporcionado una atención y un apoyo de más calidad.
- Se habría apoyado el viaje de recuperación de George.



#### **Ejercicio 4.4. Una situación difícil (30 minutos)**

Este ejercicio permitirá que los participantes empiecen a considerar diferentes opciones que podrían poner en práctica para evitar el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios, y para que las personas puedan disfrutar de sus derechos, incluyendo el de la capacidad de obrar, incluso en las situaciones más difíciles.

Leed el caso siguiente con los participantes:

##### **El caso de Soren**

Una mañana, una joven llamada Soren es llevada al servicio local de salud mental. Se ha intentado suicidar saltando desde un puente, pero cerca había unas agentes de policía y se lo han impedido. Soren le explica al trabajador en salud mental que todavía se quiere suicidar. No quiere ningún tratamiento y pide que la dejen volver a casa, donde vive sola. Soren no ha redactado ningún plan de decisiones anticipadas ni ningún documento de voluntades anticipadas.

Preguntad a los participantes:

- ¿Qué medidas positivas creéis que se podrían adoptar en la situación anterior para apoyar a Soren y evitar el ingreso hospitalario y/o el tratamiento involuntario?

Posibles respuestas del grupo:

- Alguien le podría preguntar a Soren qué cree que le ayudaría a encontrarse mejor y si hay un lugar seguro donde le gustaría recibir apoyo.
- El personal debería tratar de comprender por qué se quiere suicidar.
- Habría que ayudarla a identificar a las personas en las que confía y que se podrían quedar con ella.
- Si no es posible encontrar a ninguna persona en la que ella confíe, se le podría dar la oportunidad de hablar con un trabajador par que haya recibido formación.
- Alguien podría tratar de comprender por qué no quiere un tratamiento, y si solo rechaza un tipo de tratamiento en concreto o todos los tratamientos en general.
- Se le podría sugerir que ahora mismo es mejor que no esté sola (lo cual podría significar quedarse en un lugar que no sea su casa, seguro y donde no esté sola, como en casa de un familiar de confianza).
- Se le podría preguntar si quiere recibir apoyo domiciliario o ir a un centro de día de su comunidad, o si se quiere quedar un par de días en el servicio, donde recibirá atención y apoyo.
- Para evitar que esta situación se repita, se podría animar a Soren, en un momento adecuado después de la crisis, a redactar un plan de decisiones anticipadas / un documento de voluntades anticipadas para que, si en el futuro se produce una situación similar, la gente sepa cómo ayudarla.

Seguid con el debate explicando a los participantes cómo terminó la historia de Soren:

### El caso de la historia de Soren: un resultado positivo

En el servicio, la enfermera jefa le pregunta a Soren qué le ayudaría en estos momentos. Soren le dice que, si pudiera ver a su hermana para explicarle la angustia que siente, se sentiría más segura.

Soren también le cuenta que acaba de perder el trabajo y que está desesperada porque no sabe qué hará para salir adelante en el futuro. La enfermera le dice que, si ella quiere, pueden trabajar juntas durante las próximas semanas para tratar de resolver este problema, explorar diferentes opciones y recursos de ayuda económica, e intentar encontrar otro trabajo. La hermana de Soren le dice que puede irse a vivir con ella hasta que se encuentre mejor.

La enfermera también propone a Soren que acuda al servicio de salud mental dos veces por semana, o más a menudo, para recibir asesoramiento y estudiar otras opciones de atención y de apoyo.

La semana siguiente, Soren dice que ahora se siente escuchada y segura, y que ha recibido la ayuda necesaria, y también que está convencida de que tanto su hermana como el personal del servicio le proporcionan el apoyo que necesita. Además, sigue explorando otros servicios y apoyos que existen en la comunidad.

Después de este estudio de caso, preguntad a los participantes:

- ¿Qué pensáis del apoyo que ha recibido Soren en este caso?

Es importante permitir que los participantes expresen abiertamente sus opiniones y lo que les pueda preocupar del caso. Es posible que a los familiares y a los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas les preocupe la seguridad de la persona. También es posible que el personal sanitario plantee dudas en términos de responsabilidad si no recurren a medidas coactivas, como el ingreso y el tratamiento involuntarios.

Recalcad a los participantes que:

En una situación como esta, no se debe permitir que nadie se vaya a casa solo sin haberle ofrecido ningún apoyo. Hay que proporcionar a las personas opciones de apoyo que respeten sus derechos, incluido el derecho a la capacidad de obrar, y a la libertad y a su seguridad. Un ejemplo sería el apoyo de alguien en quien estas personas confíen y que se pueda quedar con ellas o que pueda comprobar con regularidad cómo están. Quizás sea necesario escucharlas con atención y, a veces, pensar de una manera creativa y original, pero esto es fundamental, porque la coacción es contraproducente y perjudicial.

También es importante señalar que los documentos de voluntades anticipadas pueden proporcionar un marco útil para garantizar las decisiones, la voluntad y las preferencias de las personas en situaciones en las que presentan una gran angustia emocional. Si la preferencia de una persona es que, en un momento determinado del futuro y en unas circunstancias concretas, la ingresen y la sometan a un tratamiento (incluso en contra de su voluntad) en ese momento específico, es necesario que lo pueda especificar en un documento de voluntades anticipadas, y hay que respetar ese documento. En algunas jurisdicciones, este tipo de disposiciones en documentos de voluntades anticipadas se denominan «cláusulas Ulises». Ahora bien, esto no debe impedir que se haga todo lo posible para ofrecer a las personas opciones no coactivas.

Después del ejercicio, proyectad a los participantes el siguiente vídeo:

*Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health* (2:43 minutos), <https://youtu.be/GTURfplghls> [consulta: 9 de abril de 2019].

El vídeo explica cómo Neil Laybourn, un peatón, evitó que Jonny Benjamin saltara de un puente simplemente hablando con él y escuchándolo.



### **Finalización de la formación (5 minutos)**

Para terminar esta sesión, preguntad a los participantes:

¿Cuáles son los puntos clave que habéis aprendido en esta sesión?

Seguid con el debate con los siguientes puntos clave de la sesión de hoy.

- Todas las personas tienen derecho a la capacidad de obrar y a tomar decisiones sobre todos los aspectos de su vida.
- Hay que reconocer, cuestionar y cambiar los supuestos negativos, el estigma y los estereotipos sobre las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. Las personas PUEDEN decidir sobre todos los aspectos de su vida (incluso sobre su tratamiento, su lugar de residencia y sus asuntos económicos y personales).
- Los planes de tratamiento y de recuperación, y el respeto por el consentimiento informado, el apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas son medidas importantes para garantizar que las personas puedan ejercer su derecho a la capacidad de obrar en igualdad de condiciones con el resto.
- Las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva tienen derecho a que no las internen en servicios sociales y de salud mental.
- Tienen derecho a no recibir ningún tratamiento sin su consentimiento.
- La coacción es perjudicial para el bienestar de las personas y siempre hay que buscar alternativas.

## Referencias

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20we%20b.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
2. Independent but not alone. Global report on the right to decide [publicación en línea]. Londres: Inclusion International; 2014. Disponible en: <http://inclusion-international.org/wpcontent/uploads/2014/06/Independent-But-Not-Alone.pdf> [consulta: 2 de febrero de 2017].
3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No 1 (2014), CRPD/C/GC/1, Article 12 (Equal recognition before the law) at the Eleventh session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 31 March - 11 April 2014. Ginebra: Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2014. Disponible en: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 de enero de 2007. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2007. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-personswith-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, [consulta: 20 de noviembre de 2018].
5. United Nations (UN) Enable. International agreement on the rights of disabled people (versión de lectura fácil) [en línea]. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2012. Disponible en: <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/6761.pdf> [consulta: 2 de febrero de 2017].
6. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 3 (2016), CRPD/C/GC/3, on women and girls with disabilities [publicación en línea]. Ginebra: Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2016. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGC%2f3&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGC%2f3&Lang=en) [consulta: 18 de noviembre de 2018].
7. Transforming social care homes in Ukraine. Proposals regarding the Slavyansk and Svyatoshinsky social care homes. Hilversum: Human Rights in Mental Health - FGIP; 2018. Disponible en: <https://www.gip-global.org/files/ss-fin-eng.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
8. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations General Assembly Resolution A/RES/61/106: Article 12 – Equal recognition before the law. Nueva York (NY): Naciones Unidas; enero de 2007. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-personswith-disabilities/article-12-equal-recognition-before-the-law.html> [consulta: 8 de febrero de 2017].
9. Circles of support [Internet]. Reading: Circles Network; 2017. Disponible en: [http://www.circlesnetwork.org.uk/index.asp?slevel=0z114z115&parent\\_id=115](http://www.circlesnetwork.org.uk/index.asp?slevel=0z114z115&parent_id=115) [consulta: 8 de febrero de 2017].
10. Choices. Swedish Personal Ombudsman service (PO) for people with mental health problems. Bruselas: Choices; 2014. Disponible en: <http://www.right-to->

[decide.eu/2014/08/swedishpersonal-ombudsman-service-po-for-people-with-mental-health-problems/](http://decide.eu/2014/08/swedishpersonal-ombudsman-service-po-for-people-with-mental-health-problems/) [consulta: 9 de febrero de 2017].

11. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 5, Article 9, on living independently and being included in the community. Document CRPD/C/GC/5 [publicación en línea]. Ginebra: Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2017. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGC%2f5&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGC%2f5&Lang=en) [consulta: 18 de noviembre de 2018].
12. Finland Open Dialogue [Internet]. Eugene (OR): MindFreedom International; 2017. Disponible en: <http://www.mindfreedom.org/kb/mental-health-alternatives/finland-open-dialogue> [consulta: 9 de febrero de 2017].
13. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006; 16(2): 214–28. Disponible en: doi: <https://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490>.
14. Department of Constitutional Affairs. Mental Capacity Act, 2005, Code of Practice. Londres: The Stationery Office on behalf of the Department for Constitutional Affairs; 2005. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf) [consulta: 9 de febrero de 2017].
15. Wiesing U, Jox RJ, Hessler HJ, Borasio GD. A new law on advance directives in Germany. *J Med Ethics.* 2010; 36(12): 779-83. Disponible en: doi: <https://10.1136/jme.2010.036376>.
16. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, 10 de agosto de 2009 (documento A/64/272). Ginebra: Naciones Unidas; 2009. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf> [consulta: 8 de febrero de 2017].
17. Stanhope V, Barrenger SL, Salzer MS, Marcus SC. Examining the relationship between choice, therapeutic alliance and outcomes in mental health services. *J Pers Med.* 2013; 3(3): 191-202. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.3390/jpm3030191>.
18. Mental health: a closed door policy. Isle of Capri (QLD): Independent Australia; 3 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://independentaustralia.net/life/life-display/mental-health-a-closed-doorpolicy-8443> [consulta: 9 de febrero de 2017].
19. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (párrafo 12). Ginebra: Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2015. Disponible en: [www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc) [consulta: 9 de febrero de 2017].
20. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 28 de julio de 2008 (documento A/63/175). Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2008. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/UNStudiesAndReports.aspx> [consulta: 2 de febrero de 2017].

# Anexos

## Anexo 1. Casos

### **Tema 1. Ejercicio 1.2: Denegación de la capacidad de obrar: Soledad<sup>1</sup>**

Soledad tiene 40 años y hace diez que vive en un hogar de atención social.

Vive en una habitación pequeña y limpia, que comparte con una compañera que no eligió. La llevaron allí debido a los cambios de humor que sufría y porque perdía la memoria. Tiene varias infecciones y describe su salud como mala.

Los días, siempre presididos por la misma rutina —levantarse temprano, lavarse un poco, comer, descansar obligatoriamente, como si tuviera 3 años, y hacer ejercicio dos veces por semana (una hora en el patio del hogar, rodeado de una valla)— se le hacen largos y aburridos.

Las oportunidades para salir del hogar son bien escasas. A todos los residentes se les dice que el mundo exterior es extremadamente peligroso y que si los tienen encerrados bajo llave es por su propia seguridad. En muchos casos han interiorizado ese miedo y por eso prefieren no salir.

Soledad no tiene ninguna posibilidad de huir de la rígida vida en el hogar, donde la individualidad no tiene cabida y donde no le permiten dedicarse a sus aficiones: tocar el piano y cantar.

Está convencida de que, si la dejaran hacer, podría conseguir un trabajo, por ejemplo, en un taller de costura. A menudo, la calidad de vida radica en las pequeñas cosas. Le gusta leer, pero se le rompieron las gafas y, aunque ha pedido otras al personal de la residencia, parece que nunca la escuchan. La antena de su pequeño televisor está rota, pero nadie sabe cómo repararla.

Le encantaría recibir más atención y afecto por parte del personal. Si los residentes no cumplen las normas y el reglamento, a veces son amenazados con el uso de camisas de fuerza o con atarlos a la cama.

### **Tema 2. Ejercicio 2.2: Casos de apoyo a la toma de decisiones: Rohini**

Rohini es una mujer de 27 años. Sus compañeros de trabajo se empezaron a preocupar al advertir cambios importantes en la forma en que se comportaba. Entonces le sugirieron acompañarla a un servicio de salud mental comunitario y ella estuvo de acuerdo.

Al llegar al servicio, donde son recibidos por dos trabajadoras en salud mental, Rohini se empieza a angustiar y no cesa de repetir que le quieren hacer daño. Se pone a gritar y dice que no quiere que le pongan ninguna inyección. Una enfermera —una de las dos trabajadoras en salud mental— le asegura

---

<sup>1</sup> Transforming social care homes in Ukraine. Proposals regarding the Slavyansk and Svyatoshinsky social care homes. Hilversum: Human Rights in Mental Health - FGIP; 2018. <https://www.gip-global.org/files/ss-fin-eng.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].

que no le pasará nada y que solo quieren ayudarla. Entonces le sugiere si quiere que vayan a un lugar más tranquilo para hablar un poco y ver qué tipo de apoyo le convendría más.

La enfermera le pregunta si quiere llamar a alguien de confianza que la pueda ayudar. Rohini le responde que quisiera ver a su madre. Cuando esta llega al servicio, su hija aun está muy angustiada y sigue gritando que no quiere que le pongan ninguna inyección. La madre le explica a la enfermera que la última vez que Rohini fue a un hospital, en la capital del país, le pusieron una inyección de haloperidol (un medicamento antipsicótico) que le provocó unas contracciones musculares muy dolorosas y confusión.

La enfermera le asegura a Rohini que no le pondrán ninguna inyección de haloperidol. Entonces, ella se empieza a calmar. Durante toda la semana, Rohini trabaja con su madre, la enfermera y un médico para elaborar un plan de tratamiento y de recuperación. Le informan de las diferentes opciones de tratamiento, incluidos los beneficios y los efectos negativos, y le piden si tienen su consentimiento en cuanto al tratamiento.

Además, después de consultarlo con las personas que ella ha elegido —incluyendo su madre, el médico y la enfermera—, Rohini elabora un plan de decisiones anticipadas para que los miembros del personal sepan que nunca le deben administrar haloperidol y también para que conozcan qué tratamiento prefiere. En el plan de decisiones anticipadas, Rohini establece que, en caso de emergencia, deben ponerse en contacto con su madre para que, si así lo decide, pueda ayudarla a comunicar su voluntad en situaciones de crisis. El personal le pide si se quiere quedar en el servicio unos cuantos días para empezar el tratamiento, y ella responde que sí. Al cabo de tres días se encuentra mucho mejor y pronto le dan el alta.

Tras esta experiencia, Rohini decidió apuntarse a un grupo de apoyo entre iguales que cada quince días se reúne en su barrio. Estas reuniones le permiten compartir sus conocimientos y experiencias con otros miembros del grupo, que le prestan apoyo emocional y práctico. También tiene previsto mantener una reunión con su jefe y los compañeros de trabajo más cercanos para explicarles lo que pasó y qué medidas se pueden adoptar para apoyarla si en el futuro sufre otra crisis.

## **Tema 2. Ejercicio 2.2. Casos de apoyo a la toma de decisiones: Zaitin**

Zaitin vive en casa de su abuela, pero no está a gusto y se quiere ir. Tiene 33 años y un novio con quien algún día espera casarse. Cuando se haya casado, querría irse a vivir con la familia de él. Hasta ahora, la abuela de Zaitin nunca ha tenido en cuenta sus opiniones y siempre ha tomado decisiones por ella; además, considera que las personas con discapacidad intelectual, incluida Zaitin, no deberían casarse nunca.

Zaitin cree que su abuela es sobreprotectora. Quisiera tener más independencia y tomar sus propias decisiones sobre el matrimonio, pero también quisiera mantener una buena relación con su abuela, y eso le crea muchos conflictos.

Tiene una trabajadora de apoyo, Rosa, en quien confía y a quien pide ayuda cuando debe tomar decisiones. Zaitin le explica que su abuela no está de acuerdo con ella ni con el hecho de que se quiera casar, y que eso la entristece.

Comentan la posibilidad de que Zaitin se vaya de casa de su abuela después de la boda. También hablan de varias opciones para mejorar su relación y para que Zaitin se sienta más segura e independiente. Rosa le pregunta qué le parecería mantener una reunión con su abuela para hablar de su deseo de casarse y de mudarse a otro lugar. También hablan de un plan para organizar una reunión con su abuela y los padres de su novio.

Zaitin no está segura de cuándo querría mantener estas reuniones. Después de esta conversación con Rosa, decide que la semana siguiente volverán a hablar de todo ello.

### **Tema 2. Ejercicio 2.2: Casos de apoyo a la toma de decisiones: Samir**

Ya hace tiempo que, a Samir, de 68 años, le diagnosticaron demencia. Cuando llegó al centro de acogida, tenía la sensación de que no respetaban sus decisiones. A veces le obligaban a hacer cosas que él no quería y a menudo tenía que tomar decisiones deprisa y corriendo. Al cabo de unos meses, se quejó de ello a la dirección. Desde entonces, Fadi, que trabaja en el centro, le apoya en el día a día. Cada mañana, cuando va a ver a Samir, le pregunta cómo le gustaría comenzar el día. Él a menudo tarda un rato en contestar, pero Fadi no tiene prisa y deja que lo piense. Cuando parece que no se le ocurre nada para hacer, Fadi le sugiere algunas actividades. Entonces Samir tiene la oportunidad de elegir por sí mismo cómo quiere empezar el día.

### **Tema 2. Ejercicio 2.3: Debate sobre la planificación de decisiones anticipadas: Jasmine**

Antes de recibir el alta hospitalaria, Jasmine decide redactar un plan de decisiones anticipadas. En este documento especifica que en ningún caso quiere que le administren un tipo concreto de antidepresivos porque le provocan mucha angustia. También especifica que, cuando está deprimida, el asesoramiento individualizado le resulta muy útil.

Dos años después, Jasmine acude a una unidad de hospitalización psiquiátrica. Debe quedar ingresada porque está muy deprimida. Debido a su estado físico, le cuesta mucho comunicarse con el personal del hospital.

Mientras intentan comunicarse con ella, los miembros del personal consultan su plan de decisiones anticipadas, donde dice que no le deben administrar unos antidepresivos específicos que no le gustan. También se encargan de que vaya a unas sesiones de aconsejamiento con el psicólogo del servicio. Para tener la certeza de que respetan la dignidad y la capacidad de obrar de Jasmine, le preguntan a menudo qué le parecen las medidas adoptadas.

### **Tema 2. Ejercicio 2.3: Debate sobre la planificación de decisiones anticipadas: Hiroto**

Hiroto tiene 52 años y sufre una discapacidad intelectual. Vive con su padre y su madre, porque así lo decidió él. Sus padres, dado que son sus personas de apoyo principales, se quieren asegurar de que cuando ellos ya no estén, se sigan cumpliendo los deseos personales de su hijo. Quieren tenerlo todo listo para cuando llegue ese momento, y por ello le apoyan para que redacte un documento de voluntades anticipadas. El objetivo de este documento es que tanto su médico como los servicios sociales conozcan cuál es su voluntad.

Hiroto decide que, mientras pueda, querría seguir viviendo en casa de una manera independiente, pero que, si fuera necesario, quisiera tener la opción de vivir con su hermano. Hiroto, que confía en su hermano y mantiene una estrecha relación con él, le da permiso para que, en caso de que tenga dificultades para comunicarse con el personal de los servicios sociales, hable él. Ha pedido que, en caso de que él tenga dificultades para comunicarse, su hermano use el método que empleaban en casa, cuando, para responder a una pregunta y comunicar su voluntad y sus preferencias, Hiroto señalaba unas imágenes.

### **Tema 2. Ejercicio 2.3: Debate sobre la planificación de decisiones anticipadas: Bintou**

Bintou tiene 31 años y vive en un pueblecito con su hermana mayor, quien la apoya constantemente. Le diagnosticaron autismo cuando tenía diez años. Hace dos meses, se cayó y se rompió el tobillo. Cuando su hermana regresó del mercado, no la encontraba por ninguna parte. Finalmente, una vecina le dijo que hacía unas horas se habían llevado a Bintou al hospital para atenderla.

Bintou tiene dificultades para comunicarse verbalmente. El personal del hospital no la conocía ni sabía cómo comunicarse con ella. Cuando Bintou comenzó a angustiarse y a mostrar síntomas de desconcierto, el personal la aisló, la ató a una cama y le dio unos sedantes para que se calmara. Estaba sola y su hermana no la podía ayudar a comunicarse porque no estaba. Bintou lo vivió como una experiencia muy estresante y aterradora.

Bintou y su hermana han hablado de redactar un plan de decisiones anticipadas por si en el futuro se produce una situación parecida. Ambas quieren tener la certeza de que no se repita lo que ocurrió hace dos meses. Juntas han dejado constancia de la voluntad y de las preferencias de Bintou en el caso de que necesite apoyo para tomar decisiones por ella misma o cuando su hermana no esté. Bintou ha establecido específicamente que no quiere que la vuelvan a atar a ninguna cama ni que le den sedantes. Pide que, en caso de emergencia, su hermana sea su contacto principal.

### **Tema 4. Ejercicio 4.3: Caso en el que se evitan las medidas coercitivas: George**

Una noche, la policía llevó a George al servicio de urgencias del hospital. Estaba angustiado, inquieto y ansioso, y gritaba y hacía gestos violentos. Los médicos, sin hacerle una evaluación completa y sin ponerse en contacto con sus personas de apoyo para tratar de comprender mejor lo que le pasaba,

decidieron que George no estaba en condiciones de vivir en la comunidad y que necesitaba tratamiento. Él dejó muy claro que no quería ninguno.

El médico jefe decidió que la manera más rápida de tratar esta situación era haciendo que cuatro miembros del personal lo sujetaran, lo llevaran a una sala de aislamiento, le ataran los brazos y las piernas a la cama y le inyectaran un antipsicótico.

Al cabo de una semana, George sigue en el hospital. Desconfía mucho del personal y todavía opone resistencia al tratamiento. Por ello, lo medican con regularidad sin que él lo sepa: el personal esconde los medicamentos en la comida. Cada vez está más deprimido y aislado, no quiere hablar con nadie y no muestra ningún signo de mejora.

#### **Tema 4. Ejercicio 4.4: Una situación difícil: Soren (1)**

Una mañana, una joven llamada Soren es llevada al servicio local de salud mental. Se ha intentado suicidar saltando desde un puente, pero cerca había unas agentes de policía y se lo han impedido. Soren le explica al trabajador en salud mental que todavía se quiere suicidar. No quiere ningún tratamiento y pide que la dejen volver a casa, donde vive sola. Soren no ha redactado ningún plan de decisiones anticipadas ni ningún documento de voluntades anticipadas.

#### **Tema 4. Ejercicio 4.4: Una situación difícil: Soren (2)**

##### **Un resultado positivo**

En el servicio, la enfermera jefa le pregunta a Soren qué la ayudaría en estos momentos. Soren le dice que, si pudiera ver a su hermana para explicarle la angustia que siente, se sentiría más segura.

Soren también le cuenta que acaba de perder el trabajo y que está desesperada porque no sabe qué hará para salir adelante en el futuro. La enfermera le dice que, si ella quiere, pueden trabajar juntas durante las próximas semanas para tratar de resolver este problema, explorar diferentes opciones y recursos de ayuda económica, e intentar encontrar otro trabajo. La hermana de Soren le dice que puede irse a vivir con ella hasta que se encuentre mejor.

La enfermera también propone a Soren que acuda al servicio de salud mental dos veces por semana, o más a menudo, para recibir asesoramiento y estudiar otras opciones de atención y de apoyo.

La semana siguiente, Soren dice que ahora se siente escuchada y segura, y que ha recibido la ayuda necesaria, y también que está convencida de que tanto su hermana como el personal del servicio le proporcionan el apoyo que necesita. Además, sigue explorando otros servicios y apoyos que existen en la comunidad.

## Anexo 2. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

(Versión original **con versión simplificada**)<sup>2,3</sup>

Las versiones en diferentes lenguas (incluyendo la lengua de signos) están disponibles en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-withdisabilities.html> [consulta: 5 de marzo de 2018].

### Artículo 1. Propósito

El propósito de esta Convención es promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promocionar el respeto de su dignidad inherente.

Dentro de las personas con discapacidad se incluyen las que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con varias barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con el resto de personas.

El propósito de esta Convención es garantizar que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos que los demás ciudadanos, y que todo el mundo respete estos derechos.

### Artículo 2. Definiciones

Para los fines de esta Convención:

El concepto *comunicación* incluye los lenguajes, la visualización de textos, el braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otras maneras, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluidas la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

---

<sup>2</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 de enero de 2007. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2007.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html> [consulta: 20 de noviembre de 2018].

<sup>3</sup> United Nations (UN) Enable. International agreement on the rights of disabled people (versión de lectura fácil) [publicación en línea]. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2012.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/6761.pdf> [consulta: 2 de febrero de 2017].

Se entiende por *lenguaje* «tanto el lenguaje oral como la lengua de signos y otras formas de comunicación no verbal»;

Se entiende por *discriminación por motivos de discapacidad* «cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, el disfrute o el ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo». Incluye todas las formas de discriminación, entre otras, la denegación de ajustes razonables;

Se entiende por *ajustes razonables* «las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando sean necesarias en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute o el ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás personas, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales»;

Se entiende por *diseño universal* «el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, tanto como sea posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especificado». El diseño universal no debe excluir las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad cuando sea necesario.

**Comunicación** significa todos los medios empleados por las personas con discapacidad para hablar y para entender información, tales como ordenadores, sistemas aumentativos o braille.

**Discriminación** significa ser tratado injustamente por tener una discapacidad; incluye no recibir un apoyo adaptado razonable.

**Lenguaje** significa cualquier medio empleado por las personas para comunicarse con las otras, incluyendo el lenguaje de signos.

**Ajustes razonables** significa las modificaciones del entorno que permitan a las personas con discapacidad disfrutar de sus derechos (por ejemplo, la realización de ajustes y de adaptaciones en los contextos educativo, laboral y de otro tipo para garantizar que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades que las demás).

**Diseño universal** significa productos y artículos hechos para todo el mundo y para que todo el mundo, incluyendo las personas con discapacidad, los pueda utilizar.

### Artículo 3. Principios generales

Los principios de la Convención son:

- a. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b. La no discriminación;
- c. La participación y la inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e. La igualdad de oportunidades;
- f. La accesibilidad;
- g. La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad, y el derecho a preservar su identidad.

Las ideas básicas de la Convención son:

- a. Las personas deben ser respetadas por lo que son y son libres de tomar sus propias decisiones.
- b. Nadie debe ser discriminado (es decir, no debe recibir un trato injusto).
- c. Las personas con discapacidad tienen derecho a formar parte de la vida comunitaria y de la sociedad, y a participar en ella.
- d. Todo el mundo —incluyendo las personas con discapacidad— es diferente, y eso es algo bueno. Las personas con discapacidad deben ser respetadas y aceptadas como todas las demás.
- e. Todas las personas deben tener las mismas oportunidades en la vida.
- f. Las personas con discapacidad deben tener acceso a todos los servicios y actividades de los que las otras personas disfrutan.
- g. Los hombres y las mujeres son iguales ante la ley.
- h. Las capacidades de los niños con discapacidad para tomar decisiones y para hacer cosas por sí mismos se desarrollarán a medida que crezcan, y eso se debe respetar.

### Artículo 4. Obligaciones generales

1. Los estados parte se comprometen a garantizar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin

ningún tipo de discriminación por motivos de discapacidad. Con este objetivo, los estados parte se comprometen a:

- a. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otro tipo que sean necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en esta Convención;
  - b. Adoptar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
  - c. Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
  - d. Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con esta Convención, y velar por que las autoridades y las instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
  - e. Adoptar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;
  - f. Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipos e instalaciones de diseño universal, de acuerdo con la definición del artículo 2 de esta Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor coste para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;
  - g. Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
  - h. Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
  - i. Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad sobre los derechos reconocidos en esta Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por estos derechos.
2. En cuanto a los derechos económicos, sociales y culturales, los estados parte se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para alcanzar, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en esta Convención que sean aplicables inmediatamente en virtud del derecho internacional.
  3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva esta Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los estados parte celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo establecido en esta Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un estado parte o en el derecho internacional en vigor en ese estado. No se restringirán ni se derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los estados parte de esta Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que esta Convención no reconoce estos derechos o libertades, o los reconoce en menor medida.
5. Las disposiciones de esta Convención se aplicarán a todas las partes de los estados federales, sin limitaciones ni excepciones.

### ¿Qué deben hacer los países?

1. Todos los países deben asegurarse de que se respeten los derechos de las personas con discapacidad y de que sean tratadas en igualdad de condiciones con las demás personas. Para conseguirlo, deben hacer lo siguiente:
  - a. Promulgar o modificar leyes y normas.
  - b. Cambiar las leyes, las normas o los comportamientos que hagan que las personas con discapacidad sean tratadas injustamente.
  - c. Tener en cuenta los derechos humanos de las personas con discapacidad siempre que pongan en marcha una política o un programa.
  - d. Asegurarse de que no hagan nada que sea incompatible con esta Convención y que el gobierno y las autoridades la respeten.
  - e. Adoptar medidas para garantizar que las personas, las organizaciones y las empresas traten a las personas con discapacidad de manera equitativa y justa.
  - f. Desarrollar productos y servicios que todo el mundo pueda utilizar.
  - g. Desarrollar y utilizar tecnología para ayudar a las personas con discapacidad y garantizar que tengan acceso a dicha tecnología a un precio económico.
  - h. Dar información accesible a las personas con discapacidad sobre cosas o servicios que les puedan resultar útiles y les puedan beneficiar.

- i. Impartir formación a las personas para que puedan respetar los derechos reconocidos en esta Convención.
2. Todos los países deben esforzarse al máximo para asegurarse de que las personas con discapacidad no sean discriminadas.
3. Todos los países deben implicar a las personas con discapacidad en la elaboración de nuevas leyes y políticas.
4. Cuando los países tengan normas o leyes que sean mejores que los estándares de la Convención, no las deben cambiar.
5. La Convención es aplicable a cualquier ámbito de todos los países.

#### **Artículo 5. Igualdad y no discriminación**

1. Los estados parte reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de la ley, y que tienen derecho a la misma protección legal y a beneficiarse de la ley en la misma medida, sin ningún tipo de discriminación.
  2. Los estados parte prohibirán cualquier discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
  3. Con el fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
  4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de esta Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o alcanzar la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.
- 
1. Los países están de acuerdo en que todas las personas son iguales.
  2. No se permite discriminar a personas con discapacidad y la ley ampara a las personas contra la discriminación.
  3. Los países deben asegurarse de que las personas obtengan los ajustes razonables que necesiten (es decir, que se realicen modificaciones y adaptaciones en la sociedad para que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, puedan acceder a la información, a los servicios, a las actividades y a las oportunidades).

4. El hecho de que los países promulguen unas leyes o normas específicas para garantizar que las personas con discapacidad sean iguales en la práctica no equivale a una discriminación.

#### **Artículo 6. Mujeres con discapacidad**

1. Los estados parte reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, en este sentido, adoptarán medidas para garantizar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
  2. Los estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para garantizar el pleno desarrollo, avance y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en esta Convención.
1. Las mujeres y las niñas con discapacidad suelen recibir un trato que es incluso más injusto. Ellas también deben poder disfrutar de todos los derechos humanos.
  2. Los países deben asegurarse de que las mujeres y las niñas tengan suficientes oportunidades en la vida, y poder y control sobre su vida, para disfrutar de todos los derechos de la Convención.

#### **Artículo 7. Niños con discapacidad**

1. Los estados parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar que todos los niños y las niñas con discapacidad disfruten plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños.
  2. En todas las actividades relacionadas con los niños con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
  3. Los estados parte garantizarán que los niños con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten; esta opinión recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los otros niños, y a recibir asistencia apropiada de acuerdo a su discapacidad y edad para poder ejercer este derecho.
1. Los niños con discapacidad deben disfrutar de sus derechos humanos, como el resto de los niños.

2. Cuando se hagan cosas para los niños, lo más importante es pensar en lo que más les convenga.
3. Los países se deben asegurar de que los niños con discapacidad tengan derecho a dar su opinión. Su punto de vista se debe ir respetando más a medida que crezcan y tengan más madurez. Cuando sea necesario, habrá que ayudar a los niños a expresar su opinión.

#### **Artículo 8. Toma de conciencia**

1. Los estados parte se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:
  - a. Sensibilizar a la sociedad, incluso en el ámbito familiar, para que tome mayor conciencia sobre las personas con discapacidad, y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
  - b. Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto a las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
  - c. Promover la toma de conciencia sobre las capacidades y las aportaciones de las personas con discapacidad.
2. Las medidas con esta finalidad incluyen:
  - a. Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
    - i. fomentar actitudes receptivas respecto a los derechos de las personas con discapacidad;
    - ii. promover percepciones positivas y una mayor conciencia social en cuanto a las personas con discapacidad;
    - iii. promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad, y de sus aportaciones en relación con el puesto de trabajo y el mercado laboral;
  - b. Fomentar, en todos los ámbitos del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
  - c. Animar a todos los órganos de los medios de comunicación para que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de esta Convención;
  - d. Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y sus derechos.

1. Los países deben hacer lo siguiente de manera inmediata:

- a. Ayudar a todo el mundo a comprender que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos.
  - b. Combatir ideas falsas sobre las personas con discapacidad y sobre las prácticas que les son perjudiciales.
  - c. Demostrar que las personas con discapacidad pueden contribuir y contribuyen a la sociedad
2. Para conseguirlo, deben hacer lo siguiente:
    - a. Organizar campañas para que la gente piense de una manera positiva sobre la discapacidad.
    - b. Enseñar a los niños y a los adultos la importancia de respetar los derechos de las personas con discapacidad.
    - c. Animar a los medios de comunicación a hablar de una manera positiva y respetuosa sobre las personas con discapacidad.
    - d. Promover otros programas de sensibilización.

#### **Artículo 9. Accesibilidad**

1. Con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y la eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:
  - a. Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores, tales como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y puestos de trabajo;
  - b. Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.
2. Los estados parte también adoptarán las medidas pertinentes para:
  - a. Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
  - b. Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
  - c. Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a los que se enfrentan las personas con discapacidad;

- d. Dotar los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
  - e. Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de signos, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
  - f. Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
  - g. Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluso en Internet;
  - h. Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, con el objetivo de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor coste.
1. Para que las personas con discapacidad puedan estar con las demás en la sociedad y llevar a cabo las mismas actividades que ellas, los países deben darles acceso al transporte, a la información, a los edificios, a los servicios y a cualquier otro elemento necesario para ello. Los países también deben eliminar todos los obstáculos que dificulten que las personas puedan estar con las demás en sociedad.
  2. Para conseguirlo, deben hacer lo siguiente:
    - a. Establecer normas para que los edificios y los servicios abiertos al público sean accesibles a las personas con discapacidad.
    - b. Asegurarse de que las personas con discapacidad puedan acceder a los edificios y los servicios ofrecidos por empresas privadas (u otras organizaciones privadas).
    - c. Impartir formación a las personas en materia de accesibilidad.
    - d. Escribir las señales de los edificios abiertos al público en braille y en un lenguaje y formato de fácil lectura y comprensión.
    - e. Poner a disposición de las personas con discapacidad otras personas que las orienten en los edificios abiertos al público, tales como guías, lectores e intérpretes en lenguaje de signos.
    - f. Promover otras formas de asistencia.
    - g. Garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a las nuevas tecnologías de la información, tales como Internet.
  - h. Apoyar la creación de tecnologías y de herramientas que ya son accesibles para todo el mundo, para que las personas con discapacidad las puedan adquirir a un bajo coste.

## **Artículo 10. Derecho a la vida**

Los estados parte reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el disfrute efectivo de ese derecho por parte de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con el resto.

Todo el mundo tiene el derecho a la vida. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad disfruten de este derecho en igualdad de condiciones con el resto.

## **Artículo 11. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias**

Los estados parte adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden de acuerdo con el derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas las situaciones de conflicto armado, las emergencias humanitarias y los desastres naturales.

Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad estén debidamente protegidas en situaciones de peligro, tales como guerras y catástrofes naturales (huracanes, terremotos, inundaciones, etc.).

## **Artículo 12. Reconocimiento igual como personas ante la ley**

1. Los estados parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los estados parte deben reconocer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con el resto de personas en todos los aspectos de la vida.
3. Los estados parte deben adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los estados parte deben asegurarse de que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos, de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Estas salvaguardias deben asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de

la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetos a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias deben ser proporcionales al grado en que estas medidas afecten a los derechos y los intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo que dispone este artículo, los estados parte deben adoptar todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con el resto, a ser propietarias y a heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y deben velar por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.
  
1. La ley debe reconocer que las personas con discapacidad son seres humanos con los mismos derechos y las mismas responsabilidades que cualquier otra persona.
2. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto y deben poderlos ejercer. Las personas con discapacidad deben poder actuar de acuerdo con la ley; eso quiere decir que deben poder realizar transacciones, y crear, modificar o finalizar relaciones jurídicas, así como tomar sus propias decisiones, y el resto de personas deben respetar esas decisiones.
3. Cuando las personas con discapacidad tengan dificultades para tomar decisiones por sí mismas, tienen derecho a recibir un apoyo que las ayude a tomar estas decisiones.
4. Cuando las personas reciban apoyo para tomar decisiones, deben estar protegidas contra posibles abusos. Además:
  - El apoyo que reciban las personas debe respetar sus derechos y su voluntad.
  - No debe ser en interés ni en beneficio de ninguna otra persona.
  - Las personas que ofrezcan apoyo no deben intentar influenciar a las personas para que tomen decisiones en contra de su voluntad.
  - Es necesario que el apoyo prestado sea suficiente para las necesidades de las personas.
  - El apoyo debe ser lo más breve posible.
  - El apoyo prestado debe ser vigilado con regularidad por una autoridad fiable.

5. Los países deben velar por la igualdad de derechos de las personas con discapacidad en cuanto a:
  - Poseer o recibir bienes.
  - Controlar su dinero.
  - Solicitar préstamos.
  - Asegurarse de que nadie les quite la casa ni el dinero.

### **Artículo 13. Acceso a la justicia**

1. Los estados parte deben garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el cumplimiento de las funciones efectivas de estas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.
  2. Con el fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los estados parte promoverán la capacitación adecuada de las personas que trabajan en la Administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.
- 
1. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que las demás a acudir a los tribunales, a llevar a otras personas a los tribunales o a participar en lo que tenga lugar en los tribunales. Las personas con discapacidad deben recibir apoyo para garantizar que tienen acceso a la justicia.
  2. Los países deben impartir formación a las personas que trabajen en los juzgados y los tribunales, así como al personal de la policía y penitenciario, para que puedan ayudar a las personas con discapacidad a tener acceso a la justicia.

## **Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona**

1. Los estados parte deben garantizar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás,
    - a. disfruten del derecho a la libertad y la seguridad de la persona;
    - b. no se vean privadas de su libertad de manera ilegal o arbitraria, que cualquier privación de libertad sea conforme a la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.
  
  2. Los estados parte deben garantizar que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad por motivo de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con el resto, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y los principios de esta Convención, incluida la aplicación de ajustes razonables.
- 
1. Las personas con discapacidad tienen derecho a:
    - a. Ser tan libres como las otras personas, y la ley debe proteger esta libertad.
    - b. No verse privadas de su libertad ni ser encarceladas por el hecho de tener una discapacidad.
  
  2. Si las personas con discapacidad son encarceladas, deben estar amparadas por la legislación internacional en materia de derechos humanos y deben ser tratadas de manera que se respeten los objetivos y los principios de esta Convención.

## **Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.
  
2. Los estados parte adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otro tipo que sean necesarias para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

1. Las personas con discapacidad no deben ser torturadas ni tratadas con crueldad. No pueden ser objeto de experimentos por parte de personal médico ni científico, salvo que estén de acuerdo libremente.
2. Los países deben hacer todo aquello que sea posible para que las personas con discapacidad no sean torturadas ni tratadas con crueldad.

#### **Artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

1. Los estados parte adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otro tipo que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno de hogar como fuera, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.
  2. Los estados parte también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso, y deben garantizar, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad, sus familiares y las personas que cuiden de ellas e, incluso, proporcionarán información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los estados parte deben garantizar que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.
  3. Para impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los estados parte deben garantizar que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.
  4. Los estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Esta recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona, y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.
  5. Los estados parte adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, si procede, juzgados.
1. Los países deben promulgar leyes y normas para garantizar que las personas con discapacidad estén protegidas, dentro y fuera de su casa, contra la violencia, y contra la explotación y los casos de abuso.

2. Los países deben prevenir los casos de abuso ofreciendo apoyo, información y formación a las personas con discapacidad, a sus familiares y a sus cuidadores. Todo el mundo debe aprender a evitar, reconocer y denunciar los casos de violencia y de abuso. Se deben asegurar de que el apoyo para prevenir los casos de abuso tenga en cuenta a las mujeres, los ancianos, los niños y las personas con diferentes tipos de discapacidad.
3. Los países deben asegurarse de que los servicios que apoyen a las personas con discapacidad sean debidamente supervisados por un organismo independiente.
4. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad que hayan sufrido abusos reciban la ayuda y el apoyo necesarios para mantener su seguridad y para ayudarlas a recuperarse de los casos de abuso.
5. Los países deben asegurarse de crear leyes y políticas (incluidas las centradas en las mujeres y en los niños) que permitan averiguar con eficacia si se producen casos de abuso, para investigar estos casos y para llevar a los culpables ante la justicia.

#### **Artículo 17. Protección de la integridad personal**

Cualquier persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con el resto de personas.

Hay que respetar el cuerpo y la mente de las personas con discapacidad. Nadie debe dañar su cuerpo ni su mente.

#### **Artículo 18. Libertad de desplazamiento y nacionalidad**

1. Los estados parte reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con el resto, e incluso deben garantizar que las personas con discapacidad:
  - a. Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad, y a no ser privadas de la propia nacionalidad de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
  - b. No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de

- inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
- c. Tengan libertad para salir de cualquier país, incluso el propio;
  - d. No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.
2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán, desde el nacimiento, derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida que sea posible, a conocer a sus padres y a ser atendidos por ellos.
  1. Las personas con discapacidad tienen derecho a desplazarse, a elegir dónde vivir y a tener un país. Los países deben asegurarse de que:
    - a. Las personas con discapacidad tengan derecho a tener una nacionalidad y, si procede, puedan decidir cambiar de nacionalidad; no se les niegue la nacionalidad por razones injustas ni por el hecho de tener una discapacidad.
    - b. Las personas con discapacidad tengan derecho a tener documentos de identidad, como un pasaporte, y a utilizarlos, y tengan acceso a los procedimientos de inmigración.
    - c. Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el suyo.
    - d. No se les impida injustamente volver a su propio país.
  2. Los niños con discapacidad tienen derecho a ser inscritos inmediatamente después de su nacimiento y a tener un nombre, a tener una nacionalidad y, si es posible, a conocer a sus padres y a ser atendidos por ellos.

#### **Artículo 19. Derecho a vivir de manera independiente y a la inclusión en la comunidad**

Los estados parte de esta Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás personas, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno disfrute de este derecho por parte de las personas con discapacidad, y su plena inclusión y participación en la comunidad, y deberán garantizar especialmente que:

- a. Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con el resto de personas, y que no se vean obligadas a vivir de acuerdo con un sistema de vida específico;
- b. Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su

inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de la comunidad;

- c. Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad, y tengan en cuenta sus necesidades.

Las personas con discapacidad tienen derecho a vivir como las otras personas y a disfrutar de las mismas opciones en la vida. Los países deben garantizar que las personas con discapacidad:

- a. Puedan elegir dónde vivir y con quién; no se las obligue a vivir en un lugar en contra de su voluntad.
- b. Tengan acceso a muchos servicios comunitarios diferentes para que puedan vivir con otras personas en la comunidad; no vivan en lugares que las aislen o que las separen de su comunidad.
- c. Tengan acceso a los mismos servicios comunitarios que todas las demás personas.

#### **Artículo 20. Movilidad personal**

Los estados parte adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad disfruten de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a. Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un coste asequible;
- b. Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un coste asequible;
- c. Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d. Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad se puedan desplazar tanto como sea posible. Para conseguirlo, deben hacer lo siguiente:

- a. Ayudar a las personas a desplazarse cuando y como quieran y a un precio económico.
- b. Ayudar a las personas a conseguir ayudas, herramientas y soporte para la movilidad que sean de calidad y económicos.

- c. Impartir formación a las personas en habilidades relacionadas con la movilidad (por ejemplo, cómo ir de un lugar a otro con facilidad, rapidez, seguridad y eficiencia).
- d. Alentar a las empresas a que fabriquen ayudas para la movilidad y a pensar en las distintas necesidades de las personas con discapacidad.

#### **Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información**

Los estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de conseguir, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan de acuerdo con la definición del artículo 2 de esta Convención, entre ellas:

- a. Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin coste adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;
- b. Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de signos, el braille, las formas, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todas las demás formas, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;
- c. Alentar a las entidades privadas a que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a proporcionar información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;
- d. Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, para que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;
- e. Reconocer y promover la utilización de lenguas de signos.

Las personas con discapacidad tienen derecho a decir y a pensar lo que quieran. También tienen derecho a recibir y dar información. Para conseguirlo, pueden emplearse diferentes formas de comunicación. Los países deben respetar este derecho haciendo lo siguiente:

- a. Asegurándose de que la información se proporcione de tal manera que las personas con discapacidad puedan comprenderla.
- b. Asegurándose de que las personas se puedan comunicar con los funcionarios, por ejemplo, en lenguaje de signos, en braille y de otras maneras.

- c. Pidiendo a las personas que trabajen en el sector privado que proporcionen su información en un formato que permita a las personas con discapacidad acceder a ella.
- d. Alentando a los medios de comunicación, incluyendo Internet, a hacer que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad.
- e. Reconociendo y fomentando el uso de lenguas de signos.

### **Artículo 22. Respeto a la privacidad**

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cual sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, no será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a estas injerencias o agresiones.
  2. Los estados parte protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones que con las otras personas.
- 
1. Las personas con discapacidad tienen derecho a tener una vida privada, una familia y un hogar. También tienen derecho a una correspondencia privada, tales como llamadas telefónicas, cartas o correos electrónicos. Nadie debe atentar contra su honor ni contra su reputación. Ello se debe respetar con independencia del sitio donde vivan. La ley debe amparar este derecho.
  2. Los países deben asegurar que la información personal de las personas con discapacidad se trate con confidencialidad, tal como se hace con la de las otras personas.

### **Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia**

1. Los estados parte tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, con la finalidad de asegurar que:

- a. Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;
  - b. Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer estos derechos;
  - c. Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones que los demás.
2. Los estados parte garantizarán los derechos y las obligaciones de las personas con discapacidad en cuanto a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando estos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los estados parte prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.
3. Los estados parte asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y con la finalidad de prevenir el ocultamiento, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los estados parte velarán para que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.
4. Los estados parte asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esta separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres por razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.
5. Los estados parte harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, para proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, si esto no fuera posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.
1. Las personas con discapacidad tienen derecho a casarse, a formar una familia, a ser padres y a tener relaciones en igualdad de condiciones con las otras.
  - a. Las personas con discapacidad tienen derecho a casarse y a formar una familia, siempre que ambos miembros de la pareja estén de acuerdo.

- b. Las personas con discapacidad tienen derecho a decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo los quieren tener. Deben recibir educación sobre reproducción.
  - c. No se debe impedir que las personas con discapacidad tengan hijos, por ejemplo, mediante la esterilización.
2. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y las mismas responsabilidades que los demás en materia de adopción. Los países deben apoyar a las personas con discapacidad para que puedan criar a sus hijos.
3. Los países deben proteger a los niños con discapacidad para que no sean ocultados, abandonados, descuidados ni apartados de la sociedad, y deben apoyar y dar información a sus familias para asegurarse de que ello no ocurra.
4. Los países deben garantizar que no se separe a los niños de sus padres por el hecho de que ellos o sus padres tengan una discapacidad. Cuando se separe un niño de sus padres, la ley debe garantizar que esta separación sea justa y por el bien del niño.
5. Cuando los padres no se puedan hacer cargo de un niño con discapacidad, este se deberá quedar con otros familiares. Cuando esto no sea posible, tendrá que vivir dentro de la comunidad en un entorno familiar.

#### **Artículo 24. Educación**

1. Los estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con la intención de hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los estados parte asegurarán un sistema de educación inclusivo en todos los ámbitos, y también la enseñanza a lo largo de la vida, con la intención de:
  - a. Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y de la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
  - b. Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
  - c. Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.
2. Al hacer efectivo este derecho, los estados parte asegurarán que:

- a. Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
  - b. Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las otras, en la comunidad donde vivan;
  - c. Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
  - d. Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
  - e. Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.
3. Los estados parte brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y el desarrollo social, con la finalidad de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. Con tal fin, los estados parte adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:
- a. Facilitar el aprendizaje del braille, la escritura alternativa, otras formas, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, y también la tutoría y el apoyo entre iguales;
  - b. Facilitar el aprendizaje de la lengua de signos y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;
  - c. Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordo-ciegos se imparta en los lenguajes y las formas y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.
4. Con el fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los estados parte adoptarán las medidas pertinentes para contratar maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén calificados en lengua de signos o braille y para formar profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de formas, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.
5. Los estados parte asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con los demás. Con este fin, los estados parte asegurarán que se lleven a cabo ajustes razonables para las personas con discapacidad.
1. Las personas con discapacidad tienen el mismo derecho a la educación que las otras personas. Los países deben asegurarse de que el sistema

educativo las acepte y que puedan aprender a lo largo de la vida para que:

- a. Puedan desarrollar sus habilidades y capacidades y puedan ser aceptadas y valoradas en el mundo.
- b. Puedan desarrollar su personalidad, creatividad, talento y otras habilidades.
- c. Puedan realizar actividades con y para otras personas.

2. Los países deben asegurarse de que:

- a. Las personas con discapacidad no sean excluidas (mantenidas fuera) de la educación convencional; que los niños con discapacidad puedan ir a la escuela primaria y secundaria convencionales.
- b. Las personas con discapacidad puedan ir a escuelas inclusivas, de calidad y gratuitas y que estén cerca de su casa, tal y como hacen las otras personas.
- c. Las escuelas y las universidades hagan cambios en su entorno para que los niños y los adultos con discapacidad puedan acceder a ellas.
- d. Las personas con discapacidad reciban el apoyo que necesiten para aprender.
- e. El apoyo se adapte a cada persona.

3. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad puedan aprender habilidades para la vida y para el desarrollo social para garantizar que vivan y participen en la sociedad y en la vida de su comunidad en las mismas condiciones que las otras personas. Para ello, los países deben alentar a los ciudadanos a aprender todos los sistemas que las personas con discapacidad pueden utilizar para comunicarse.

4. Los países deben contratar profesores, incluyendo profesores con discapacidad, que estén calificados en lenguaje de signos y/o braille. También deben impartir formación a las personas que trabajen en el ámbito educativo para que aprendan habilidades y técnicas que les ayuden a apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los países deben asegurar que las personas con discapacidad puedan tener acceso a oportunidades educativas después de haber terminado la escuela primaria y secundaria, incluyendo la formación necesaria para lograr un trabajo, a fin de ayudarlas a tener una vida mejor y a reforzar sus conocimientos y sus habilidades.

#### **Artículo 25. Salud**

Los estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los estados parte:

- a. Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las otras personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b. Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c. Proporcionarán estos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d. Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las otras personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto a los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e. Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos seguros estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que estos seguros se presten de manera justa y razonable; Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Las personas con discapacidad deben tener las mismas oportunidades que las demás en cuanto a disfrutar de una buena salud. Los países deben asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios sanitarios. En particular, tienen que hacer lo siguiente:

- a. Dar a las personas con discapacidad acceso, en igualdad de condiciones al resto, a todo tipo de servicios sanitarios, de buena calidad y a precios asequibles.
- b. Asegurarse de que las personas con discapacidad reciban los tipos de servicios sanitarios que necesiten debido a su discapacidad.
- c. Garantizar que los servicios estén cerca de su casa, incluso si viven en el campo.
- d. Asegurarse de que los profesionales de la salud presten a las personas con discapacidad una atención que sea de la misma calidad que la prestada a los demás; que los profesionales de la salud den suficiente información a las personas con discapacidad, y que hayan obtenido su consentimiento antes de tratarlas; que los países impartan formación entre el personal médico, de enfermería y otros profesionales para asegurarse de que traten a las personas con discapacidad con respeto.
- e. Garantizar que las personas con discapacidad no sean discriminadas en los seguros de salud y de vida y que tengan acceso en igualdad de condiciones con el resto de las personas.
- f. Asegurarse de que no se niegue a las personas servicios de salud o de atención ni alimentos sólidos o líquidos.

#### **Artículo 26. Habilitación y rehabilitación**

1. Los estados parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se encuentren en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan alcanzar y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Con este fin, los estados parte organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de manera que estos servicios y programas:
  - b. Apoyen la participación y la inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.
2. Los estados parte promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los estados parte promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, los efectos de su habilitación y rehabilitación.
1. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad puedan llevar una vida independiente y de calidad. Para ello, es necesario que les proporcionen habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales.
  - a. Los países deben asegurarse de que se evalúen en una etapa temprana las necesidades y los puntos fuertes de las personas con discapacidad para que puedan disponer de las ayudas y los servicios que necesiten.
  - b. Estos servicios deben facilitar que las personas con discapacidad sean incluidas en la sociedad y puedan convivir con las otras y hacer las mismas actividades que ellas. Estos servicios deben ser voluntarios y deben estar cerca del lugar donde vivan las personas, incluso si viven en el campo.
2. Los países deben impartir formación a los profesionales que trabajen en habilitación y rehabilitación para que presten estos servicios a las personas con discapacidad.
3. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad reciban diferentes ayudas y equipos para vivir en la comunidad.

### **Artículo 27. Trabajo y empleo**

1. Los estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; esto incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los estados parte salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando las medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:
  - a. Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad en cuanto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
  - b. Proteger el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones que con las otras, a unas condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a la

- igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajos de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
- c. Asegurar que las personas con discapacidad deben poder desarrollar su potencial en igualdad de condiciones con el resto;
  - d. Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
  - e. Favorecer las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral; y apoyarlos para la investigación, obtención y mantenimiento de empleo, y para la reincorporación laboral;
  - f. Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
  - g. Contratar personas con discapacidad en el sector público;
  - h. Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante las políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
  - i. Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el puesto de trabajo;
  - j. Promover la adquisición, por parte de las personas con discapacidad, de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
  - k. Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.
2. Los estados parte asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las otras, contra el trabajo forzoso u obligatorio.
  1. Las personas con discapacidad tienen derecho a trabajar en igualdad de condiciones con las otras, y a ganarse la vida y a elegir su empleo. Los países deben asegurarse de que se respete el derecho a trabajar de las personas con discapacidad. Esto quiere decir:
    - a. No permitir la discriminación (es decir, asegurarse de que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos, normas, salarios y oportunidades laborales que el resto).
    - b. Garantizar que las personas con discapacidad tengan unas condiciones de trabajo que sean buenas y seguras, así como oportunidades en igualdad de condiciones a la hora de conseguir un trabajo y la misma remuneración que las otras, y que no sufran abusos en el entorno laboral.

- c. Reconocer que las personas con discapacidad deben poder desarrollar su potencial en igualdad de condiciones con el resto de personas.
  - d. Permitir que las personas con discapacidad puedan participar en programas de trabajo y de formación laboral.
  - e. Ayudar a las personas con discapacidad a encontrar y conservar un puesto de trabajo, así como a conseguir uno mejor.
  - f. Ayudar a las personas con discapacidad a crear sus propias empresas.
  - g. Ofrecer a las personas con discapacidad un empleo en el sector público; es decir, que puedan trabajar, por ejemplo, en escuelas y universidades públicas, en el cuerpo de policía, en los servicios de salud pública, etc.
  - h. Ayudar a las empresas a dar trabajo a las personas con discapacidad.
  - i. Garantizar que se hagan ajustes razonables para las personas con discapacidad en el puesto de trabajo.
  - j. Ayudar a las personas con discapacidad a adquirir experiencia laboral ocupando brevemente un puesto de trabajo para saber si les gustaría desarrollar ese trabajo.
  - k. Ayudar a las personas con discapacidad a lograr un puesto de trabajo, a reincorporarse y a conservarlo mediante diferentes programas, ayudas y servicios.
2. Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad no se vean obligadas a trabajar sin cobrar.

#### **Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social**

1. Los estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para garantizar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de este derecho, entre ellas:
  - a. Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y ayudas adecuadas de otro tipo a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
  - b. Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular de las mujeres, niñas y personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
  - c. Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a la asistencia del estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
  - d. Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
  - e. Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.
  
1. Las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar, en igualdad de condiciones con las otras personas, de un nivel de vida satisfactorio y adecuado para ellas y para sus familias. Esto incluye la alimentación, el vestido, la vivienda y el agua potable.
2. Las personas con discapacidad tienen derecho a que el Estado las proteja de la pobreza y de unas condiciones de vida inadecuadas. Para lograrlo, los países deben hacer lo siguiente:
  - a. Asegurarse de que las personas con discapacidad tengan acceso al agua potable, y a servicios y ayudas para su discapacidad a un precio asequible.
  - b. Asegurarse de que las personas con discapacidad, en especial las niñas y las mujeres y las personas ancianas, reciban ayuda para disfrutar de unas condiciones de vida mejores.
  - c. Asegurarse de que las personas con discapacidad que sean pobres reciban ayuda del Estado para comprar las cosas que necesiten a causa de su discapacidad.
  - d. Garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a programas de vivienda pública.

- e. Reconocer que las personas con discapacidad deben poder desarrollar su potencial en igualdad de condiciones que el resto de personas.

### **Artículo 29. Participación en la vida política y pública**

Los estados parte garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de disfrutar de ellos en igualdad de condiciones que las demás personas, y se comprometerán a:

1. Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones que las demás personas, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser escogidas, entre otras formas por medio de:
  - a. La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
  - b. La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referendos públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y ocupar cualquier función pública en todos los ámbitos de gobierno, y facilitarán el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando sea necesario;
  - c. La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y con este fin, cuando sea necesario y a petición de las personas con discapacidad, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;
2. Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las otras personas, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:
  - a. Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;
  - b. La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas en el ámbito internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a estas organizaciones.

Los países deben asegurarse de que las personas con discapacidad puedan participar en la política en igualdad de condiciones que el resto. Para garantizarlo, los países tienen que hacer lo siguiente:

1. Tomar medidas que garanticen que las personas con discapacidad pueden participar en la vida política, incluyendo la posibilidad de votar y de ser escogidas.

Eso incluye:

- a. Garantizar que el proceso de votación sea fácil y comprensible para las personas con discapacidad.
  - b. Garantizar que su voto sea secreto y libre. También hay que asegurar que las personas con discapacidad se puedan presentar como candidatas a elecciones y puedan ocupar una función pública.
  - c. Permitir que las personas con discapacidad puedan elegir a alguien de su elección para que las ayude a votar.
2. Fomentar la participación de las personas con discapacidad en los asuntos públicos. Esto significa que:
    - a. Las personas con discapacidad tengan derecho a formar parte de organizaciones y asociaciones no gubernamentales.
    - b. Tengan derecho a crear organizaciones de personas con discapacidad y a formar parte de ellas.

### **Artículo 30. Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, de esparcimiento y el deporte**

1. Los estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las otras personas, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:
  - a. Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;
  - b. Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;
  - c. Tengan acceso a lugares donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales, tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, tanto como se pueda, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.
2. Los estados parte adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no solo para su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los estados parte tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, con el fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.
  4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y al apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de signos y la cultura de las personas no oyentes.
  5. Con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las otras personas en actividades recreativas, de ocio y deportivas, los estados parte adoptarán las medidas pertinentes para:
    - a. Favorecer y promover la participación, tanto como se pueda, de las personas con discapacidad en actividades deportivas generales en todos los ámbitos;
    - b. Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para ellas, y de participar en esas actividades y, con ese fin, procurar que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás personas, instrucción, formación y recursos adecuados;
    - c. Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;
    - d. Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso que los demás niños a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de ocio y deportivas, incluidas las que se desarrollen en el marco del sistema escolar;
    - e. Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de las personas que participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de ocio y deportivas.
- 
1. Las personas con discapacidad tienen derecho a participar en la vida cultural en igualdad de condiciones que los demás. Eso significa asegurarse de que:
    - a. Tengan acceso a material cultural, como, por ejemplo, libros.
    - b. Tengan acceso a programas de televisión, películas, obras de teatro y otras actividades culturales en formatos adecuados para ellas.
    - c. Tengan acceso, entre otros, a teatros, museos, cines, bibliotecas y espacios turísticos.
  2. Las personas con discapacidad deben recibir apoyo para expresar su potencial creativo, artístico e intelectual.

3. Los países deben asegurarse de que los derechos de propiedad intelectual no impidan a las personas con discapacidad acceder a materiales culturales.
4. Las personas con discapacidad tienen derecho a que se respete su lengua y su cultura, incluyendo el lenguaje de signos y la cultura de los no oyentes.
5. Las personas con discapacidad tienen derecho a divertirse y participar en actividades deportivas y recreativas. Por esta razón, los países deben hacer lo siguiente:
  - a. Fomentar el acceso de las personas con discapacidad a las actividades deportivas y recreativas convencionales.
  - b. Garantizar que las personas con discapacidad puedan desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para ellas y que puedan participar.
  - c. Garantizar que los niños con discapacidad tengan el mismo acceso que los otros niños a la hora de participar en todas esas actividades, en concreto en la escuela.
  - d. Asegurar que las personas que trabajen en los ámbitos del ocio, del turismo y del deporte puedan ayudar a las personas con discapacidad.

### Anexo 3. Lista de comprobación para aplicar el apoyo a la toma de decisiones<sup>4</sup>

#### Lista de comprobación para aplicar el apoyo a la toma de decisiones

- En relación a proporcionar la información necesaria:
  - ¿La persona dispone de toda la información pertinente que necesita para tomar una decisión determinada?
  - ¿La persona tiene toda la información que le piden?
  - ¿Se le ha dado información sobre todas las opciones disponibles?
- En relación a comunicar la información de una manera adecuada:
  - Explicar o presentar la información de la manera más fácil posible para que la persona la pueda comprender (por ejemplo, utilizando un lenguaje o unos medios visuales sencillos, claros y concisos).
  - Si es necesario, explorar diferentes métodos de comunicación, como la no verbal.
  - Averiguar si hay alguien más que pueda ayudar a facilitar la comunicación (como un familiar, un trabajador de apoyo, un intérprete, un logopeda, un terapeuta del lenguaje o un defensor de los derechos en salud mental) y asegurarse de que la persona acepta esta ayuda.
- En relación a hacer que la persona se sienta cómoda:
  - Determinar si en algún momento concreto del día la persona comprende mejor las cosas.
  - Determinar si la persona se siente más cómoda en algunos lugares en concreto.
  - Determinar si es posible aplazar la decisión para que la persona tome la decisión más adelante, cuando las circunstancias sean adecuadas para ella.
- En relación a apoyar a la persona:
  - Determinar si hay alguien más que pueda ayudar a la persona a tomar una decisión o a expresar su opinión.

<sup>4</sup> Department of Constitutional Affairs. Mental Capacity Act, 2005, Code of Practice. Londres: The Stationery Office on behalf of the Department for Constitutional Affairs; 2005.

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-ofpractice.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-ofpractice.pdf) [consulta: 9 de febrero de 2017].

## Anexo 4. La experiencia del ingreso y el tratamiento involuntarios<sup>5</sup>

### Relato de un superviviente del sistema de salud mental, Australia

«La experiencia de que se me llevaran en contra de mi voluntad, y no por orden de la policía o en una ambulancia, sino por culpa de mi hermana mayor, que pensaba que sabía mejor que nadie lo que me convenía, es indescriptible. Fue un internamiento de lo más violento. Traumatizado de pies a cabeza y en estado de *shock*, el pánico de hacer frente a mi nueva realidad nunca desapareció. Me maltrataron, me pusieron inyecciones a la fuerza y me retuvieron contra mi voluntad durante más de un mes [...].

Aparte del sentimiento de desempoderamiento y de humillación que conlleva la hospitalización involuntaria, a menudo, no son los derechos de los demás los que se vulneran, sino, justamente, los de los mismos pacientes, y no son los demás quienes sufren daño, sino, justamente, los pacientes, que supuestamente representan un riesgo para los terceros. Y, lo que es peor, la mayoría de las veces nadie cree a estos pacientes: se les acusa de desvariar y de ser unos desagradecidos. Esto, en sí mismo, es un obstáculo para la verdadera curación, porque el hecho de recibir un trato inhumano impide que te puedas considerar un ser humano. Si bien para algunos pacientes la sala psiquiátrica es un lugar seguro, para muchos no es más que una prisión [...].

Sigue habiendo un desequilibrio de poder enorme, no solo durante la hospitalización, sino también cuando las órdenes de la comunidad dictan qué medicamentos deben tomar los pacientes cuando ya no están hospitalizados. Dado que el incumplimiento de estas órdenes conlleva nuevos encarcelamientos, en el fondo no deja de ser una manera de controlarlos. La mayoría de los pacientes salen de este sistema con todos sus sueños destrozados y con una vida constantemente vigilada por el sistema del que nunca podrán escapar. Eso vulnera nuestros derechos humanos, tal como recoge la Convención de las Naciones Unidas».

---

<sup>5</sup> Mental health: a closed door policy. Isle of Capri (QLD): Independent Australia; 3 diciembre 2015. <https://independentaustralia.net/life/life-display/mental-health-a-closed-door-policy,8443>, [consulta: 9 de febrero de 2017].

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud se centran en las aptitudes y los conocimientos necesarios para proporcionar servicios sociales y de salud mental y apoyos de buena calidad, así como para promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Mediante ejercicios, presentaciones, estudios de casos y extensos debates y coloquios, **los módulos de formación QualityRights** ponen de manifiesto algunos de los retos críticos a los que tienen que hacer frente las partes interesadas de diferentes países de todo el mundo. Por ejemplo:

- ¿Cómo respetamos la voluntad y las preferencias de las personas, incluso en situaciones difíciles?
- ¿Cómo garantizamos la seguridad de las personas y a la vez respetamos el derecho de cada una a decidir sobre su tratamiento, su vida y su destino?
- ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y a la contención?
  
- ¿Cómo funciona un abordaje basado en el apoyo a la toma de decisiones si alguien no puede comunicar su voluntad?

Los **módulos de orientación de la iniciativa QualityRights** complementan el material de formación. Los módulos de orientación *Organizaciones de la sociedad civil* y *La defensa de la salud mental* explican, paso a paso, qué pueden hacer los movimientos de la sociedad civil de diferentes países de todo el mundo para impulsar abordajes basados en los derechos humanos en el sector de los servicios sociales y de salud mental para conseguir un cambio que sea impactante y a la vez duradero. Los módulos de orientación *Apoyo individualizado entre iguales* y *Grupos de apoyo entre iguales* proporcionan una orientación concreta sobre cómo crear y dirigir eficazmente estos servicios tan cruciales, pero que a menudo no se tienen en cuenta.

El objetivo final de los módulos QualityRights de la OMS es cambiar la mentalidad y las prácticas de una manera sostenible, y empoderar a todas las partes interesadas para que promuevan los derechos y la recuperación con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en todo el mundo.