



Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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 *Freedom from coercion, violence and abuse. 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

Sumario

Agradecimientos	4
Prefacio.....	12
Declaraciones de apoyo	13
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?	20
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación	211
Sobre esta formación y orientación	22
Orientaciones para los formadores.....	244
Nota preliminar sobre el lenguaje.....	28
Objetivos de aprendizaje, temas y recursos.....	29
Introducción	32
Tema 1. ¿Qué son la violencia, la coacción y el maltrato?	33
Tema 2. ¿Qué dice la CDPD sobre la violencia, la coacción y el maltrato?.....	38
Tema 3. ¿Qué efectos tiene la violencia, la coacción y el maltrato?	41
Tema 4. ¿Por qué se producen estas prácticas?.....	47
Tema 5. Entender las actitudes y las relaciones de poder.....	51
Tema 6. Estrategias clave para evitar y atenuar situaciones de conflicto.....	56
Tema 7. Técnicas de comunicación	60
Tema 8. Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar.....	64
Tema 9. Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede»	65
Tema 10. Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y a los signos de malestar	67
Tema 11. Equipos de respuesta	70
Tema 12. Procedimientos de presentación de quejas e informes	73
Tema 13. Cómo poner fin a la violencia, a la coacción y al maltrato en mi servicio social o de salud mental	76
Referencias	79
Anexos	83
Anexo 1. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.....	83
Anexo 2. Identificar los puntos sensibles y los signos de malestar	118

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 ante 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 de la OMS para Europa (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 Crepaz-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); Manaam 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 Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbenschel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

Sede de la OMS y oficinas regionales

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 soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones la autorización del 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

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

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

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 la Mersey Care NHS Foundation Trust

No more barriers

Vídeo producido por la BC Self Advocacy Foundation

'Not without us' from Sam Avery & mental health peer connection

Vídeo producido por la 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

Oidores 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)

Peer advocacy in action

Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)

© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contactar con info@createusmedia.com para mayor 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 – 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 el 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 el 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

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

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)

UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?

Vídeo producido por Mental Health Europe (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)

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 escala 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 muchos avances en cuanto a 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.

Aún 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 deniega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoles 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 en 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 por 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 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 prestar 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 prestar unos servicios y apoyos centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos y 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, y 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. El 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

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

Página | 13

definir cómo entienden su recuperación, y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, a tener esperanza en el futuro y a 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 al disfrute 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 mentales recurran a la coacción, a la sobremedicación y a 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 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 abordar 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 este 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 necesitan 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 escala 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 esta 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 involuntarios 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 física 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 al ingreso hospitalario 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 ayuda 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 usuarias.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo con los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma en

relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica en materia de apoyo a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aún 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 en cuanto a fomentar su recuperación, emprender actividades de promoción, llevar a cabo estudios de investigación y 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 para moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni el apoyo que supondría el trato de la 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 pone 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, pueden 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 International Alliance

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 de las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje de la salud mental, así como de 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 hacen 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 pasar a reconocerlas 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 escoger; 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 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, 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, 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 final 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.

Víctor 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 pisotear la dignidad ni la capacidad de hecho de la persona, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboren 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, entre iguales), el apoyo a 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 las discapacidades psicosociales, intelectuales 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 existe 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 debemos 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 viven 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 de elección al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento fundamental de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a escala 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 las sociedades globalmente.

¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?



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 objetivos siguientes:

- 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 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 otras normas 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 OMS: 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 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, apoyo entre iguales y voluntariado)
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y 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 personas usuarias/supervivientes de 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 penitenciario, los organismos que supervisan o inspeccionan los 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, si procede, curanderos tradicionales)

¿Quién debe impartir esta 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 líderes 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 del territorio 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 esta formación?

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

Toda la formación se puede completar con varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario completar un módulo de formación independiente en un solo día; 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 a 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 la salud mental, los derechos humanos y la recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos principales de la formación. Encontraréis un programa de muestra de cinco días de duración en:
<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 algunas secciones seleccionadas de este módulo).

En cuanto a 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 posibles variaciones y cambios 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 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 en los servicios y en la sociedad en general puede causar 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 con sensibilidad cultural 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 fundamentales 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 una 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 participan en la formación tienen 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 formen parte del debate de modelos de malestar no médicos y/o culturalmente específicos (por ejemplo, malestar emocional, experiencias inusuales, etc.). (1).

Ajustes razonables

Para tener la certeza de que todas las personas son incluidas en la formación, a veces será necesario adaptar la forma de comunicarse con ellas y utilizar, por ejemplo, materiales visuales y de audio, adaptaciones de lectura fácil y lengua de signos, además de ayudarles a redactar algunos ejercicios o permitir que vengan acompañadas de su asistente/a personal.

Cómo actuar en el contexto legislativo y político actual

Durante la formación, es posible que algunos participantes expresen preocupación en relación al contexto legislativo o político de su país, porque puede que no esté en consonancia con las normas 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, puede parecer que la cuestión sobre el apoyo en la toma de decisiones 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 aquellos contextos en los que la legislación y la política contradigan las disposiciones 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 decidir 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 esas 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 vigentes. 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, si procede, 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/publications-detail/who-qualityrights-guidanceand-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 pensando en 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 cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, para lo que también dispondrán de 30 minutos.

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 guardar 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 iniciará un debate para que puedan expresar 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 posterior 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 del 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 las personas que 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 otros que son únicos.

Objetivos de aprendizaje, temas y recursos

Objetivos de aprendizaje

Durante esta formación, los participantes deben:

- entender cómo y por qué tiene lugar la violencia, la coacción y el maltrato en los ámbitos social y de salud mental;
- entender el impacto de la violencia, la coacción y el maltrato;
- aplicar los conocimientos de la CDPD para entender cómo protege a las personas con discapacidad contra la violencia, la coacción y el maltrato;
- entender y abordar actitudes, relaciones de poder y dinámicas en los ámbitos social y de salud mental;
- entender y aplicar varios enfoques y estrategias para calmar las situaciones de tensión o conflictividad.

Temas

Tema 1. ¿Qué son la violencia, la coacción y el maltrato? (30 minutos)

Tema 2. ¿Qué dice la CDPD sobre la violencia, la coacción y el maltrato? (20 minutos)

- Tema 3.** ¿Qué efectos tienen la violencia, la coacción y el maltrato? (opción 1: aproximadamente 1 hora y 50 minutos; opción 2: aproximadamente 45 minutos; opción 3: aproximadamente 20 minutos)
- Tema 4.** ¿Por qué se producen estas prácticas? (30 minutos)
- Tema 5.** Entender actitudes y relaciones de poder (55 minutos)
- Tema 6.** Estrategias clave para evitar y atenuar situaciones de conflicto (30 minutos)
- Tema 7.** Técnicas de comunicación (40 minutos)
- Tema 8.** Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar (5 minutos)
- Tema 9.** Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede» (10 minutos)
- Tema 10.** Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y a los signos de malestar (55 minutos)
- Tema 11.** Equipos de respuesta (1 hora)
- Tema 12.** Procedimientos de presentación de quejas e informes (35 minutos)
- Tema 13.** Cómo se puede poner fin a la violencia, a la coacción y al maltrato en los servicios sociales y de salud mental (25 minutos)

Nota: El tema del aislamiento y las medidas restrictivas se tratará en profundidad en el módulo *Estrategias para poner fin al aislamiento y las medidas restrictivas*.

Recursos necesarios

- **Las diapositivas que acompañan el curso «Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato. Formación básica QualityRights de la OMS: (diapositivas del curso) están disponibles en:** <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-trainingtools>
- **Requisitos de la 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 suficientemente grande para que quepan todos los participantes, pero también suficientemente pequeña para crear un entorno que favorezca los debates libres y abiertos.
 - Disponer de 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 ellas; esta disposición presenta la ventaja adicional de fomentar la interacción entre los participantes y, además, así ya están distribuidos 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 por 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:

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

Página | 30

Copias del anexo 1 «La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad» original, con textos de lectura fácil para todos los participantes

Copias del anexo 2 «Identificación de puntos sensibles y signos de malestar», 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 tiene suficientes oportunidades para interactuar y expresar su opinión.

Como parte de este módulo puede ser necesario ofrecer a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva la oportunidad de hablar entre ellas, al margen de los profesionales de salud mental y otros ámbitos relacionados, sobre la violencia, la coacción y el maltrato que puedan haber experimentado. En este sentido, el formador debería plantearse organizar una sesión previa a la formación para acoger este debate.

Durante la formación también puede ser necesario garantizar la presencia de una o dos personas más con experiencia en el tratamiento de traumas.

Para el tema 2, opción 1:

Puede ser interesante que el formador invite a una o más personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva para hablar sobre la violencia, la coacción y el maltrato que han experimentado y sobre qué repercusión ha tenido en sus vidas.

Introducción

Numerosas publicaciones e informes de países, de la ONU, de ONG y de los medios nos revelan que personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva de todo el mundo sufren violencia, maltrato y prácticas coercitivas por parte de los servicios sociales y de salud mental.

Determinadas prácticas, como la violencia física, sexual, emocional y verbal, y la negligencia, constituyen las formas más claras de maltrato, y así se entiende en los sectores de la atención social y sanitaria y en la comunidad en general. En cambio, otras prácticas, como la hospitalización involuntaria y el tratamiento involuntario, el aislamiento y la contención, en muchos casos no se consideran coercitivas, sino que más bien se entienden como una parte necesaria de la atención. Estas prácticas no solo tienen la aprobación generalizada de la sociedad, sino que están profundamente arraigadas en las legislaciones y las políticas que regulan la salud mental y la cultura de los servicios. En cambio, tal y como destaca este módulo, las personas que las han sufrido tienen una percepción muy diferente y, además, pueden tener consecuencias devastadoras en la salud y el bienestar de quienes las sufren.

A través de este módulo de formación, los participantes explorarán cómo y por qué se producen la violencia, la coacción y el maltrato en el ámbito de la salud mental y entenderán mejor el impacto significativo que estas prácticas tienen en las personas. El módulo también examina el papel de las relaciones de poder en el agravamiento de la violencia, la coacción y el maltrato, y explica a los participantes las exigencias de la CDPD para evitar estas prácticas. Por último, los participantes adquirirán conocimientos sobre algunas de las estrategias y abordajes clave que han demostrado ser eficaces para poner fin de manera definitiva a las prácticas abusivas dentro de los servicios.

Tema 1. ¿Qué son la violencia, la coacción y el maltrato?

Duración del tema

Aproximadamente 30 minutos.

El objetivo de este apartado es que los participantes exploren los diferentes tipos de violencia, de coacción y de maltrato que se pueden producir en los ámbitos de la salud mental y de los servicios sociales.



Presentación: Introducción al módulo (5 minutos)

Aunque este módulo se centra principalmente en el ámbito de los servicios sociales y de salud mental, muchos de los temas y las estrategias que se tratan también son aplicables a ámbitos comunitarios. En concreto, las personas pueden sufrir violencia, coacción y maltrato incluso antes de acceder al servicio (por ejemplo, en su casa, en una comisaría de policía o en el servicio de urgencias de un hospital general).

La función principal de los servicios sociales y de salud mental es fomentar la salud mental y el bienestar y ofrecer ayuda a las personas usuarias de estos servicios. Sin embargo, en determinados servicios de países de todo el mundo hay personas que sufren violencia, maltrato y prácticas restrictivas, como por ejemplo el ingreso y el tratamiento involuntarios.

Para abordar estos fracasos en el sistema de salud mental y en otros relacionados es fundamental avanzar en el establecimiento de una cultura de la seguridad, la apertura y la transparencia en los servicios y poner en práctica estrategias para evitar la violencia, la coacción y el maltrato. Cuando se produce cualquiera de estos hechos, es perentorio, además, abordarlos de una manera inmediata y eficaz.

Una vía destacada de poner fin a estas prácticas en los servicios consiste en respetar los derechos de las personas que prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), como el derecho a tomar decisiones propias. Este derecho también incluye decidir si quiere recibir ayuda y dónde quiere recibirla.

Este módulo proporciona los conocimientos y las herramientas para alcanzar estos objetivos.

La necesidad de abordar los problemas de violencia, coacción y maltrato en los servicios sociales y de salud mental no implica que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva sean inherentemente violentas, ni tampoco significa que todos los tipos de servicios y todos los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos relacionados ejerzan sistemáticamente violencia y maltrato.

En este módulo, violencia, coacción y maltrato se consideran conjuntamente como variantes del maltrato en general ejercido sobre las personas en los ámbitos de los servicios sociales y de la salud mental. El módulo de formación explorará primero qué son la violencia, la coacción y el maltrato y cómo estas prácticas se perciben y se sufren en el ámbito de los servicios sociales o de salud mental.



Ejercicio 1.1. Formas de violencia, coacción y maltrato (10 minutos)

Para este ejercicio, crea un gráfico de araña en la pizarra (siguiendo el ejemplo de la figura 1, más abajo).

Empieza escribiendo «violencia, coacción y maltrato» en el centro.

Seguidamente, pregunta a los participantes:

¿Podéis dar ejemplos de violencia, coacción y maltrato que se producen en el ámbito de los servicios con los que estáis familiarizados?

Si los participantes responden dando un amplio abanico de ejemplos de violencia, coacción y maltrato (por ejemplo, maltrato físico), conecta esta categoría con el eje central y luego solicita a otros participantes que aporten ejemplos de esta categoría de maltrato (golpear, empujar, etc.).

Relaciona estos ejemplos con las categorías relevantes de violencia, coacción y maltrato del gráfico de araña. Un ejemplo puede ser aplicable a más de una categoría (por ejemplo, los tocamientos inadecuados se pueden considerar tanto maltrato físico como abuso sexual).

Si los participantes responden en primer lugar aportando ejemplos de maltrato (por ejemplo, golpes), explícales que este tipo de maltrato pertenece a la categoría más amplia de maltrato físico (por ejemplo, golpear a alguien es un ejemplo de maltrato físico) y, después, anota tanto la categoría general (es decir, malos tratos físicos) como el ejemplo (es decir, golpear) debajo del gráfico de araña.

Además de las aportaciones de los participantes, asegúrate de incluir la medicación forzosa, la terapia electroconvulsiva (TEC) sin consentimiento informado, el aislamiento y la contención y otros ejemplos de prácticas coercitivas, de violencia y de maltrato. También hay que tener en cuenta que a menudo se pasa por alto el trato negligente como forma de maltrato, por lo que es importante explorarlo con los participantes.

Quizás hay que animarles a ir más allá de los términos y de las categorías generales, y describir las experiencias y sentimientos reales que estas prácticas les pueden provocar. Por ejemplo, algunas personas pueden considerar el tratamiento forzoso con medicación como una intromisión violenta y no deseada en el cuerpo y la mente de una persona.

Si están representadas las diferentes partes implicadas en la violencia, es posible que aparezcan discrepancias durante este ejercicio. El formador debe propiciar el debate y animar a todo el mundo a hablar sin morderse la lengua.



Figura 1. Ejemplo de gráfico de araña en que se recogen diferentes tipos de violencia, de coacción y de maltrato que tienen lugar en el ámbito de la salud mental. Las líneas de puntos indican una conexión implícita con otra área de violencia, coacción o maltrato. Este es solo un ejemplo para el formador; la composición real puede variar durante la sesión, en función de sus preferencias y de las aportaciones de los participantes.



Presentación: ¿Qué son la violencia, la coacción y el maltrato? (15 minutos)

Se entiende por *violencia* el uso intencionado de fuerza física o de poder (de palabra o de hecho) que causa o tiene muchas probabilidades de causar una lesión, daño psicológico o privación o incluso la muerte.

La *coacción* se puede entender como cualquier acción o práctica adoptada que no se adecue a la voluntad de la persona (es decir, adoptada sin el consentimiento informado de la persona) para obligarla a comportarse o dejar de comportarse de una determinada manera. En algunos casos, la legislación nacional puede autorizar el uso de la coacción (por ejemplo, puede haber una ley que permita la hospitalización y el tratamiento involuntarios en los servicios de salud mental).

Las nociones de *violencia* y *coacción* se solapan. Las acciones llevadas a cabo de una manera coactiva suelen percibirse como violentas. Del mismo modo, para poner en práctica una coacción a menudo se requiere un determinado grado de violencia.

Algunos ejemplos de violencia y coacción contra personas con discapacidad psicosocial, cognitiva e intelectual pueden ser:

- El aislamiento y el uso de medidas restrictivas, incluida la contención física con las manos, la contención mecánica o el uso de medicación para controlar el comportamiento de una persona (contención farmacológica).
- La hospitalización forzosa en los servicios sociales y de salud mental y el tratamiento forzoso.
- El tratamiento forzoso en la comunidad.
- La violencia y la coacción económicas (es decir, controlar los recursos de una persona para obligarla a actuar en contra de su voluntad).
- La esterilización, la anticoncepción o el aborto involuntarios.

La violencia y la coacción pueden ser más sutiles. Por ejemplo:

- Inducir a una persona a pensar que sus acciones tendrán consecuencias negativas o que se adoptarán acciones contra ella o que se le denegarán algunas cosas (por ejemplo, el acceso a comer, a la prensa o a la televisión) si no acepta un tratamiento.
- Dar a una persona medicación sin su consentimiento (por ejemplo, escondida en la comida).
- Es importante señalar que los organismos y expertos de las Naciones Unidas han determinado que el uso de prácticas coactivas en el contexto de la salud mental — como el tratamiento forzoso, el aislamiento, las medidas restrictivas, la TEC y la psicocirugía sin consentimiento informado— pueden considerarse una forma de tortura y maltrato (2), (3), (4), (5), (6). Por ejemplo, el relator especial sobre tortura de la ONU ha declarado que el aislamiento en soledad de «cualquier duración impuesta a una persona con discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano y degradante» y que las medidas restrictivas, incluso aplicadas durante un breve lapso, pueden constituir tortura y maltrato. El relator especial ha exigido «la prohibición absoluta de las contenciones y el aislamiento» (7), (8).
- Además, la TEC no debería aplicarse sin el consentimiento informado y nunca en su forma no modificada (es decir, sin anestesia ni relajantes musculares).

A continuación, se dan definiciones prácticas que probablemente cubrirán los aspectos y ejemplos identificados por los participantes en el ejercicio anterior. Estas categorías son meramente indicativas. Los actos de violencia y maltrato identificados en el ejercicio 1.1 pueden pertenecer a más de una categoría.

- **Violencia y maltrato físicos (9):** cualquier contacto intencionado e involuntario contra una persona que pueda o no infligirle lesiones o daños corporales, incluyendo golpes, empujones, tirones, patadas, arañazos, bofetadas, cogerla por la ropa o por la cara, lanzarle objetos e inmovilizarla.
- **Violencia y maltrato psicológicos/emocionales (10):** comportamiento destinado a controlar y someter a una persona mediante el miedo, la humillación, la intimidación, el castigo y el trauma emocional; conducta que erosiona la sensación de valía personal, por ejemplo censurándola o despreciándola, o mediante intimidación, amenazas, engaños, información falsa, manipulación, privación de su capacidad para tomar decisiones, restricción del acceso a

la familia y los amigos, la eliminación de una rampa o dispositivo de asistencia (como un bastón para ciegos) o de movilidad (como una silla de ruedas), eliminación o control de los sistemas de ayuda a la comunicación o la denegación de la asistencia para comunicarse. Es importante señalar que el hecho de que el maltrato psicológico o emocional no conlleve contacto o fuerza físicas no significa que no sea extremadamente perjudicial.

- **Violencia y maltrato verbales:** uso de un lenguaje denigrante, destructivo, infantilizador, condescendiente o agresivo, como el uso de insultos, gritos, palabras agresivas, discriminatorias o irrespetuosas, lenguaje grosero o amenazas, con el fin de hacer estallar deliberadamente la cólera o suscitar el miedo en la otra persona.
- **Violencia y abusos sexuales:** cualquier acción no deseada que implique un elemento sexual. Por ejemplo, violación (es decir, penetración en cualquier parte del cuerpo con cualquier objeto), agresión sexual, tocamiento sexual no deseado en cualquier parte del cuerpo (vestido o desnudo); acoso sexual, inducir a una persona vulnerable a participar en actividades sexuales, incluidos actos sexuales con otra persona; o mantener actividad sexual intencionadamente ante una persona vulnerable. También otras prácticas como cachear a una persona desnuda o forzarla a permanecer de pie desnuda ante otros (por ejemplo, para ducharse) también pueden constituir violencia sexual.
- **Trato negligente:** se entiende por *trato negligente* desatender, de manera deliberada o involuntaria, las necesidades básicas de una persona, ya sean físicas, emocionales, sociales o médicas, como ignorar a la persona o no ayudarla con las necesidades básicas diarias (higiene, vestido y alimento), no proporcionarle comida, agua o higiene o no darle acceso a los servicios y ayuda.

Intersecciones del género con la violencia, la coacción y el maltrato

Varios factores sociales, incluido el género, pueden incrementar el riesgo de violencia, coacción y maltrato, tanto dentro como fuera de los servicios de salud mental.

- Las mujeres y las niñas experimentan altas tasas de violencia y agresión sexual, incluso en instituciones de salud mental (11), y las mujeres y las niñas con discapacidad psicosocial corren un riesgo más alto de violencia tanto en el contexto doméstico como en el de la comunidad (12).
- Las personas transgénero pueden sufrir elevadas tasas de violencia, acoso y maltrato, incluso para acceder a los servicios de salud y en el ámbito de los servicios de salud mental (13), (14).
- El uso de medidas restrictivas como la contención puede variar en función del género en los servicios (15).

Tal y como hemos visto en el ejercicio anterior, muchas de estas formas de violencia y de maltrato se producen dentro de los servicios sociales y de salud mental.

Tema 2. ¿Qué dice la CDPD sobre la violencia, la coacción y el maltrato?

Duración del tema

Aproximadamente 20 minutos.

El objetivo de este apartado es animar a los participantes a revisar los artículos de la CDPD relacionados con la violencia, la coacción y el maltrato.



Ejercicio 2.1. La finalización de la formación (5 minutos)

Solicita a los participantes que cojan las copias de la CDPD (anexo 1). Seguidamente, pregunta al grupo:

¿Qué dice la CDPD sobre la violencia, la coacción y el maltrato?

El objetivo de esta pregunta es reintroducir el contenido y la importancia de la CDPD en materia de violencia, coacción y maltrato en los servicios sociales y de salud mental. Invita a los participantes a compartir sus pensamientos, e incluso conjeturas, ya que esto les ayudará a revisar la CDPD. Después de unos minutos de debate entre los participantes, continua con las presentaciones siguientes.



Presentación: artículos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (15 minutos)

La CDPD protege a las personas contra la violencia, la explotación, el maltrato, el trato negligente y la coacción.

Todos los artículos de la Convención están interrelacionados y son pertinentes en este tema. A pesar de ello, aquí solo presentamos los artículos que se relacionan más directamente.

Artículo 10. Derecho a la vida

El artículo 10 insta a los países a adoptar medidas para proteger el derecho a la vida de las personas con discapacidad.

Poner fin a la violencia, la coacción y el maltrato, que pueden conllevar la muerte, es una medida fundamental para proteger el derecho a la vida.

Artículo 12. Reconocimiento igual como personas ante la ley

El artículo 12 establece que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica, es decir, derecho a adoptar sus propias decisiones y que estas decisiones se respeten. Mediante el reconocimiento de este derecho y garantizando que se respete la voluntad personal, la CDPD protege a las personas con discapacidad contra muchas formas de violencia, coacción y maltrato.

El artículo 12 es especialmente importante para el objetivo de garantizar igualdad y protección contra cualquier tipo de discriminación, exclusión o tratamiento o intervención forzosos e involuntarios, ya que otorga a las personas el derecho a decidir sobre cualquier aspecto de su vida.

A menudo, la ley puede permitir aplicar prácticas coercitivas en contra de las personas con discapacidad, alegando que se consideran «beneficiosas» para la persona y/o que la persona no tiene suficiente capacidad para tomar decisiones.

El artículo 12 requiere a los estados soberanos que garanticen que los profesionales de los servicios, los familiares y otros cuidadores respeten las decisiones de la persona y eviten intervenir en contra de su voluntad.

Las disposiciones del artículo 12 se explican con mayor profundidad en los módulos [La capacidad jurídica y el derecho a decidir](#) y [El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas](#).

Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona

El Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, que supervisa la aplicación de la CDPD por parte de los estados, ha establecido claramente que el artículo 14 prohíbe el internamiento involuntario en los servicios sociales y de salud mental (16).

Esto tiene una importancia capital, dado que el internamiento en estos servicios a menudo va acompañado de violencia, coacción y maltrato, y es el entorno en donde se producen (6).

El internamiento es perjudicial porque priva a las personas de libertad y las pone bajo control ajeno, con lo cual se cortan sus vínculos con la comunidad. Detrás de puertas cerradas, la violencia y el maltrato pueden pasar desapercibidos y producirse sin estorbos. Así, pues, prohibir el internamiento involuntario en el ámbito de salud mental y otros relacionados evita que se produzcan muchas formas de violencia, coacción y maltrato en entornos de salud mental.

Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes

El artículo 15 declara que las personas con discapacidad no deben ser tratadas con crueldad ni torturadas (por ejemplo, golpeadas, agredidas sexualmente o sometidas a TEC o medicación forzosa).

Las personas con discapacidad tampoco deben ser sometidas a experimentación médica o científica, a menos que den su consentimiento libre e informado para hacerlo (por ejemplo, en relación a un ensayo clínico en el que se administran nuevos medicamentos en fase de prueba).

Artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el maltrato

La explotación, la violencia y el maltrato pueden adoptar numerosas formas y se pueden producir tanto en ámbito de la atención de salud como en la comunidad. El artículo 16 establece que se deben tener en cuenta el género, la edad y la discapacidad para proteger a las personas de la explotación, la violencia y los abusos y que hay que proporcionar servicios y apoyos que fomenten la recuperación de las personas que los han sufrido.

El artículo 16 requiere que:

- Los estados desplieguen leyes y normativa y que adopten otras medidas necesarias para proteger a las personas con discapacidad de la explotación, la violencia y el maltrato tanto en el ámbito doméstico como en el comunitario.
- Los estados apoyen y den información a las personas con discapacidad y a sus familiares y cuidadores para permitirles reconocer y denunciar la explotación y los abusos.
- Los estados garanticen que los servicios para las personas con discapacidad sean supervisados adecuadamente para asegurarse de que no se producen abusos.
- Los estados desarrollen políticas y que desplieguen leyes y otras medidas para garantizar que los abusos se investiguen y que los maltratadores sean juzgados por los tribunales.

Artículo 17. Protección de la integridad personal

El artículo 17 establece que las personas con discapacidad tienen derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las otras personas.

Esto significa que hay que respetar su cuerpo y su mente.

- Por ejemplo, no se las puede golpear ni violar y no se las debe someter a ningún tratamiento ni intervención sin su consentimiento.

En cualquier forma, la violencia, la coacción y el maltrato vulneran los derechos humanos y afectan profundamente la salud y el bienestar individuales.

Tema 3. ¿Qué efectos tienen la violencia, la coacción y el maltrato?

Duración del tema

- 1: Aproximadamente 1 hora y 50 minutos.
- 2: Aproximadamente 45 minutos.
- 3: Aproximadamente 20 minutos.



Advertencia: Esta actividad podría provocar respuestas emocionales fuertes en algunas personas.

Los formadores lo deberían tener en cuenta. Antes de esta actividad, los formadores deben hacer saber a los participantes que deberían sentirse libres para expresar sus emociones, o hacer una pausa o salir de la sesión de formación hasta el final de la actividad. El formador también debe tener presente cualquier signo de malestar que muestren los participantes y debe estar preparado para prestarles los apoyos necesarios.



Ejercicio 3.1: Experiencias personales en relación con las repercusiones de la violencia, la coacción y el maltrato (50 minutos)

El objetivo de este apartado es presentar a los participantes ejemplos reales de las consecuencias negativas de la violencia, la coacción y el maltrato en los ámbitos de los servicios sociales y de salud mental.

Destaca lo siguiente a los participantes:

- Tal y como hemos visto, la CDPD incorpora muchos artículos dedicados a la protección de las personas contra la violencia, el maltrato y las prácticas coercitivas.
- La CDPD también explica qué deben hacer los países para evitar estas prácticas y proteger a las personas.
- A menudo, las personas despliegan estas prácticas sin pararse a pensar en las consecuencias reales de sus acciones sobre la persona implicada.
- Para poder poner fin a estas prácticas (y a las actitudes y creencias que las propician), es importante tener en cuenta, entender y asimilar el impacto que esta violencia, coacción y maltrato tiene en las personas.

A continuación se dan tres opciones, por orden de preferencia, basadas en el impacto potencial que cada una puede tener en los participantes. Una o varias de estas opciones se desarrollarán en el ejercicio en grupo 3.1.

Opciones del ejercicio:

Opción 1: Una persona o grupo de personas que haya(n) experimentado violencia, coacción o maltrato en los servicios sociales o de salud mental debe(n) hablar de su experiencia y del impacto que ello ha tenido en su(s) vida(s).

Opción 2: Proyección de vídeos sobre violencia, coacción y malos tratos, y testimonios de personas que hayan sobrevivido a dichas experiencias.

Opción 3: Frases de personas que hayan experimentado violencia, coacción y maltrato.

Las tres opciones pueden dar una oportunidad para que los participantes que hayan sufrido coacción, violencia y maltrato hablen de sus vivencias. Si los participantes se sienten suficientemente seguros para compartir su experiencia con el resto del grupo, se les debe permitir que la compartan y acompañarlos. Puede ser necesario ajustar el tiempo de la sesión para asegurarse de que los participantes que quieran compartir su experiencia dispongan del tiempo y del espacio adecuados para hacerlo, y también para reproducir el vídeo de INTAR India, disponible al final de este tema.

Opción 1

Debate cara a cara con personas que han sufrido coacción, violencia y maltrato

La opción preferente es la opción 1. Conviene que el formador organice una sesión en la que una o más personas que hayan experimentado coacción, violencia y maltrato en servicios sociales y de salud mental expliquen su vivencia durante esta formación.

La selección minuciosa de uno o más oradores que puedan aportar su perspectiva en el tema es fundamental en este proceso. Algunas personas pueden no estar preparadas para hablar en público sobre su experiencia, o pueden tener tendencia a quitar importancia o a justificar los malos tratos que han sufrido.

Invita a personas que hayan sufrido violencia, coacción o maltrato a asistir a la sesión y a compartir sus experiencias con los participantes.

En caso de identificar alguna persona que ha sufrido violencia, coacción o maltrato dispuesta a hablar, se puede utilizar el formato siguiente:

Introducción de la sesión y del orador u oradores por parte del formador.

- Los oradores cuentan sus vivencias (en la medida en que se sientan cómodos). Anima a los oradores a hablar sobre los tipos de maltrato que han sufrido, y también sobre el impacto que ha tenido en ellos.
- Turno de preguntas y respuestas y debate con los participantes. Conviene que el formador haga de moderador en las preguntas para garantizar que los oradores se sientan cómodos y acompañados al explicar sus vivencias al grupo. En ningún caso los oradores deben verse obligados a contestar a preguntas incómodas, inadecuadas o indiscretas. También hay que evitar que los oradores se sientan interrogados por el grupo.

Opción 2

Vídeos sobre violencia, coacción y maltrato en los servicios (45 minutos)

Proyecta vídeos de entrevistas o testigos de personas que han sufrido violencia, coacción o maltrato en el ámbito de la salud mental. Algunos ejemplos son:

- Women institutionalized against their will in India. (4,15). Septiembre de 2013. <https://youtu.be/NZBxl9pNYHw> [consulta: 9 de abril de 2019].
- I couldn't move. I couldn't breathe (52 seconds). BBC News. <http://www.bbc.com/news/uk-england-37427665> [consulta: 4 de diciembre de 2018].
- Open Paradigm Project – Dorothy Dundas (12:22). Mayo de 2013. <https://youtu.be/8kZMaUZ7wm0> [consulta: 9 de abril de 2019].
- Ghana: abuse of people with disabilities (3:45). Human Rights Watch, octubre de 2012. <https://youtu.be/wTGV4s2fktQ> [consulta: 9 de abril de 2019].
- Uganda: people with psychosocial disabilities demand “End the abuse!” (4,57). MDAC, abril de 2016. https://youtu.be/slr_SvB1uyU [consulta: 9 de abril de 2019].
- Bupa Adelaide nursing home accused of poor care following death of resident (7:28 minutos). ABC Australia, 1 de mayo de 2017. <http://www.abc.net.au/news/2017-05-01/bupaadelaide-nursing-home-accused-of-poor-care/8487694> [consulta: 23 de febrero de 2017].

Es necesario subrayar a los participantes lo siguiente:

- Los maltratos que se muestran en estos vídeos son evidentes y extremos. Sin embargo, es importante entender que la violencia y el maltrato pueden adoptar muchas formas, incluyendo las más sutiles, y se pueden producir en cualquier lugar.

Recuerda a los participantes las diferentes formas de violencia, coacción y maltrato analizadas en el tema 1.

Opción 3

Muestra las siguientes citas sobre violencia, coacción y maltrato en los servicios. Esta opción se puede combinar con la opción 1 y/o la opción 2 para hacer la sesión más exhaustiva. Citas de personas que hayan sufrido violencia, coacción y maltrato (20 minutos).

«Tomaba mucho Valium, no lo suficiente para estar inconsciente, pero, si añadimos su efecto sedante a mi yo ya derrotado, podría decirse que era como un títere ..., como un perro maltratado que no se habría estremecido con otra patada. Estaba muy mal y, por tanto, era muy fácil que me maltrataran... no tenía sentido decírselo a nadie. ¿Quién se cree la palabra de una paciente mental, de una interna mental, frente a la de un miembro del personal que hace mucho tiempo que trabaja y aparentemente es muy respetado por sus colegas? Los depredadores tienen campo abierto en este tipo de entorno. ¿Quién escuchará la opinión de alguien que ha estado en una institución de salud mental?» (17) Catherine, antigua usuaria de servicios de salud mental

«La TEC fue un ataque violento y perjudicial tanto para mi cerebro como para mi alma. Hizo que estuviera emocionalmente peor, no mejor. Me quedé catatónica y con un miedo angustiante a morir.» (18) Dorothy

«Después de abrir la cerradura y arrastrarme allí dentro, me dijeron: "No puedes quedarte con la ropa por razones de seguridad". Y me obligaron a desnudarme. Y no dejaron de grabarme en vídeo en ningún momento. Para una chica que se sentía incómoda y que estaba allí por un tema de violencia doméstica, lo único que lograron fue intensificar mi odio.» (19) Mujer que sufrió aislamiento y medidas restrictivas en la adolescencia

«Las enfermeras nos obligaban a tomarnos la medicación delante de ellas. A veces, si me quejaba porque eran demasiadas pastillas, la enfermera me las metía a la fuerza en la boca y me acariciaba la garganta para que me las tragara, como si estuviera alimentando a un perro... Una noche me desperté y no podía moverme: me dolía todo el cuerpo. Vino una enfermera y me clavó una inyección sin ni siquiera quitarme la ropa. Te tratan peor que a los animales; es una realidad alternativa.» (20) Mujer de 46 años con una supuesta discapacidad psicosocial, Delhi, 25 de agosto de 2013

«Estuve encerrado en... el hospital durante un año, y me tuvieron un mes sentado, atado a una silla mirando a la pared. ¿Por qué? Porque era un "peligro" para mí mismo. Me desataban 20 minutos al día y me hacían caminar en círculos alrededor de la silla atado con una cuerda. Me quitaron todos los efectos personales, incluso el anillo de boda. Solo llevaba puesta una camisa blanca. Mi psiquiatra y el personal se mofaban de mí, me llamaban... "perro". Al final terminé rompiéndome. Comencé a balbucear. [El psiquiatra] me metió en una sala de silencio. Había excrementos en el suelo y en las paredes, me dio un palo de fregar y me ordenó que los limpiara. Intenté huir, pero me cogieron y me volvieron a aplicar las medidas de contención... al final aprendí qué tenía que decir y cómo tenía que comportarme para que me dieran el alta. Fingí para que me dejaran salir. Hace ya veinte años. Aunque estoy traumatizado...» (21) W. Martin

«Era muy difícil estar allí metido todo el día. Contaba los días para salir. A veces, si te niegas a tomar la medicación o te vuelves agresivo con los guardias, te pegan con un palo y te dan bofetadas. Me alegré de irme. Me sentía como un prisionero allí adentro. Cuando salí tuve la sensación de que recuperaba la libertad.

Las llevé [las cadenas] 45 días. Alguien logró escapar del centro y, después de eso, a unos cuantos nos encadenaron para evitar que huyéramos también. Ahora hay un paciente encadenado a la ventana. Dicen [el personal] que intentó huir, y lo han encadenado.» (22) Abdi, Somalilândia



Ejercicio 3.2: La violencia, la coacción y el maltrato tienen consecuencias (15 minutos)

Después de revisar una o más de las opciones del ejercicio anterior, planifica una lluvia de ideas con el grupo sobre los diversos impactos de la violencia, la coacción y el maltrato que se producen en el contexto de los servicios sociales y de salud mental. Toma nota de los ejemplos que dan los participantes en una lista. En caso necesario, retoma los ejercicios anteriores para estimular el debate.

¿Cuáles son algunas de las consecuencias que creéis que pueden tener estas prácticas violentas, coactivas y abusivas? Durante el debate, subraya el impacto no solo para las personas que sufren estas prácticas, sino también para los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, para los cuidadores, para los familiares y para el resto de las personas implicadas.

Algunos ejemplos de impactos pueden incluir:

- Trauma emocional o retraumatización y sufrimiento.
- Consecuencias para la salud física, como pueden ser lesiones o incluso la muerte.
- Efectos secundarios lesivos de la medicación o la TEC.
- Sentimientos negativos, como sensación de aflicción, cólera, pérdida, humillación o tristeza.
- Sensación de separación de la sociedad y de ser un ciudadano de segunda.
- Pérdida de relaciones debido a la implicación de amigos y familiares en prácticas coercitivas, como la hospitalización forzosa en servicios sociales y de salud mental y/o la medicación forzosa, y dificultad para establecer nuevas relaciones.
- Impacto negativo en la salud mental.
- Malos resultados en la recuperación; necesidad de acompañamiento a largo plazo.
- Pérdida de la confianza/miedo del personal, del servicio y del sistema.
- Mala reputación/exposición en los medios para el personal y los servicios sociales y de salud mental.
- Pérdida de respeto hacia el personal.
- Falta de realización profesional para el personal.
- Cicatrices emocionales, desmoralización de las personas que sufren el maltrato y también del personal y las familias.
- Limitación o retirada de la financiación del servicio, lo que conlleva un deterioro aun más acusado.
- Investigación policial.
- Demandas ante la justicia.

Además, si este tema no sale durante el debate, es importante señalar lo siguiente:

Las personas que ya han soportado violencia y maltrato en sus vidas —además de medidas restrictivas en los servicios, tales como el aislamiento y la contención, y los sentimientos asociados de pérdida de control, desconfianza, miedo y humillación que aquellas comportan— pueden tener la sensación de

que tienen muy pocas opciones, salvo defenderse, incluso con violencia, de una nueva intervención coercitiva.

«Si queremos que la gente deje de comportarse violentamente, tal vez deberíamos dejar de tratarla violentamente.» (23)

Sera Davidow, directora de la Western Mass Recovery Learning Community, Massachusetts, EEUU

Tema 4. ¿Por qué se producen estas prácticas?

El objetivo de este apartado es ayudar a los participantes a tomar conciencia de los motivos que llevan a utilizar la violencia, la coacción y el maltrato en los servicios sociales y de salud mental.



Ejercicio 4.1: Motivos del uso de la violencia, la coacción y el maltrato en los servicios (15 minutos)

Aborda este tema con una sesión de lluvia de ideas con el grupo sobre los motivos por los que estas prácticas se producen en los servicios.

Pregunta a los participantes:

¿Cuáles son algunas de las razones por las que se producen la violencia, la coacción y los malos tratos?

Haz una lista de los motivos que ofrecen los participantes en la pizarra.

Los participantes pueden tener dificultades para identificar cuáles son algunas de las razones por las que hay violencia, coacción y maltrato. Si el grupo se queda sin ideas, anima a los participantes a ver la situación desde perspectivas diferentes: la de una persona con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, la de un miembro del personal sanitario, la de un miembro del personal de seguridad o la de un miembro del personal administrativo, y pídeles que reflexionen sobre las políticas aplicadas al servicio, la cultura, etc. Por ejemplo, pregúntales: «¿Qué puede llevar a un miembro del personal o a un familiar a maltratar a una persona?».

Si no sale en el debate, es conveniente que el formador plantee el tema de la legislación en materia de salud mental que permite al personal (y, en algunos casos, incluso les obliga) a utilizar prácticas coercitivas en los servicios sociales y de salud mental.

Conviene que el formador también esté preparado para que los participantes pongan sobre la mesa que el responsable del uso de coacción o violencia por parte del personal es el comportamiento de las personas usuarias de los servicios.

Una posible respuesta a este argumento puede ser explicar que se considera legítimo el uso de la fuerza física en defensa propia o la de otra persona cuando dicho uso es proporcionado al uso intencionado de la violencia. Ahora bien, en muchos servicios, las respuestas a este comportamiento supuestamente violento no son en defensa propia ni son proporcionales a la amenaza.

Por lo tanto, es importante que se adopten alternativas a las prácticas coercitivas o abusivas para velar por el bienestar de las personas usuarias de los servicios. El personal de salud mental y otros ámbitos y el personal de seguridad, los responsables principales de garantizar la seguridad en el servicio, deben tener una buena formación en técnicas de desescalada y derechos humanos y mostrar sensibilidad por las preocupaciones de las personas usuarias de los servicios. Conviene que personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva también participen como formadores y sean contratadas en los servicios para ayudar a cambiar la cultura en cuanto al uso de la coacción, la violencia y el maltrato (por ejemplo, como acompañantes de otros internos). El hecho de que las personas puedan actuar de una manera considerada desafiante no debería servir de pretexto para recurrir a la coacción, la violencia y el maltrato.

Entre los motivos por los que se producen la violencia, la coacción y el maltrato se encuentran:

- El personal cree que es la única manera de «gestionar» las conductas percibidas como desafiantes, porque desconocen cualquier otro método alternativo.
- Se deshumaniza a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, o usuarias de servicios sociales y de salud mental, a ojos de los profesionales y otras personas.
- No hay personal suficiente y de tiempo para hacer un acompañamiento individual a las personas.
- El personal cree que estas prácticas están justificadas, no son ningún problema o son «terapéuticas».
- El uso de estas prácticas no se puso en duda en el pasado.
- Existe una discriminación arraigada (o estereotipos) hacia los usuarios de los servicios por motivos de raza, género y edad, entre otros factores.
- El miedo a la seguridad de la propia persona o de otras personas.
- La falta de supervisión del personal y de acciones disciplinarias puede conducir a desplegar prácticas o comportamientos inadecuados.
- Los servicios pueden estar aislados de la comunidad, puede haber una falta de interacción y vínculos entre los servicios y la comunidad, o puede haber un déficit de supervisión de los servicios.
- El servicio, la legislación nacional y la política o la justicia permiten estas prácticas.
- No se investiga bien a los profesionales antes de aceptarlos como personal del servicio (por ejemplo, algunos pueden tener un historial previo de maltrato, acoso o actividad delictiva).
- La experiencia propia de personas que han sido maltratadas en la vida puede llevarlas a creer que es normal o aceptable ejercer un cierto grado de violencia o maltrato contra ellas.
- El personal se siente abrumado por tener que compaginar la vida laboral y la doméstica (trabajos adicionales, dificultades económicas, carga como cuidadores de familiares, etc.).

- Las defensas psicológicas pueden tener algún papel (por ejemplo, el personal puede proyectar sus sentimientos en otras personas o verlas como diferentes, en parte debido al diagnóstico o las etiquetas).
- Ausencia de contacto, confianza y comunicación entre las personas usuarias del servicio y el personal.

A continuación, muestra a los participantes la diapositiva siguiente y compárala con las respuestas escritas en la pizarra.



Presentación: Motivos por los que se dan la violencia, la coacción y el abuso en los servicios (15 minutos)

Explica a los participantes lo siguiente:

Ahora revisaremos algunas de las razones por las que se dan la violencia, la coacción y el maltrato. Reconoceréis algunas de vuestras respuestas en esta diapositiva.

Esta diapositiva muestra algunos de los motivos por los que se dan violencia, coacción y maltrato en los servicios sociales y de salud mental. Algunos están asociados a actitudes; otros, a conocimientos y capacidades (o a falta de capacidades), y otros, a las prácticas de gestión.

ACTITUD

- Creencia de que el uso de la violencia, la coacción o el maltrato está justificado o es necesario para controlar un comportamiento percibido como desafiante. Puede estar basada en creencias discriminatorias sobre las personas con discapacidad u otros colectivos.
- Creencia que afirma que, a veces, prácticas como el aislamiento y la contención son inevitables.
- Dinámicas de poder (actitud y gestión).
- Creencia de que la violencia y la coacción pueden ser necesarias para castigar comportamientos considerados inadecuados.
- Conceptos erróneos y actitudes discriminatorias.

CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES

- Comprensión y educación insuficientes sobre los vínculos entre violencia, trauma y salud mental.
- Creencia de que las prácticas coercitivas son una forma de tratamiento, evitan riesgos y generan seguridad.
- Formación insuficiente en el establecimiento de un contacto significativo y de relaciones de apoyo y en estrategias alternativas para desescalar situaciones violentas o complicadas.
- No se informa ni se educa a las personas en derechos humanos.
- No tiene lugar un aprendizaje activo de los errores y las quejas basado en las observaciones y opiniones de la persona implicada sobre su vivencia del episodio coercitivo.

POLÍTICA Y GESTIÓN

- Ausencia de supervisión en el servicio social o de salud mental.
- La legislación y las políticas locales o nacionales permiten estas prácticas y no hay sanciones ni soluciones jurídicas por parte de los tribunales.
- Las políticas o los protocolos de los servicios permiten prácticas como el aislamiento y la contención, la hospitalización y el tratamiento involuntarios, etc.
- El maltrato en los servicios no es visible en el mundo exterior debido a la falta de supervisión; los servicios están aislados de la comunidad y no hay interacción ni vínculos entre el servicio y la comunidad.
- En los servicios impera una cultura de la violencia, la coacción y el maltrato.
- La prevención de la violencia, la coacción y el maltrato no se consideran un aspecto prioritario en los servicios.
- Falta de personal suficiente para gestionar adecuadamente las situaciones tensas, difíciles o conflictivas.
- Desequilibrio de poder entre el personal y las personas usuarias de los servicios.
- Miedo del personal a perder el trabajo o a sufrir consecuencias si denuncian malos tratos.
- Diseño inadecuado del servicio (por ejemplo, entorno estresante u opresivo), no propicio para fomentar la recuperación y la inclusión.
- Se priorizan los intereses del servicio y de los profesionales (por ejemplo, la obtención de beneficios) por encima de los intereses y las necesidades de las personas.

Para preparar el tema siguiente, *Entender las actitudes y las relaciones de poder*, anima a los participantes a pensar cómo se pueden evitar la violencia, la coacción y el maltrato:

Pensad en grupo en ejemplos de violencia, coacción y maltrato en los servicios sociales y de salud mental de los que hayáis tenido conocimiento por haber sido testigos, por haber oído hablar de ellos o sobre los que hayáis leído.

- ¿Qué factores condujeron al episodio? Pensad en factores que vayan desde el nivel individual hasta el nivel de sistema.
- ¿Cómo pensáis que el episodio afectó a las personas implicadas, incluidas las personas usuarias del servicio, los familiares y el personal del servicio?
- ¿Cómo se podrían haber evitado estos incidentes y qué cambios se podrían introducir para evitar que se vuelvan a producir incidentes similares en el futuro?
- ¿Se os ocurre alguna estrategia alternativa que se pueda utilizar para evitar la violencia, el maltrato o las prácticas coercitivas?

Tema 5. Entender las actitudes y las relaciones de poder

Duración del tema

Aproximadamente 55 minutos.

El objetivo de este tema es ayudar a los participantes a entender cómo algunos servicios sociales y de salud mental crean un entorno en el que se producen desequilibrios de poder que contribuyen al uso de la coacción, la violencia y el maltrato.



Ejercicio 5.1: El significado del poder (10 minutos)

Explica a los participantes:

En este ejercicio debatiremos las dinámicas de poder en los servicios sociales y de salud mental.

Pide al grupo:

¿Qué entendéis por el término *poder*?

Algunas respuestas pueden ser, por ejemplo:

- autoridad
- fuerza
- control
- jerarquía
- desigualdad/injusticia
- represión
- influencia



Presentación: Dinámicas de poder en los servicios sociales y de salud mental (10 minutos)

En esta presentación exploraremos qué se entiende por *dinámicas de poder* en los servicios sociales y de salud mental.

¿Qué es el poder?

- El poder interviene en la vida cotidiana de todo el mundo, creando ventajas y desventajas que cambian con el tiempo y en función del lugar. El poder se ejerce y se resiste en múltiples niveles, desde el nivel estructural (por ejemplo, políticas discriminatorias) hasta la interacción individual (por ejemplo, comentarios racistas). Las relaciones de poder incluyen ejercer «poder sobre» otras personas, pero también ejercer «poder con» otras personas (cuando

varias personas funcionan como colectivo) (24). Dicho de otro modo, a menudo implica ser capaz de controlar o decidir qué puede o no puede hacer otra persona y tener una cierta autoridad sobre alguien o algo. El desequilibrio de poder puede conducir a la violencia, la explotación, la coacción, el maltrato y el trato cruel y degradante.

¿Qué son las dinámicas de poder?

- El término *dinámicas de poder* hace alusión a los diferentes grados de poder que varias personas tienen en un lugar determinado.
- Las dinámicas de poder también influyen en las experiencias y en el acceso a la prestación de los servicios sociales y de salud mental.
- En un servicio social o de salud mental, tanto los profesionales de la salud mental como de otros ámbitos tienen más poder que las personas usuarias de los servicios. En este caso, se suele hablar de *desequilibrio de poder*.

¿Por qué hay diferencias en los grados de poder?

Muchas diferencias en los grados de poder responden a los diversos roles y responsabilidades que tienen las personas en los servicios sociales y de salud mental:

- El personal presta los servicios, es responsable de su funcionamiento y de hacer cumplir las normas y los procedimientos. En este sentido, estas personas tienen poder de manera inherente.
- Además, al personal se le permite legalmente utilizar la coacción, y a menudo la ley les obliga a hacerlo. Esto hace que las personas sometidas a prácticas coercitivas se encuentren desamparadas para defenderse y modificar su situación y permite al personal desestimar sus deseos (por ejemplo, relativos a dejar el servicio, elecciones sobre cuidados y tratamiento) como inválidos o a ignorarlos.
- La simple amenaza o posibilidad de ser internado y tratado involuntariamente a menudo puede agravar el desequilibrio de poder: las personas saben que deben aceptar lo que les ofrece o prescribe el personal para evitar ser hospitalizadas y tratadas involuntariamente.

En el ámbito de los servicios sociales y de salud mental, las personas usuarias dependen del personal para su bienestar y para recibir atención. Necesitan la experiencia del personal para recibir un tratamiento y una atención sobre los que a menudo no tienen control. Esta dependencia del personal y la falta de control pueden ponerlos en un riesgo especialmente elevado de experimentar coacción y un trato violento y/o abusivo.

Varios factores pueden influir y agravar las dinámicas de poder de los servicios sociales y la salud mental:

- El tipo de ropa que viste el personal (por ejemplo, uniformes en lugar de ropa de calle) y las personas usuarias de los servicios (pijama o ropa suministrada por el servicio en lugar de ropa personal).
- Los sitios donde se sirve la comida (por ejemplo, si el personal tiene su comedor o cafetería aparte) o si el personal tiene aseos separados.
- La naturaleza de la comunicación entre las personas (por ejemplo, si el personal habla con condescendencia a las personas usuarias o las ignora o ignora su opinión, deseos y planteamientos).

- Si el personal lleva distintivos.
- ¿Quién toma notas y/o se encarga de los archivos?
- ¿Quién tiene autoridad y claves/tarjetas para cerrar determinadas zonas (por ejemplo, salas cerradas)?
- ¿Quién se espera que viva la vida con un plan de tratamiento, objetivos, etc., por escrito y quién puede vivir la vida sin más?
- ¿Qué voz y opinión se escucha y se acepta con más frecuencia?
- ¿Las necesidades de quién reflejan las políticas, las agendas y las directrices de los servicios?

Teniendo en cuenta las dinámicas de poder potenciales que se producen en un servicio, el comportamiento del personal hacia las personas usuarias tiene un impacto inmenso tanto en sus derechos como en su bienestar y su recuperación.

Solo es posible identificar y prevenir la violencia, la coacción y el maltrato cuando las personas reconocen las dinámicas de poder desiguales que tienen lugar en un servicio y cambian su comportamiento en función de estas dinámicas.

Si bien las dinámicas de poder no se pueden eliminar completamente, sobre todo mientras las leyes permitan la hospitalización y el tratamiento involuntarios, hay otras formas de coacción que sí es posible identificar y limitar.

Un contacto respetuoso y comprensivo reduce las posibilidades de escalada y el riesgo de violencia, maltrato y coacción. Todas las personas merecen ser tratadas en igualdad de condiciones con otras personas, con dignidad y respeto.



Ejercicio 5.2: ¿Qué contribuye a las dinámicas de poder? (35 minutos)

Plantéales las preguntas siguientes:

¿Qué contribuye a las dinámicas de poder en un servicio social o de salud mental?

- La creencia de que una persona o un grupo concretos son «inferiores» a otros (por ejemplo, menos capaces, menos inteligentes, más mercedores de derechos, etc.).
- La exclusión social y estructural de personas y de colectivos o segmentos de la población (por ejemplo, la discriminación por cuestiones de género, así como el colonialismo, el sexismo, el racismo, las políticas que no abordan o empeoran la experiencia de determinados colectivos, etc.).
- La sensación de indefensión o la resistencia a determinadas dinámicas de poder.

¿Cómo pueden influir las diferencias en la manera de vestir en las dinámicas de poder?

- La ropa diferencia a unas personas de las otras.
- Las personas que llevan ropa de hospital pueden transmitir la percepción de ser diferentes (por ejemplo, de requerir tratamiento) y no estar al mismo nivel que los demás.
- La ropa puede crear diferencias y jerarquías.

¿Cómo pueden influir las diferencias del lugar donde se come en las dinámicas de poder?

- Si hay comedores diferenciados para el personal y las personas usuarias se agravan las diferencias y se propicia la aparición de un entorno de «ellos / nosotros».

¿Cómo puede influir la manera en que el personal escucha y habla con las personas usuarias de los servicios en las dinámicas de poder?

- Cuando no se las escucha, las personas se pueden sentir indefensas e infravaloradas. Por el contrario, la escucha activa y la empatía pueden cambiar las dinámicas de poder y corregirlas.
- El diagnóstico y la jerga médica pueden hacer que las personas se sientan deshumanizadas y dan lugar a entender que es el personal quien tiene el poder y los conocimientos.

¿Qué otros ejemplos se os ocurren que puedan influir en las dinámicas de poder en los servicios?

- La falta de libertades y la incapacidad de decidir por uno mismo.
- La falta de intimidad (por ejemplo, que otras personas entren en el espacio personal sin permiso).
- La necesidad de pedir permiso para hacer cualquier cosa.
- Los toques de queda.
- Tener baños separados.

¿Cuáles son las dinámicas de poder que tienen lugar en vuestros servicios?

¿Se os ocurren situaciones en vuestro servicio en las que el personal tenga poder sobre las personas usuarias del servicio o en las que las personas tengan muy poco poder para decidir?

Algunas respuestas pueden ser:

- las elecciones sobre el tratamiento y la atención
- el horario de las visitas y acceso de la familia y los amigos
- las llamadas telefónicas
- la hora de irse a dormir y de levantarse
- las salidas al exterior
- la asistencia a terapia ocupacional
- la elección de la comida y de la hora de las comidas
- las decisiones sobre cuándo se puede tomar una ducha, un baño, etc.
- cuándo se puede pedir el alta del servicio

¿Qué repercusiones puede haber ocasionalmente cuando las personas usuarias de los servicios no cumplen las reglas del servicio o las instrucciones que se les dan?

- maltrato físico o verbal
- aislamiento y contenciones u otros castigos
- internamiento y tratamiento forzosos
- restricciones para recibir el alta

- aplazamiento del alta (algunas personas pueden hacer lo que les dicen solo para que les den el alta)
- negación de acceso a la televisión, los medios de comunicación, etc.

Es importante transmitir el mensaje siguiente:

A menudo el personal no explora ni se toma en serio los motivos por los que las personas no cumplen las reglas del servicio. Por el contrario, se interpreta que este incumplimiento se debe al trastorno mental de la persona o a su personalidad.

Por último, solicita a los participantes:

¿Qué se puede hacer para compensar este desequilibrio de poder?

Fomenta el debate sobre esta cuestión, ya que puede haber un abanico amplio de respuestas.

El mensaje que hay que transmitir a los participantes es el siguiente:

- Es fundamental reconocer que, debido a los desequilibrios y las dinámicas de poder, los usuarios de los servicios corren un riesgo más elevado de sufrir violencia, coacción y maltrato.
- La legislación que permite el ingreso y el tratamiento involuntarios en los servicios sociales y de salud mental contribuye en gran medida al desequilibrio de poder e incumple la CDPD.
- Para cambiar las prácticas en los servicios sociales y de salud mental con el objetivo de poner fin a la coacción, la violencia y el maltrato no hay que esperar que estas leyes se deroguen.
- Reflexionar sobre nuestro propio papel, posición o trabajo es el primer paso para abordar el desequilibrio de poder. En el caso del personal de los servicios, eso implica formularse preguntas como: «¿Qué conocimientos, valores y experiencias apporto en mi trabajo?», «¿Cómo han influido la crianza, la educación y la formación que he recibido en mi manera de ver el mundo?», «¿De qué manera mis experiencias ventajosas o desventajosas han modulado mi forma de trabajar?», o «Soy consciente de qué piensan sobre mí los demás o de cómo me perciben?» (25).
- Reducir el desequilibrio de poder también conlleva que el personal tome conciencia de sus propias limitaciones y necesidades para no acabar abrumados por las situaciones difíciles y poder ayudar a desescalarlas.

En ese momento puede ser conveniente tener una pequeña sesión sobre cómo se sienten los participantes sobre los temas tratados hasta ahora, dado que los debates previos pueden haber sido emocionalmente difíciles para algunos.

Tema 6. Estrategias clave para evitar y atenuar situaciones de conflicto

Duración del tema

Aproximadamente 30 minutos.



Presentación: *¿Cómo se puede responder de manera eficaz y adecuada a estas situaciones de tensión? (30 minutos)*

Esta presentación describe diferentes reacciones que las personas pueden tener ante situaciones de tensión. Diferencia las respuestas inadecuadas e ineficaces en situaciones de tensión de otras más adecuadas y eficaces.

A continuación, identifica cinco estrategias clave que se pueden utilizar para responder a estas situaciones y evitar así el uso de prácticas coercitivas y abusivas.

Las situaciones de tensión a menudo conducen a situaciones de conflictividad que a veces «se resuelven» mediante el uso de la fuerza (por ejemplo, con violencia y coacción).

Normalmente, están ocasionadas por una comunicación deficiente o por malentendidos. También pueden responder al hecho de que las personas se limitan a «hacer su trabajo» (por ejemplo, la función del personal es mantener el control y el orden en el servicio), incluso teniendo «buenas intenciones» (por ejemplo, la convicción del personal de que un tratamiento será beneficioso para una persona). Asimismo, se suelen producir cuando alguien tiene la sensación de que no se le escucha o de que no se respeta su voluntad.

Tanto el personal como las personas usuarias del servicio pueden ser el origen de una situación de tensión. Sin embargo, es mucho más probable que las personas usuarias del servicio sean las receptoras de una respuesta coercitiva o violenta.

Si no se abordan adecuadamente, las situaciones de tensión tienen el potencial de evolucionar hacia el conflicto.

Algunos ejemplos de situaciones que pueden escalar en violencia son: el hecho de que una persona sienta que no le escuchan y eso le moleste y la altere; que un miembro del personal se sienta frustrado cuando la persona se niega a recibir tratamiento.

Incluso aspectos que pueden parecer irrelevantes pueden generar conflictos si no se abordan con respeto y acompañamiento.

Respuestas o prácticas inadecuadas e ineficaces

Gritos

- A menudo se grita para ejercer control, hacerse escuchar o «dejar las cosas claras».

- Gritar puede aumentar la tensión y hacer que las personas se alteren aun más.

Amenazas e intimidación

- Se emplean para presionar y coaccionar a las personas a hacer o no hacer algo.
- Sin embargo, pueden hacer que las personas se sientan indefensas, abatidas, atemorizadas y rebajadas.

Manipulación forzosa

- Incluye empujones, agarrones, tirones y otras formas de fuerza física.
- Puede provocar lesiones.
- Puede derivar rápidamente en una situación de violencia.

Medicación forzosa

- Se suele utilizar para resolver una situación de tensión o evitar que las personas se comporten de una manera determinada que se percibe como desafiante (por ejemplo, sedación).
- Puede tener un impacto negativo en la salud de las personas.
- Puede deteriorar gravemente la relación entre la persona usuaria y los miembros del personal.

Aislamiento y contención

- A menudo empeoran la situación.
- No se ha demostrado que estas prácticas ayuden a las personas a mejorar el autocontrol.
- No tienen beneficios terapéuticos ni un impacto positivo a largo plazo en el cambio de comportamiento.
- Aumentan la sensación de indefensión, miedo, malestar, frustración, cólera y resentimiento.
- Pueden provocar un deterioro de la salud mental de una persona y obstaculizar gravemente la recuperación.
- Estas prácticas pueden provocar sufrimiento, lesiones o, incluso, la muerte de las personas usuarias de los servicios.
- Pueden deteriorar la relación terapéutica entre la persona usuaria del servicio y el personal.
- También pueden dejar heridas psicológicas en los miembros del personal, familiares u otras personas que sean testigo o impongan estas medidas.

Respuestas adecuadas y eficaces

Muchas personas usuarias de los servicios sociales han sufrido traumas en la vida. Cuando se producen violencia, coacción y malos tratos en los servicios de salud mental, el servicio no solo fracasa en su función de ayudar a las personas usuarias, sino que agrava sus dificultades originales y las retraumatiza (26).

Es fundamental que los profesionales de la salud mental y otros ámbitos aprendan a reaccionar a las situaciones tensas de una manera sensible con los traumas, no lesiva o contraproducente. Un buen comienzo puede ser preguntar a la persona alterada qué le ayudaría a serenarse (por ejemplo, si hay

alguien con quien preferiría que contactaran o si tiene alguna necesidad específica). Dado que la mayoría de tensiones surgen de la incomodidad y la indefensión, es capital saber escuchar con atención y reducir esta sensación de indefensión. Además, una respuesta a tiempo reduce las posibilidades de escalada del conflicto.

Una respuesta adecuada y eficaz a una situación de tensión comporta:

- Preguntar a la persona cómo quiere que la ayuden o la traten.
- Tratar a la persona implicada con respeto y empatía.
- Tener en cuenta el historial previo de trauma o maltrato.
- Escuchar las inquietudes y deseos de la persona.
- Intentar entender y reconocer sus sentimientos.
- Ser paciente y comprensivo.
- Ser tranquilizador.
- Dar a la persona espacio y tiempo.
- Mantener la calma.
- Buscar una solución no violenta a los problemas.

A la hora de tratar con situaciones tensas, puede ser necesario pensar en la seguridad de todas las personas de alrededor (por ejemplo, pedir a las personas que no sean necesarias en ese momento que abandonen la sala o se mantengan a una distancia prudencial).

Reconocimiento y respuesta a puntos sensibles y signos de malestar

Los puntos sensibles son situaciones o estímulos que pueden generar un abanico amplio de emociones en función de la persona, incluyendo malestar, frustración o cólera. No solo hay que identificar los puntos sensibles o los signos de malestar en relación con las personas usuarias de los servicios. También conviene identificar los del personal, familiares y otros implicados, porque pueden tener puntos sensibles o signos de malestar que hay que conocer para evitar que se genere un conflicto. El personal de los servicios sociales y de salud mental también se puede beneficiar de recibir más formación sobre cómo abordar su propio nivel de estrés o mantener la calma en situaciones complicadas.

Es importante intentar identificar los puntos sensibles y los signos de malestar, cólera o frustración de una persona lo antes posible para evitar que la situación derive en un conflicto. Eso se debe hacer mediante un abordaje general y respetuoso. Es esencial no considerar los puntos sensibles y los signos de malestar o cólera como estímulos o comportamientos que sencillamente habría que eliminar o contener. Pueden tener un significado y una explicación más profunda para la persona y es capital intentar entenderlos. Además, los puntos sensibles y los signos de malestar o cólera no son necesariamente el resultado de una situación específica, sino que pueden estar relacionados con cuestiones más profundas de la situación vital de la persona. En este sentido, puede ser necesario ayudar a la persona a abordarlas en el marco de un contexto más general.

La activación de múltiples puntos sensibles en un breve espacio de tiempo puede provocar que una persona sienta un gran malestar, y la activación de los puntos sensibles de muchas personas con un elevado nivel de malestar puede derivar en una situación de tensión y de conflictividad.

Por ejemplo, algunos puntos sensibles pueden ser:

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

- No sentirme escuchado.
- Que no me hablen con respeto.
- Que otras personas usen mis cosas sin mi permiso.
- Los ruidos estridentes.
- El contacto físico.
- No tener elección, control o información.

Los signos de malestar son signos físicos o externos que indican que una persona siente malestar. Los signos físicos de malestar requieren una respuesta sensible y acompañamiento con el objetivo de identificar y eliminar la causa, de tranquilizar a la persona o de ayudarla de alguna otra forma. Algunos ejemplos son (27):

- intranquilidad
- agitación
- andar arriba y abajo
- respiración dificultosa o rápida
- sensación de opresión en el pecho
- sudor
- apretar los dientes
- llanto
- retorcerse las manos
- balancearse
- introspección, miedo e irritación
- contacto ocular prolongado
- levantar el tono de voz
- agresión
- amenazar con hacer daño

Una vez identificadas los puntos sensibles o signos de malestar, hay estrategias fundamentales para responder a la situación y evitar o desescalar las situaciones de conflicto. Algunos ejemplos:

1. Técnicas de comunicación
2. Entornos de acompañamiento y salas de bienestar
3. Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede»
4. Planes individualizados para explorar los puntos sensibles y los signos de malestar
5. Equipos de respuesta

Cada una de estas estrategias se desarrollará en los temas siguientes.

Tema 7. Técnicas de comunicación

Duración del tema

Aproximadamente 30 minutos.



Presentación: Habilidades comunicativas (15 minutos)

Es fundamental tener unas buenas habilidades comunicativas para el funcionamiento diario de un servicio eficaz que responda a las necesidades de las personas. Conviene que el personal tenga tiempo para mantener la comunicación y el contacto con las personas usuarias del servicio.

También es esencial tener unas buenas habilidades comunicativas para abordar una situación de tensión. Emplear estas habilidades es uno de los modos más eficaces de enfrentarse a las situaciones de tensión y de conflictividad de forma respetuosa y que evite las prácticas coercitivas.

Estas técnicas tienen como finalidad que la persona se sienta respetada, escuchada, valorada y que perciba que se la apoya.

Cuando las personas tienen la sensación de que se las escucha, es más probable que se comuniquen de una manera más abierta y clara, lo que permite una resolución pacífica de la situación. La comunicación es interpersonal por naturaleza. Por lo tanto, si los esfuerzos para mantener una comunicación significativa con una persona no parecen fructíferos, es aconsejable pedir a otra persona (un colega, un compañero u otro acompañante) que intente establecer un contacto significativo.

La naturaleza de la comunicación

La frase siguiente expresa la importancia de la comunicación como medio para evitar la coacción:

«No tengo claro que lo más importante sea utilizar las palabras exactas, sino más bien el **tono** de voz, el **lenguaje corporal** y el **entorno físico** donde se pronuncian estas palabras...» (28)

La frase pone de manifiesto que la comunicación va mucho más allá de las palabras que empleamos.

Una buena comunicación puede contribuir a evitar y resolver situaciones de tensión.

La comunicación debe ser:

- **Respetuosa:** se debe tratar a todas las personas implicadas en una situación con respeto y dignidad.
- **Atenta:** hay que centrar toda la atención en las personas implicadas.
- **Asertiva:** debe apoyar a las personas a que encuentren la manera de serenarse y resolver la situación.

- **Positiva:** debe animar a las personas a convencerse de que su situación puede cambiar o de que es posible encontrar una manera de superarla.
- **Empática:** se deben hacer esfuerzos para entender los pensamientos y los sentimientos de las personas implicadas.
- **Paciente:** se debe invertir todo el tiempo necesario en escuchar las preocupaciones de las personas implicadas y encontrar una resolución justa y pacífica a su situación.
- **Sensible a la cultura:** es importante tener en cuenta el bagaje y la historia de la persona, ser conscientes de que múltiples factores, como la cultura, el género, el estatus de migrante, la orientación sexual u otros aspectos, han modulado sus experiencias y conocimientos.

La comunicación también se puede mejorar prestando atención a los elementos estructurales que contribuyen a la salud mental y al contexto más amplio de la persona (por ejemplo, el racismo, la pobreza, las políticas del bienestar, las formas contemporáneas de segregación, etc.) (29), (30), (31). Eso puede incluir invitar a personas a compartir información relacionada con su identidad, contexto y necesidades, según se considere necesario.

Algunas personas tienen unas buenas habilidades de comunicación de manera innata, mientras que otras requieren práctica y formación.

La escucha activa (32)

La escucha activa es un aspecto fundamental de una buena comunicación y hace que las personas se sientan más escuchadas y comprendidas. La escucha activa es capital para que las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental puedan expresar sus preocupaciones, contar su historia y exponer su opinión. Para que la escucha activa funcione, el oyente debe estar verdaderamente interesado en lo que explica el orador.

- La escucha activa es una forma estructurada de escuchar que centra la atención en el orador.
- La persona que escucha concentra toda su atención. Al poner toda la atención en el orador, el oyente es capaz de formular preguntas oportunas porque participa activamente en la conversación. Eso también es crucial para generar confianza.
- La escucha activa se puede demostrar mediante acciones no verbales (movimientos de la cabeza, mirando a los ojos o con un lenguaje corporal abierto y con los brazos extendidos).
- El oyente repite con sus propias palabras lo que cree que ha dicho el orador (por ejemplo, «por lo que dices...»). Es importante hacerlo porque, a menudo, oímos lo que *esperamos* oír, en vez de lo que se dice realmente. De este modo, parafraseando lo dicho, el oyente se asegura de que ha entendido de verdad lo que ha dicho la persona. No se trata de repetir como un lorito lo que ha dicho el otro. Se trata de entender el sentido verdadero o el sentido subyacente de lo dicho.
- El oyente no tiene que estar a favor ni en contra; se debe limitar a reafirmar lo que ha dicho el orador.
- Este tipo de diálogo propicia una mejor comprensión de los pensamientos, los sentimientos y las motivaciones de la persona que habla.

Beneficios de la escucha activa

- Promueve la atención y muestra interés y respeto hacia el otro.
- Evita malentendidos.
- Anima a las personas a abrirse y hablar de una manera más clara por el hecho de transmitirles que sus palabras son importantes.
- Invita a expresar emociones y sentimientos.
- Evita que una situación empeore.
- Tiene más probabilidades de ayudar a adoptar una solución centrada en la persona ante una situación o un problema.



Ejercicio 7.1: Frases para calmar una situación de tensión (33) (25 minutos)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a reflexionar sobre las reacciones que tiene todo el mundo ante determinadas frases. Demuestra cómo los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos relacionados utilizan frases que pueden suscitar respuestas emocionales fuertes (y, a veces, negativas).

Leed las frases siguientes:

1. ¿Te ayudaría que nos sentáramos y habláramos del problema juntos?
2. Si no te calmas tú, tendré que calmarte yo.
3. Te pondrás bien.
4. ¡Relájate!
5. Estoy aquí para ayudarte.
6. No estás siendo razonable.
7. Podemos solucionar este problema juntos.
8. ¿Quieres hablar de cómo te sientes?
9. Estás siendo infantil.
10. ¿Qué puedo hacer para ayudarte?
11. Lo estás haciendo bien.
12. Sé que es algo temporal y pronto te sentirás mejor.
13. Cuenta conmigo.
14. No tienes que demostrar nada a nadie.
15. Sé que lo superarás.
16. Eres una persona con una gran valía.
17. Recuerda todo lo que has conseguido, no solo tus problemas.
18. Dime qué quieres/necesitas
19. Respeto tu opinión.
20. Podemos trabajar juntos para encontrar una salida.
21. Es normal sentirse así. No pasa nada.
22. No te rindas.
23. No puedo prometerte nada, pero haré todo lo que pueda.
24. Debes confiar en ti mismo y en tu capacidad para recuperarte.

Analiza cada una de las frases con los participantes haciéndoles las siguientes preguntas:

- ¿Cómo os hacen sentir estas palabras?
- ¿Creéis que pueden ser de ayuda para calmar una situación de tensión? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Hay alguna frase que funcione con todo el mundo?

En este punto, pregunta a los participantes:

- ¿Actualmente utilizáis alguna frase de este tipo cuando afrontáis una situación difícil?
- ¿Se os ocurren otras cosas que decir que puedan ayudar a apaciguar situaciones de tensión?
- ¿Qué cosas habéis oído decir a otras personas que no son útiles?
- ¿Se os ocurren palabras útiles para decir en lugar de esas frases inútiles?
- ¿Cómo podéis comunicar a través del tono de voz, el lenguaje corporal y la postura más allá de las palabras?

Acaba el ejercicio diciendo a los participantes lo siguiente:

- Incluso en estas sencillas frases podemos apreciar que las palabras que usamos tienen fuerza y un impacto importante en los sentimientos de las personas. Esto es especialmente así en situaciones de tensión.
- Frases sencillas como estas nos pueden hacer sentir más tranquilos y menos amenazados o, al contrario, más tensos y alterados.
- Es importante destacar que lo que puede parecer una frase útil para algunas personas puede no serlo para otras. El contexto, la cultura, quien pronuncia la frase y también la intención que esconden determinan cómo la reciben los demás.

Tema 8. Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar

Duración del tema

Aproximadamente 5 minutos.



Presentación: Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar (34) (5 minutos)

El entorno de un servicio puede hacer aumentar o reducir las tensiones. Un entorno coercitivo u opresivo puede agravar los conflictos y la escalada, mientras que un entorno cómodo y de acompañamiento puede potenciar la recuperación, el bienestar, la inclusión, la esperanza, la resiliencia y la interacción social, entre otros aspectos.

Si bien todo el entorno debería ser de acompañamiento, una solución práctica podría ser tener una sala de bienestar en el servicio. Una sala de bienestar crea un santuario para mantenerse alejado del estrés y permite a las personas experimentar sus sentimientos y aliviar su incomodidad en privado. Se puede ofrecer en cualquier momento y puede contribuir a evitar que la situación se agrave.

Las salas de bienestar deben ser de uso voluntario y en ningún caso deben utilizarse como lugar de aislamiento. No se debe encerrar nunca a nadie con llave en una de estas salas ni impedirle que salga.

Otro ejemplo es el uso de estímulos sensoriales. A veces, los estímulos sensoriales pueden ser útiles para reducir la ansiedad y el malestar y relajarse, en función de la persona. Los estímulos sensoriales estimulan diferentes sentidos (tacto, oído, olfato, vista o gusto).

Los estímulos sensoriales también se deberían utilizar **únicamente con el consentimiento informado** de la persona y solo si esta los identifica como útiles.

Algunos ejemplos son:

- música
- masaje
- agua tibia
- cojines blandos y mantas y alfombras suaves
- colores relajantes
- luz tenue
- balancines
- aromaterapia
- animales (si procede)

Tema 9. Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede»

Duración del tema

Aproximadamente 10 minutos.



Presentación: Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede» (10 minutos)

Los servicios sociales y de salud mental deben pasar de una cultura de «gestionar» y «controlar» a las personas a un enfoque orientado a la recuperación, que tenga como objetivo darles apoyo y satisfacer sus necesidades cuando realmente deseen dicho apoyo (por ejemplo, necesidad de alivio de unas circunstancias difíciles, necesidad de contacto humano y de consuelo o necesidad de trabajar en la recuperación al margen de su vida y rutina habituales). Para conseguir un cambio de estas características, es fundamental que el personal trabaje con las personas usuarias para satisfacer sus necesidades.

A menudo, sin embargo, en el momento de la hospitalización, las personas usuarias de los servicios caracterizados por una cultura institucional y las que se internan en contra de su voluntad se ven obligadas a ceder un control considerable al personal y al servicio. El hecho de encontrarse en una situación de pérdida del control y de «dependencia» del personal para obtener consuelo, seguridad y bienestar puede provocar malestar, miedo, ansiedad y frustración y puede derivar en situaciones de conflicto.

Estos sentimientos se pueden ver incrementados por el hecho de que los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos a menudo dicen que no a las peticiones de las personas o tardan en satisfacerlas, muchas veces sin dar ninguna explicación. Esto se puede deber a una sobrecarga de trabajo, a la escasez de personal, a una formación insuficiente o a la creencia de que satisfacer una petición no es en «el interés superior» de las personas. También puede deberse a la normativa del servicio o a una cultura más generalizada de falta de respuesta en el servicio.

Una estrategia útil para propiciar este cambio cultural es establecer una cultura del «sí» y del «sí se puede» en el servicio. Esto ocurre para crear un espacio sin juicios donde se pueda plantear cómo se toman las decisiones y, si es posible, responder «sí» en vez de «no» a las peticiones de las personas usuarias del servicio.

Antes de decir «no» a una petición de una persona usuaria de los servicios, el personal debería aplicar el modelo REFLECT (35). Este modelo consiste en:

R - Replanteamiento: ¿qué sería necesario para decir «sí»?

E - Emoción: ¿cómo se sentirá la persona si digo «no»?

F - Fácil: ¿es «no» la opción fácil?

L - La escucha: ¿he escuchado realmente a la persona y lo que pide?

E - Explicación: ¿puedo explicarle a la persona por qué no puedo satisfacer su petición?

C - Creatividad: ¿hay alguna manera creativa de satisfacer la petición de esta persona?

T - Tiempo: ¿estoy destinando el tiempo necesario para considerar su petición?

Es importante reconocer que, a veces, los servicios pueden no ser capaces de satisfacer determinadas necesidades (o al menos no inmediatamente), lo que hay que hablar con la persona.

Además, la dirección del servicio debe asegurarse de que el personal tenga las condiciones de trabajo necesarias para autorizarlos a implicarse de una manera eficaz con las personas usuarias del servicio y satisfacer sus necesidades.

Tema 10. Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y a los signos de malestar

Duración del tema

Aproximadamente 55 minutos.



Presentación: Planes individualizados para explorar los puntos sensibles y los signos de malestar (36) (15 minutos)

¿Qué es un plan individualizado?

Un plan individualizado es un documento en el que la persona identifica sus signos de malestar y puntos sensibles, así como estrategias y acciones que ella misma u otras personas pueden adoptar para responder a la situación y aliviar el malestar, la ansiedad, la frustración o la cólera.

Puede que no haya que elaborar planes individualizados específicos para explorar los puntos sensibles y los signos de malestar de todos, ya que no todo el mundo querrá o necesitará uno.

Sin embargo, en el caso de algunas personas, elaborar un plan individualizado puede ser útil para entender qué las hace sentir agitadas, ansiosas o enfadadas y cómo pueden responder los demás a estas situaciones de una manera respetuosa con la persona y con sus deseos y preferencias. Algunas personas querrán desarrollar el plan solas, mientras que otras querrán que participen en el proceso personas de su confianza.

Elaborar un plan ofrece a otros la oportunidad de entender las emociones y los sentimientos de la persona ante determinadas situaciones y debatir maneras eficaces de satisfacer sus necesidades cuando se da una de estas situaciones y a largo plazo.

Por ello, los planes individualizados pueden ayudar a resolver situaciones de tensión de una manera más eficaz y sin recurrir al uso de la coacción, el maltrato o la violencia.

Hay que ofrecer a la persona que elabora el plan la posibilidad de poner en conocimiento de todas las personas pertinentes (incluyendo profesionales de la salud mental y otros ámbitos, familiares y cuidadores) la existencia del plan para que puedan saber cómo ayudarla de una manera eficaz y digna.

Los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, los familiares y otros cuidadores también pueden elaborar sus propios planes individualizados; ellos también tienen puntos sensibles que pueden afectar a su comportamiento en situaciones de conflicto. Es importante que entiendan los propios puntos sensibles y detecten métodos para tranquilizarse que les funcionen a fin de no contribuir a crear una situación de tensión o a empeorarla.

Un plan individualizado bien elaborado para una persona que se siente cómoda recibiendo este tipo de ayuda para abordar las causas típicas de malestar puede ser beneficioso para todas las personas implicadas y puede generar un mejor entorno, tanto en el servicio social o de salud mental como en casa.

El plan individualizado debe prever estrategias para relajarse

Una vez identificadas los puntos sensibles y los signos de malestar, se debería animar y ayudar a las personas a explorar qué las ayuda a sentirse mejor y a recuperar el control. Recoged estas opciones en sus planes individualizados.

Algunos ejemplos son:

- Dar un paseo/tomar el aire.
- Que alguien reconozca mis sentimientos.
- Hacer respiraciones lentas y profundas.
- Apretar una pelota o una manta.
- Gritar o llorar.
- Pasar un rato en una sala de bienestar.
- Llamar a un amigo o familiar.
- Hacer deporte o ejercicio.
- La música, el arte y la creatividad.
- La jardinería.
- Las mascotas y animales.

Si se comparten los planes individualizados con los profesionales de los servicios, deberían ser accesibles durante las situaciones de tensión (por ejemplo, se debería permitir a las personas guardar una copia, tenerla en el expediente del servicio, disponerla en el registro en línea, etc.).

Estos planes se pueden desarrollar como documentos independientes o como parte de un plan de recuperación general o de un plan o documento de voluntades anticipadas.

En resumen:

- Los planes individualizados son únicos para cada persona. Priorizan las necesidades del individuo por encima de las del servicio. A menudo, los servicios optan por seguir procedimientos o hacer las cosas de la manera más fácil. Un plan exige adaptabilidad, flexibilidad y también creatividad.
- Los planes individualizados los desarrolla la persona interesada, que también puede decidir implicar a otras personas, tales como familiares, otros cuidadores, amigos, colegas, compañeros, profesionales de la salud mental y de otros ámbitos, etc.
- Los planes individualizados identifican los puntos sensibles y los signos de malestar.
- Los planes individualizados prevén estrategias para responder a los puntos sensibles antes de que una situación se agrave.

Estos aspectos se exploran con más detalle en el módulo *Estrategias para poner fin al aislamiento y a las medidas restrictivas*.



Ejercicio 10.1: Elaborar planes individualizados (40 minutos)

Para hacer este ejercicio, indica a los participantes que se agrupen por parejas. Si quieren, también pueden hacer el ejercicio individualmente.

Reparte copias de «identificación de puntos sensibles y signos de malestar» (anexo 2).

Pide que cada pareja haga lo siguiente:

Empezad el ejercicio haciendo que una persona interroge a la otra sobre qué la hace sentir alterada, nerviosa, frustrada o enfadada.

A continuación, debatid qué la ayuda a relajarse durante las situaciones de estrés.

Interrogad a vuestra pareja:

A. ¿Qué te hace sentir frustrado, nervioso o enfadado?

Por ejemplo, que la gente no me llame por mi nombre completo, no poder tomar mis propias decisiones, que no escuchen, que se ignore mi opinión, que se desatienda o retrase una petición, la música estridente o sentirme rodeado de demasiada gente.

B. ¿Qué te ayuda a calmarte en situaciones de estrés?

Puedes formular las preguntas siguientes para estimular el debate: ¿Qué os gusta que os digan en estas situaciones? ¿Con quién preferís estar? ¿Qué estrategias utilizas para calmarte? Por ejemplo, ir a una sala tranquila a relajarme, hablar con mi hermana, escuchar música relajante y tomar una taza de té.

Finalmente, rellena la tabla del anexo 2.

Tras debatir estrategias como las mencionadas, utilizad el anexo 2 para elaborar un plan individualizado con vuestra pareja.

- Haced una lista de los puntos sensibles y los signos de malestar.
- Hacedla también de las estrategias para calmaros.

Una vez terminada la primera ronda, los participantes invierten los papeles y repiten el ejercicio.

Tema 11. Equipos de respuesta

Duración del tema

Aproximadamente 1 hora.



Presentación: Equipos de respuesta (37) (15 minutos)

Ahora analizaremos los equipos de respuesta como estrategia fundamental para abordar estas situaciones. Los equipos de respuesta se utilizan en varios países; por ejemplo, en los hospitales de Pensilvania, Estados Unidos, donde han conseguido una reducción muy notable del uso de las medidas coercitivas en los hospitales psiquiátricos y en las unidades psiquiátricas (este ejemplo se describe más adelante, en el tema 13 (38)).

¿Qué es un equipo de respuesta?

Un equipo de respuesta es un grupo básico de especialistas experimentados, responsables de intervenir o responder cuando es probable que se produzca una situación de emergencia considerada «ingobernable» por las personas presentes.

Los equipos de respuesta están entrenados para responder a las situaciones conflictivas mediante herramientas de comunicación y desescalada destinadas a calmar la situación y resolverla con seguridad. A medida que los equipos de respuesta adquieren más experiencia práctica, su eficacia para aliviar situaciones de conflicto aumenta con el tiempo.

La misión del equipo de respuesta es responder siempre a las situaciones conflictivas de una manera no violenta y no coercitiva. Es importante asegurarse de que el equipo de respuesta no evolucione con el paso del tiempo en un equipo que use medidas coercitivas y violentas para abordar las situaciones de tensión y conflicto.

Ahora bien, es importante destacar que la intervención de un equipo de respuesta solo es necesaria en determinadas situaciones de crisis en que otras estrategias no son adecuadas o no han funcionado. En muchos casos, las personas sencillamente pueden necesitar tiempo y espacio para superar su malestar solas o con la ayuda del personal y de otras personas.

¿Quién puede formar parte de un equipo de respuesta?

El grupo puede incluir:

- Profesionales de la salud mental y otros ámbitos (personal de asistencia, de enfermería, cuerpo médico, etc.).
- Otros miembros (incluidos compañeros, activistas comunitarios y familiares u otros cuidadores).
- Hay un grupo básico asignado cada día al servicio para cubrir días y noches.

- Además, también hay miembros de guardia:
 - Estos no están de manera permanente en el servicio.
 - Se les llama solo si se les necesita.
 - Se les avisa con poco tiempo y deben ser capaces de presentarse en el lugar de la emergencia rápidamente.

Es importante asegurarse de que la composición del equipo de respuesta se haga a medida de las necesidades de las personas (por ejemplo, se tendrán en cuenta la edad, el género, la cultura y las necesidades particulares).

¿Cómo trabaja un equipo de respuesta?

Los equipos de respuesta acuden al lugar de la situación de emergencia en poco tiempo.

La intervención principal consiste en establecer una relación no intrusiva, no controladora, no conflictiva y activamente empática con las personas implicadas sin recurrir al uso de medidas restrictivas (es decir: sin utilizar el aislamiento, contenciones, medicación forzosa, sedantes o tranquilizantes).

El equipo de respuesta comienza por adoptar un abordaje basado en la recuperación de una manera inmediata. El equipo demuestra esperanza, tranquilidad, positivismo y confianza en su capacidad para detener, evitar o desescalar una situación de crisis con profesionalidad y sin violencia. Los miembros del equipo trabajan para construir una relación con las personas implicadas, colaborando para entender las circunstancias inmediatas y el trasfondo relevante que han precipitado la crisis.

Las personas pueden optar por dar al equipo de respuesta acceso a sus planes individualizados, planes de decisiones anticipadas y/o planes de recuperación para que pueda determinar cuál es la respuesta más eficaz de acuerdo con su voluntad y preferencias. El equipo de respuesta también debe preguntar si la persona tiene planes de decisiones anticipadas o algún representante con quien se pueda contactar.

Se debe permitir a los equipos de respuesta que se tomen todo el tiempo necesario para resolver una situación concreta.

Una vez resuelta la situación:

- Los miembros del equipo de respuesta deben mantener una reunión informativa posterior al incidente para analizar su respuesta y el resultado, y determinar qué funcionó, qué no funcionó y cómo se podrían abordar mejor algunos aspectos si tiene lugar una situación similar.
- Conviene llevar a cabo una reunión informativa aparte con la persona que ha tenido la crisis cuando esta se sienta preparada para hacerlo, con el fin de entender mejor qué le pasó, qué causó su malestar, a qué respondió su reacción y en qué medida cree que el equipo de respuesta reaccionó adecuadamente a la situación y qué aspectos se podrían mejorar.
 - Es recomendable ofrecer a las personas implicadas la oportunidad de escribir su perspectiva personal sobre el incidente y sobre cómo se debería proceder en situaciones similares en el futuro.

- Esta sesión da también la oportunidad para desarrollar y revisar los planes individualizados.
- Eso ofrece una valiosa oportunidad para el entendimiento mutuo.



Ejercicio 11.1. Constituir un equipo de respuesta (45 minutos)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a elaborar una lista de medidas que se podrían adoptar para crear un equipo de respuesta en su servicio.

Pide a los participantes que se distribuyan en grupos de 3 o 4 miembros.

Haz a cada grupo una o dos de las siguientes preguntas:

- ¿A quién podéis involucrar? (aseguraos de tener en cuenta el equilibrio de género, etnia y edad)
- ¿Cómo se puede implicar a personas que no formen parte del personal en el equipo de respuesta? (Por ejemplo, ¿pueden estar disponibles en el servicio diariamente o pueden estar «de guardia» para acudir rápidamente?)
- ¿Qué habilidades creéis que deben tener los integrantes del equipo de respuesta?
- ¿Cómo se podría organizar la formación para este equipo?
- ¿Comporta algún gasto la organización de un equipo de respuesta y, en caso afirmativo, cómo se puede financiar?

Da a cada grupo 30 minutos para debatir estas preguntas.

Después del debate, solicita a un voluntario de cada grupo que comparta sus respuestas con el resto de los participantes.

Tema 12. Procedimientos de presentación de quejas e informes

Duración del tema

Aproximadamente 35 minutos.

El objetivo de este apartado es exponer las políticas y los procedimientos de presentación de quejas e informes como un medio para evitar y responder a la violencia, a la coacción y al maltrato en los servicios sociales y de salud mental. Es fundamental asegurarse de que las personas tienen una vía de denuncia de la violencia, la coacción y el maltrato. La responsabilidad es una parte capital del abordaje basado en los derechos en los servicios sociales y de salud mental.

La introducción siguiente aporta información fundamental sobre los procedimientos de presentación de quejas e informes. La presentación va seguida de una serie de preguntas abiertas a debate sobre cómo pueden poner en práctica los participantes estos procedimientos en su servicio.



Presentación: Procedimiento para presentar quejas y denunciar coacción, violencia o maltrato (20 minutos)

Es fundamental establecer un procedimiento para presentar quejas y denunciar prácticas de coacción, violencia o maltrato para evitar y poner fin a la existencia de abusos. Los procedimientos de presentación de quejas e informes deben tener en cuenta los derechos que prevé la CDPD y garantizar la prohibición de prácticas como la hospitalización y el tratamiento forzosos, el aislamiento y la contención.

Muchos de los protocolos para la presentación de quejas e informes existentes no protegen como es debido los derechos previstos en la CDPD. Es importante exigir que estos protocolos y mecanismos incorporen plenamente los principios de la CDPD a fin de garantizar una protección eficaz de los derechos de las personas.

Elementos para un procedimiento de denuncia eficaz

Todo procedimiento debe ser independiente de los servicios sociales y de salud mental y de la Administración. Las personas usuarias pueden ser reacias a presentar una queja o denuncia por un trato abusivo, por leve o grave que sea el incidente, por las posibles repercusiones negativas que pueda conllevar para su tratamiento y atención o por miedo a represalias.

Entre los organismos independientes se incluyen las oficinas de los defensores del pueblo y los síndicos (39), instituciones o comisiones de derechos humanos y otras instituciones pertinentes. Un organismo o persona independiente también puede ser eficaz si tiene su base de trabajo en el mismo servicio de salud mental. La clave radica en que el organismo o la persona mantengan su independencia plena y no se vean sometidos a presión por parte del personal ni influenciados por el entorno a gestionar las quejas de una manera determinada.

Además de la independencia, otros aspectos fundamentales son:

- La accesibilidad a los mecanismos de queja.
- La ayuda de personas de confianza (por ejemplo, familiares, compañeros de trabajo, servicios de defensa independientes) para ayudar a una persona, de acuerdo con sus preferencias y necesidades, a presentar una queja o a denunciar prácticas violentas o abusivas.
- La realización de una investigación eficaz y real sobre la queja.
- Un procesamiento y una respuesta diligente a las quejas .

Además, también se debería habilitar la opción de poder presentar quejas directamente en el servicio, ya que constituyen una oportunidad de mejora.

Casos graves preocupantes desde el punto de vista jurídico

Estas diapositivas están pensadas para recordar a los participantes que, en casos graves de violencia, coacción o maltrato, quien debe gestionar las quejas es el sistema de justicia penal de manera externa.

Algunas denuncias por violencia, coacción o maltrato van por la vía penal (por ejemplo, maltrato físico, violación, tortura u otros tipos de maltrato) y requieren investigaciones y procedimientos penales. Estos casos se denunciarán directamente a la policía, además de denunciarlos ante el organismo independiente encargado de temas de violencia, coacción y quejas.

La legislación penal y civil estatal también se aplicará a los incidentes que se dan en los servicios sociales y de salud mental con el fin de proteger a las personas usuarias de la violencia y el maltrato. La rendición de cuentas es fundamental. Toda persona tiene derecho a no sufrir violencia ni maltrato y se debe tratar a todos los ciudadanos de manera igualitaria.

La policía, los tribunales y otros organismos deberían recibir formación para tratar las quejas y denuncias interpuestas por personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva (por ejemplo, concienciar sobre los derechos de estos colectivos, sobre las barreras que plantean las medidas de toma de decisiones delegada, la hospitalización involuntaria, el contexto social u otros factores).



Presentación: Estrategias complementarias para tratar las quejas y denuncias por coacción, violencia o maltrato (40) (5 minutos)

Además de contar con un organismo que recepcione e investigue las quejas y denuncias por violencia, coacción o maltrato, resulta útil invitar a un organismo o servicio independiente a llevar a cabo comprobaciones periódicas y regulares en que los miembros del organismo investigador hablen con las personas usuarias de los servicios, con sus familias y con los miembros del personal.

Los servicios sociales y de salud mental pueden ser creativos en cuanto a desplegar otros mecanismos para permitir que las personas usuarias presenten quejas de forma que las haga sentirse seguras, como, por ejemplo, habilitar un buzón de sugerencias en una zona accesible pero relativamente privada, para que puedan dejar sus quejas de manera anónima.

Cultura de servicios

Cualquier mecanismo de denuncia de violencia, coacción y maltrato debe estar apuntalado por una cultura de mejora de los servicios sociales y de salud mental.

Una cultura de mejora de la calidad de los servicios comporta:

- Garantizar que las personas son conscientes de sus derechos y de cómo y dónde pueden presentar quejas.
- Consultar de manera proactiva las opiniones y observaciones de las personas y extraer aprendizajes de ello: cualquier proceso de este tipo debería incluir la opinión de las personas que han experimentado violencia, coacción o maltrato.
- Alentar a las personas a expresarse y garantizarles que sus opiniones serán tenidas en cuenta.
- Proporcionar más apoyo a las personas que tienen quejas o discrepancias con el servicio del que son usuarias, si es su voluntad.
- Establecer procedimientos de queja justos y transparentes.
- Crear una cultura de servicios que valore la seguridad y el bienestar de todas las personas del servicio.
- Propiciar actitudes entre los profesionales de la salud mental y otros ámbitos que vean las quejas como oportunidades para el crecimiento y la mejora de los servicios.
- Garantizar a las personas el acceso a servicios independientes de defensa de los pacientes.
- Ofrecer formación adecuada y relevante (por ejemplo, educación sobre cómo se puede prevenir la violencia, cómo se pueden reconocer los signos de maltrato, qué es la escucha activa, etc.).



Ejercicio 12.1: Acceso a mecanismos de queja externos (10 minutos)

Pregunta a los participantes:

¿Cómo pueden los servicios sociales y de salud mental facilitar el acceso a mecanismos externos de presentación de quejas?

Algunos ejemplos son:

- Haciendo visibles números de teléfono, direcciones de contacto y sitios web de organismos públicos o ONGs que traten la violencia, la coacción y el maltrato junto a un teléfono o a un ordenador a los que las personas usuarias tienen acceso.
- Haciendo constar números de teléfono, sitios web y direcciones de contacto sobre la materia en el folleto que se proporciona a todas las personas usuarias del servicio y a sus cuidadores.
- Asegurándose de que todo el mundo tiene acceso a teléfonos con un grado de confidencialidad aceptable (por ejemplo, que no estén situados junto a la sala de enfermería o en medio de un pasillo).
- Asociándose con organismos y ONGs del territorio especializadas en violencia, coacción y maltrato que realizan visitas regulares al servicio durante las que las personas usuarias se puedan reunir de manera anónima.

Tema 13. Cómo se puede poner fin a la violencia, a la coacción y al maltrato en mi servicio social o de salud mental

Duración del tema

Aproximadamente 25 minutos.

El objetivo de este apartado es que los participantes apliquen los conceptos y las estrategias analizados en este módulo de formación para prevenir la violencia, la coacción y el maltrato en su servicio.



¡Poner fin a las prácticas abusivas en los servicios es posible! Ejemplo (10 minutos)

El ejemplo de Pensilvania (38)

En la década de los noventa, el Departamento de Bienestar Público de Pensilvania (Estados Unidos) instituyó un programa activo para reducir y, en última instancia, eliminar el aislamiento y la contención en los centros de salud mental y psiquiátricos. Desde hace unos años ya no se practica el aislamiento en ninguno de los hospitales y se aplica un abordaje de contención cero.

El programa se hizo efectivo mediante una combinación de formación, supervisión, revisión de las políticas, cambio cultural, transparencia de los datos, uso de equipos de respuesta y adopción de un abordaje basado en la recuperación.

Los estudios que evaluaron el impacto del programa entre 2001 y 2010 (41), (42) demostraron una reducción significativa en el uso del aislamiento y la contención durante este periodo en todo el estado. En el periodo comprendido por el estudio, el uso de medicación no programada como indicador del uso de la contención farmacológica también disminuyó. Además, en contra de lo que se temía, no aumentaron los ataques al personal; en determinados casos, el número de ataques al personal incluso disminuyó.

Después de esta presentación inicial, proyecta la diapositiva de resumen de los temas tratados hasta este punto para utilizarla como punto de referencia para la sesión de lluvia de ideas. Anima a los participantes a pensar en estrategias, políticas y procedimientos que se pueden utilizar para poner fin a la violencia, la coacción y el maltrato en su servicio.



Presentación: Recapitulación de las estrategias para entender la violencia, la coacción y el maltrato y ponerles fin (5 minutos)

Abordaje de las dinámicas de poder

Estrategias para evitar la coacción, la violencia y el maltrato:

1. Técnicas de comunicación
2. Entornos de acompañamiento, incluyendo salas de bienestar

3. Establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede»
4. Planes individualizados para explorar puntos sensibles y signos de malestar
5. Equipos de respuesta



Ejercicio 13.1: ¿Qué podéis hacer vosotros para evitar la violencia, la coacción y el maltrato? (10 minutos)

Pide al grupo que reflexionen sobre su servicio (el servicio que utilizan o donde trabajan) o sobre un servicio que conozcan:

¿Qué podéis hacer para evitar el maltrato en vuestro servicio?

Haz una lluvia de ideas con los participantes y elabora una lista de maneras de prevenir la violencia, la coacción y el maltrato en los servicios de salud mental y otros relacionados.

Posibles respuestas de los participantes pueden ser, por ejemplo:

- Podemos adoptar una política clara de no coacción, no violencia y no maltrato y de mejora sistemática del servicio.
- Podemos informar sobre incidentes de violencia, coacción o maltrato de los que somos testigos.
- Podemos ser más conscientes de cómo podemos crear, contribuir o agravar situaciones de violencia, coacción y maltrato y animar a los demás a que también lo sean.
- Podemos dejar que las personas decidan probar opciones de tratamiento que les funcionen y evitar imponerles opciones que no desean.
- Podemos constituir un equipo de respuesta.
- Podemos crear o reforzar los mecanismos mediante los que las personas pueden denunciar prácticas lesivas.
- Podemos dar al personal la oportunidad de tener más formación, incluyendo formación sobre buenas técnicas de comunicación y comprensión de las intersecciones entre la violencia y la salud mental para los diferentes tipos de personas usuarias de los servicios.
- Podemos empezar a desplegar planes individualizados para el personal y las personas usuarias del servicio con el fin de prevenir situaciones de tensión y abordarlas.
- Podemos mantener conversaciones sinceras con las personas implicadas sobre qué constituye coacción, maltrato y violencia y cuál es la mejor manera de abordar el uso de estas prácticas.
- Podemos hacer presión para derogar leyes que permiten el uso de la coacción, la violencia y el maltrato en los servicios sociales y de salud mental.
- Podemos contribuir a establecer una cultura de la confianza entre todas las partes implicadas.
- Podemos organizar reuniones periódicas para debatir las diferentes estrategias y asegurarnos de que se ponen en práctica.



Presentación: Conclusión de la sesión (5 minutos)

Pregunta a los participantes:

Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato

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

¿Cuáles son los puntos clave que recordaréis de esta sesión?

Tras debatirlo, proyecta la diapositiva con los mensajes para recordar.

- Todo el mundo merece ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- La coacción, la violencia y el maltrato son vulneraciones de la CDPD y no se deberían producir nunca en los servicios sociales y de salud mental. Todo el mundo tiene que trabajar creativamente para poner fin a estas prácticas.
- Es el caso, sobre todo, de las personas ingresadas en los servicios sociales y de salud mental. Los profesionales de la salud mental y otros ámbitos deben tenerse en cuenta e intentar compensar este desequilibrio cuando interaccionan con las personas usuarias.
- Hay muchas opciones para evitar la violencia, la coacción y el maltrato en los servicios sociales y de salud mental, como proporcionar a las personas una vía de denuncia con seguridad de estas prácticas abusivas y asegurarse de que sus quejas se gestionan y se solucionan de manera eficaz y adecuada.
- Todos tenemos un papel en la prevención de la violencia, la coacción y el maltrato en los servicios sociales y de salud mental. Ponerlo en práctica ayudará a crear un entorno en el que se promueven los derechos, el bienestar y la recuperación de las personas, además de generar un entorno más seguro y mejor para el personal de los servicios. ¡Todo el mundo en el servicio saldrá beneficiado!

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. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment no. 1 (2014), CRPD/C/GC/1, Article 12 (Equal recognition before the law), para. 42, 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://documentsdds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2019].
3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment no. 3 (2016), CRPD/C/GC/3, on women and girls with disabilities (para. 53-54). 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 [consulta: 18 de noviembre de 2019].
4. 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 (para. 12). Ginebra: Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2015. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc [consulta: 9 de febrero de 2017].
5. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 28 July 2008 (document A/63/175). Nueva York (NY): United Nations; 2008. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/UNStudiesAndReports.aspx> [consulta: 2 de febrero de 2017].
6. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53). Ginebra: United Nations; 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
7. Interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 5 August 2011 (A/66/268) Para. 78. Nueva York (NY): United Nations General Assembly; 2011. Disponible en: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement> [consulta: 9 de febrero de 2017].
8. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53), Para. 63. Ginebra: United Nations; 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].

9. Love is respect. Is this abuse? Types of abuse, physical abuse. EE.UU: Love Is Respect; 2016. Disponible en: <http://www.loveisrespect.org/is-this-abuse/types-of-abuse/#tab-id-1> [consulta: 9 de febrero de 2017].
10. Counseling Center University of Illinois. Engel (1992) as cited in Emotional Abuse. Champaign (IL): University of Illinois; 2015. Disponible en: <https://counselingcenter.illinois.edu/brochures/emotionalabuse> [consulta: 9 de febrero de 2017].
11. Weller P. The contradictions of gender: women, men and violence in mental health research, policy, law and human rights. Griffith Law Review. 2016; 25(1):87-103. Disponible en: doi: 10.1080/10383441.2016.1173630.
12. Khalifeh H, Johnson S, Howard LM, Borschmann R, Osborn D, Dean K, et al. Violent and nonviolent crime against adults with severe mental illness. Brit J Psychiatry. 2015;206(4):275-82. Disponible en: doi: 10.1192/bjp.bp.114.147843.
13. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. Journal of Gay & Lesbian Mental Health. 2015; 19(1):4-20. Disponible en: doi: 10.1080/19359705.2014.960990.
14. Operario D, Nemoto T. On being transnational and transgender: human rights and public health considerations. Am J Public Health. 2017; 107(10):1537-8. Disponible en: doi: 10.2105/AJPH.2017.304030.
15. Kotze A, Ho D, Bisht V, Nazir M. Physical restraint-the gender divide. European Psychiatry. 2015; 30(1):762. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30602-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30602-7).
16. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on the Rights of Persons with Disabilities, the right to liberty and security of persons with disabilities. Adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015 [publicación en línea]. Nueva York, NY: United Nations (UN); 2015. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc [consulta: 9 de febrero de 2017].
17. Wells P. Ex-psychiatric patient speaks of repeated abuse. Londres: BBC News; 13 January 2014. Disponible en: <http://www.bbc.com/news/uk-25680659> [consulta: 9 de febrero de 2017].
18. Dundas DW. Testimony before the Neurological Devices Panel of the Medical Devices Advisory Committee. Washington (DC): Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration; 2011. Disponible en: <http://www.psychrights.org/Stories/110127DorothyDundasFDAElectroshockTestimony.htm> [consulta: 9 de febrero de 2017].
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Module 2: Understanding the impact of trauma, roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): SAMHSA; 2005. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA064055/SMA06-4055-C.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].
20. Treated worse than animals. Abuses against women and girls with psychosocial or intellectual disabilities in institutions in India. Nueva York (NY): Human Rights Watch, 2014. Disponible en: <https://www.hrw.org/report/2014/12/03/treated-worse-animals/abuses-against-womenand-girls-psychosocial-or-intellectual#02889c> [consulta: 9 de febrero de 2017].

21. Martin W. Patient abuse in a mental hospital - first-person account. Rockville (MD): W. Martin; 2013. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hbavPA7pkaQ> [consulta: 9 de febrero de 2017].
22. Chained like prisoners – Abuses against people with disability in Somaliland. Nueva York (NY): Human Rights Watch; 2015. Disponible en: <https://www.hrw.org/report/2015/10/25/chainedprisoners/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-somaliland> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
23. Davidow S. Mind the gap: the space between alternatives & force. Cambridge (MA): Mad in America; 11 December 2013. <https://www.madinamerica.com/2013/12/mind-gap-spacealternatives-force/> [consulta: 9 de febrero de 2017].
24. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Ferlatte O, Clark N, Fridkin A, et al. Intersectionality-based policy analysis. En: Hankivsky O, editor. An intersectionality-based policy analysis framework. Vancouver (BC): Simon Fraser University; 2012.
25. Landy R, Cameron C, Au A, Cameron D, O'Brien K, Robrigado K, et al. Educational strategies to enhance reflexivity among clinicians and health professional students: a scoping study. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 17(3). Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-17.3.2573>.
26. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? Mental Health Review Journal. 2016; 21(3):174-92. Disponible en doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>.
27. Covington SS. Beyond violence: a prevention program for criminal justice-involved women. Participant workbook. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
28. Module 5: Strategies to prevent seclusion and restraint, roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA064055/SMA06-4055-F.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].
29. Metz J, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Soc Sci Med. 2014; 103:126-33. Disponible en: doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
30. Donald CA, DasGupta S, Metz J, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: a structural competency approach. Acad Med. 2017; 92(3):345–50. Disponible en: doi: 10.1097/ACM.0000000000001533.
31. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. Disponible en: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf [consulta: 18 de noviembre de 2019].
32. International online training program on intractable conflict. Active Listening. Colorado (CO): Conflict Research Consortium, University of Colorado; 1998. Disponible en: <http://www.colorado.edu/conflict/peace/treatment/activel.htm> [consulta: 9 de febrero de 2017].

33. Module 3: Creating cultural change, roadmap to seclusion- and restraint-free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible en: <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA06-4055/SMA06-4055-D.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].
34. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. 2004. Disponible en: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/rsri/sensory-article.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].
35. Ray MK, Rae S. No audit: reflect to reframe in power to empower lies beyond binaries. Cambridge: PROMISE: PROactive Management Of Integrated Services & Environments; 2016. Disponible en: http://www.promise.global/2016_01_29_sp_no_audit.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
36. Wellness Recovery Action Plan® developed by Mary Ellen Copeland as cited in Module 5: Roadmap to seclusion- and restraint-free mental health services, p. 18 Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA06-4055/SMA06-4055-F.pdf> [consulta: 13 de febrero de 2017].
37. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. Psychiatr Serv. 2005; 56(9):1115-22. Epub 1 September 2005. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>.
38. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. State hospital risk management summary reports. Harrisburg (PA): Pennsylvania Department of Human Services; 2017. Disponible en: http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#.V1V_bfI9672 [consulta: 13 de febrero de 2017].
39. Clwyd A, Hart T. A Review of the NHS Hospitals Complaints System: putting patients back in the picture – Final Report. Londres: Government Publishing Service; 2013. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/255615/NHS_complaints_accessible.pdf [consulta: 9 de febrero de 2017].
40. Local complaints management for Victoria's public mental health services. Melbourne: Victorian Government Department of Health; 2009.
41. Smith GM, Ashbridge DM, Altenor A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services centers: 2001-2010. Psychiatr Serv. 2015; 66(12):1326-32. Epub 1 December 2015. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>.
42. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. Psychiatr Serv. 2015; 66(3):303-9. Epub 1 March 2015. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.

Anexos

Anexo 1. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

(Versión original **con versión simplificada**)^{1,2}

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.

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

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 esos derechos.

¹ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 January 2007. Nueva York (NY): United Nations; 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]. **Potser es pugui trobar la versió en espanyol???**

² United Nations (UN) Enable. International agreement on the rights of disabled people (easy-read version) [publicación en línea]. Nueva York (NY): United Nations; 2012.

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

Artículo 2. Definiciones

A 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 formas, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluidas la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

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 necesarios en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute y el ejercicio, en igualdad de condiciones, de los derechos humanos y las 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 todos 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 trabaja 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 vigentes 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 de 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 las 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 con 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. Cuando se hagan cosas para los niños, lo más importante es pensar en lo que más les convenga.
2. Los países se deben asegurar 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 para 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 los 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 a 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 los 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 lengua 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 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 esas 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 influir en 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 castigos crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o castigos 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 castigos 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 apoyan 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 de 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 aíslen 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 de calidad para la movilidad, incluso poniéndolos a su disposición a un coste asequible;
- c. Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con ellas 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 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, a 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 a 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 cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, 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, tal 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 los demás.

Artículo 23. Respeto al hogar y 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 a su edad, y que 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 demás personas.
 - 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 a

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 demás personas, 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 lengua 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 a la salud gratuitos o a precios asequibles y 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 a 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 tratan a las personas con discapacidad con respeto.
- e. Garantizar que las personas con discapacidad no sean discriminadas por 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 a 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:
 - 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 con las otras personas, 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 puedan 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 del empleo, y para la reincorporación laboral;

- f Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de creación 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 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.

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 hacer este trabajo.
 - k. Ayudar a las personas con discapacidad a lograr un puesto de trabajo, a reincorporarse y a conservarlo mediante diferentes programas, soportes y servicios.
- 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 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 a ser elegidas, 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 eslegidas.

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 un cargo público.
 - 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, el ocio 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 2. Identificar los puntos sensibles y signos de malestar

3,3,4,5

Mis puntos sensibles

Para gestionar los altibajos, lo primero que hay que hacer es identificar tus puntos sensibles. Se entiende por puntos sensibles aquellas **cosas que pasan (circunstancias o acontecimientos externos) que pueden hacerte sentir nervioso, asustado, triste o desanimado**. La siguiente tabla muestra algunos ejemplos de desencadenantes habituales, así como acciones que se pueden adoptar para mantener la serenidad cuando se tocan esos puntos sensibles:

Mis puntos sensibles ⁶
Qué debo hacer

³ Taking back control: a guide to planning your own recovery. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008.

⁴ Copeland ME. WRAP – Wellness Recovery Action Recovery Plan®. Estados Unidos: US Peach Press; 2011.

⁵ Advance statement. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008. <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93ijjm4n1799.pdf&ver=1845>. [consulta: 9 de febrero de 2017].

⁶ Personal recovery plan. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust. **ANY?**

Mis signos de malestar

Los signos de malestar son **cambios en los sentimientos, pensamientos o comportamiento que indican que una persona no se encuentra del todo bien**. Estos signos son importantes porque, si se aprende a reconocerlos y a adoptar medidas enseguida, se podrá evitar que se produzca una crisis. Haced una lista de vuestros signos de malestar en el recuadro inferior.

Mis signos de malestar
Qué se debe hacer

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 calidad, y en promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y 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 implicadas 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 uno a decidir sobre su tratamiento, su vida y su destino?
- ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y a la contención?
- ¿Cómo funciona el 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 del mundo para impulsar los abordajes basados en los derechos humanos en el sector de los servicios sociales y de salud mental, todo con el fin de conseguir un cambio verdaderamente impactante y 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 son tenidos 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 implicadas para que promuevan los derechos y la recuperación con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva de todo el mundo.