



**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**FACULTAD DE DERECHO**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER: DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON  
ENFERMEDAD MENTAL**

**MÁSTER EN PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS Y LOS GRUPOS  
VULNERABLES. AÑO: 2012-2013**

**AUTORA: GLENDA CUETOS GONZÁLEZ**

**TUTORA: M<sup>a</sup>DOLORES PALACIOS GONZÁLEZ**

## **DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL**

-Introducción	6
-Capítulo I: Consideraciones previas	8
1.Discriminación	8
1.1 Definición	9
1.2 El principio de igualdad y no discriminación en el derecho español.	10
1.3 Tipos de discriminación	13
2.Enfermedad mental	14
2.1 Definición	14
2.2 Tipos de enfermedades mentales	16
2.3 Rasgos comunes de las enfermedades mentales	20
3.Reflejo normativo sobre la consideración de las enfermedades mentales	20
3.1 Cambio de paradigma de consideración de la discapacidad: desde el modelo de prescindencia hasta el modelo social	21
3.2 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	24
3.3 Importancia y recorrido por la legislación internacional en torno a las enfermedades mentales	29
-Capítulo II: La persona con enfermedad mental en el mundo laboral	32
1. Normativa en materia de empleo	33
1.1 Normativa Internacional	33
1.2 Normativa Comunitaria	36
1.3 Normativa Española	39
2. Acciones positivas y ajustes razonables para combatir la discriminación en el empleo	42
2.1 Las acciones positivas en el Derecho español	43

2.1.1. Definición de acción positiva	43
2.1.2. Marco jurídico de las acciones positivas	44
2.1.3 Las cuotas	46
2.2. Los ajustes razonables en el Derecho español	47
2.2.1 Definición de ajustes razonables	47
2.2.2 Medida de ajustes razonables	48
2.3 Diferencias entre acciones positivas y ajustes razonables	49
3. Situación de las personas con enfermedades mentales en España	50
3.1 Estadísticas	51
3.1.1 Estadísticas generales	52
3.1.2 Estadísticas por tipos de contrato	53
3.1.3. Estadísticas por tipos de contrato*sexo*edad	55
3.1.4 Conclusiones y resultados	56
3.2. La limitada garantía que ofrece en el ámbito laboral el derecho a no ser discriminado	57
-Capítulo III: Las personas con enfermedad mental en el panorama jurídico y social	60
1. Modificación de la capacidad	60
1.1 Causas y procedimiento de incapacitación	61
1.2 Criterios general para las causa de incapacitación	64
1.3 Alternativas a la modificación de la capacidad	65
1.3.1 La guarda de hecho	65
1.3.2 El patrimonio protegido de las personas con Discapacidad	66
2. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psiquiátrico	66
2.1 Definición del Internamiento Psiquiátrico no voluntario	67
2.2 Legislación del Internamiento no voluntario	68
2.3 Discusión alrededor del Internamiento no voluntario	69
3. Tratamiento no involuntario por razón de trastorno psiquiátrico	70

3.1 Definición del TAI	70
3.2 Legislación del TAI	71
3.3 Dos posturas enfrentadas al respecto	73
4. Los medios de comunicación en el tratamiento de las personas con enfermedad mental	75
4.1 Normativa con referencia a los medios de comunicación	76
4.2 Trato en los medios de comunicación hacia las personas con enfermedad mental	77
4.3 Guías de estilo	78
-Capítulo IV: Discriminación de la persona con enfermedad mental en el Principado de Asturias	81
1. Revisión de principales encuestas realizadas a población en general sobre la percepción social de la enfermedad mental	81
1.1 Variables analizadas	81
1.2 Resultados y conclusiones de los estudios	82
2. Microencuesta realizada en la población asturiana	82
2.1 Metodología utilizada	82
2.2 Modelo de encuesta	83
2.3 Resultados	87
2.4 Conclusiones	96
-Capítulo V: Conclusiones Finales	98
-Bibliografía consultada	102

**.RESUMEN:** En este trabajo se ofrece un análisis sobre la discriminación existente hacia las personas con enfermedad mental, para lo cual primeramente se definirán conceptos como el de discriminación y enfermedad mental. Para posteriormente realizar una lectura sobre toda la normativa en torno a los mismos centrándonos principalmente en el mundo laboral, en mecanismos de protección jurídicos y en los medios de comunicación. Por otro lado también hay una recolección de datos empíricos, principalmente mediante el análisis de estadísticas y encuestas. Finalmente, se incide en las carencias de la normativa y las necesidades que esta presenta para acabar con la discriminación hacia este colectivo.

**.PALABRAS CLAVES:** Discriminación, enfermedad mental, principio de no discriminación, normativa laboral, mecanismos de protección jurídica.

## **INTRODUCCIÓN: DISCRIMINACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES**

El tema elegido para este proyecto, ha sido la posible discriminación existente con las personas que sufren algún tipo de trastorno mental, a pesar de existir una fuerte legislación contraria a que sucedan actos de este tipo.

Resulta muy interesante analizar este fenómeno puesto que en pocos años hemos asistido a un cambio de paradigma, que provoca una evolución en toda la legislación en torno a las personas con enfermedades mentales. Hace no muchos años nos encontrábamos ante una sociedad que rechazaba por completo a estas personas, cuyo destino estaba encauzado a una vida dentro de un psiquiátrico (o como se conocían “manicomios”), y a una excesiva medicalización. No se sabía muy bien qué eran, ni cómo se podían tratar las enfermedades mentales, había múltiples teorías que coexistían juntas, y un fuerte rechazo ante este tipo de personas. Era mucha la gente que aún creía que estas personas estaban hechizadas por el demonio, aunque poco a poco estas teorías fueron cambiando. Es a partir de finales del siglo XIX y comienzos del XX impulsados por teorías evolucionistas, cuando aparecen numerosos autores que comienzan a hablar y a estudiar los trastornos mentales, realizando grandes avances en este campo.

En España es a partir de la mitad del siglo XX (más o menos), cuando quizás impulsada por el movimiento anti-psiquiátrico del S. XVIII que había comenzado en Italia, la sociedad se da cuenta que esta forma de tratar a las personas con enfermedades mentales debe cambiar. Debemos tener en cuenta que cuando el resto de Europa ya se estaba abriendo a estas nuevas teorías y a este cambio de paradigma, España estaba inmersa en una dictadura, en la cual durante sus primeros años, tanto la filosofía como la psicología estaban prohibidas. Pues bien, es en estos años cuando la mayoría de los mal conocidos por el nombre manicomios, deciden cerrarse y cambiar la forma de tratar a estas personas. Se comienza a hablar de enfermos mentales y trastornos psiquiátricos, y a terminar con terminologías tan arcaicas como: locos, hechizados, y desechar por completo la palabra manicomio. Hay un cambio que lleva a ver que una persona con un trastorno mental es como cualquier otra afectada por otra enfermedad física, y por ende debe ser tratado de forma igualitaria a otra persona (son las llamadas teorías organicistas). Algo más tarde en el tiempo, se da otro salto evolutivo y aparece la terapia junto a la medicación (extremadamente necesaria pero no en tan grandes dosis), y se cree que lo mejor para estas personas es vivir en un entorno normalizado, puesto que esta vida de institucionalización no hacía otra cosa más que agravar su enfermedad.

La evolución explicada con anterioridad produce un cambio en la sociedad y en la legislación, llevando a querer proteger a estas personas y considerarlos como un grupo vulnerable más. Aparentemente parece existir un cambio de mentalidad en las personas, y parece que todo el mundo cree en ese principio tan solemne de “no discriminación”, que en nuestra Constitución Española, se puede leer en varios de sus artículos. El problema es que son varios los comentarios que se oyen por la calle, que se ven por la televisión, que me llevan a plantearme si este cambio es algo ficticio, irreal, y

que en realidad poco ha cambiado a pesar de que en nuestras leyes y en nuestros debates procesemos este principio tan querido. Por lo cual me suscita tanto interés este tema, y me dedicaré a lo largo de esta pequeña investigación a analizar.

Para contestar a la pregunta que con anterioridad planteé (¿es ficticio este cambio de sociedad?) y desarrollar este tema sobre la posible discriminación de las personas con enfermedades mentales, es imprescindible marcarme una serie de objetivos accesorios, que me llevarán a la conclusión final de si existe o no discriminación y son los siguientes:

- Definición de discriminación y de las enfermedades mentales.
- Legislación existente al respecto del trato a los enfermos mentales.
- Las personas con enfermedad mental en el mundo laboral.
- Mecanismos de protección jurídica de las personas con enfermedad mental.
- Recaudar información sobre la percepción sobre la discriminación de los enfermos mentales por parte tanto de la familia, como de los propios enfermos.

Estos objetivos son los que me llevarán consecuentemente a sacar conclusiones acerca del fenómeno estudiado, ver si existe o no y qué consecuencias puede tener a nivel jurídico.

La metodología que utilizaré a lo largo del trabajo será de dos tipos principalmente: primeramente será una gran parte teórica en la que analizaré unas consideraciones previas y la legislación existe al respecto. Y por otro lado utilizaré una forma más empírica, de búsqueda de datos que puedan avalar mi tesis. Finalmente realizaré un balance entre una parte y otra, para terminar en la conclusión de todo lo expuesto a lo largo del trabajo.

La estructura del presente trabajo será la siguiente: se dividirá en cinco capítulos, los tres primeros dedicados a explicar conceptos y consideraciones jurídicas que interesan para probar si existe o no discriminación hacía las personas con enfermedad mental, el cuarto capítulo irá orientado a recabar información empírica sobre la percepción social y posible discriminación de la población hacía las personas con enfermedad mental y finalmente el último capítulo será dedicado a las conclusiones sobre todo lo anteriormente expuesto y la consecución o no de mi objetivo último que es probar si existe la discriminación hacia los pacientes con enfermedad mental.

## **CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES PREVIAS**

Es necesario definir unos conceptos previos para analizar la temática de este trabajo. Estos conceptos son: el de discriminación (importante para analizar posteriormente la existencia de la misma o no), el concepto de enfermedad mental (para saber categorizar a la población diana sujeta a discriminación) y un análisis del cambio de paradigma en referencia a la concepción de discapacidad en general y de la enfermedad mental en particular, importante para el análisis en capítulos sucesivos.

Se va a analizar la relación existente entre discriminación y enfermos mentales, puesto que a priori, resulta ser de los grupos más vulnerados y más discriminados hoy en día. Se debe tener en cuenta que cuando aquí me refiero a discapacidad, estoy incluyendo dentro de ella a las personas con enfermedad mental, ya que hay numerosa normativa (tanto internacional como nacional) que apoya este criterio.

A nivel internacional nos encontramos con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que en su artículo 1 a la hora de definir discapacidad, incluyen la discapacidad provocada por enfermedad mental: *“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

A nivel nacional debemos tener en cuenta también la siguiente normativa española: por un lado el art. 7 de la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos y por otro el art. 1.2 de la Ley 57/2003, de 2 de Diciembre, que reconocen que las prestaciones dirigidas a las personas con discapacidad lo son a todas las personas con discapacidad, incluidas en esta la discapacidad provocada por enfermedad mental. Como vemos son numerosos los textos que apoyan este criterio, por lo tanto, debemos tener en cuenta que siempre que estemos leyendo o analizando algún texto normativo o no, que hable de la discapacidad en general no debemos olvidarnos que se está incluyendo la discapacidad provocada por enfermedad mental.

### **1. DISCRIMINACIÓN**

La palabra “discriminar” proviene de la palabra latina “discriminare”, que significa seleccionar algo o a alguien excluyendo a los demás. Es un término que adquiere diferentes significados y valores, dependiendo muchas veces del contexto histórico y desde la perspectiva social desde la que se analice. Por ejemplo si pensamos en la palabra discriminar en la antigua Alemania Nazi, debemos tener en cuenta que para ellos discriminar entre la raza aria y la raza judía adquiría un valor positivo, estaban discriminando a las personas por razones que a su juicio, a ellos los hacía superiores, por lo cual discriminar en aquel contexto y perspectiva social era una acción positiva para ellos. Sin embargo si mantenemos ese mismo contexto histórico (la Alemania Nazi), pero se cambia de perspectiva social, ahora somos la población judía,



para ellos la discriminación adquiriría un lenguaje completamente diferente y degradante, puesto que los estaban excluyendo por ser diferentes. Para terminar, si cambiamos de contexto histórico, nos situamos en los tiempos contemporáneos aunque sin olvidar la perspectiva social, la acción de discriminar a un determinado grupo social adquiere un significado negativo y peyorativo, mientras que no estemos utilizando técnicas de discriminación positiva (se explicarán más adelante).

Para el presente trabajo, nos interesa analizar el término “discriminación” basándonos en el momento actual con ese valor negativo que la palabra discriminar adquiere, sobre todo cuando lo aplicamos a un grupo, ya que cuando esto ocurre (en interacción con otros factores), categorizamos a ese grupo como vulnerable y susceptible de protección.

### **1.1 Definición**

Según el diccionario Larousse se define la discriminación como: “*Trato diferenciado dispensado a varias personas o situaciones que se encuentran en idénticas circunstancias, sin que obedezca a una justificación objetivamente racional*”. Otra de las definiciones que cabe destacar es la que da José Guimon<sup>1</sup> que entiende la discriminación como: “*un tratamiento no favorable basado en el prejuicio respecto a la raza, la edad, o el sexo*”.

El concepto de discriminación para el derecho español puede definirse como: “*vulneración de la igualdad formal (vulneración del art.14 de nuestra Constitución<sup>2</sup>) y del igual valor de nuestras diferencias*”, cómo hace la profesora María Ludivina Valvidares<sup>3</sup>.

La discriminación surge en el proceso de socialización, cuando se forman los diferentes grupos sociales a los que pertenecemos (grupo de amigos, grupo de estudios, grupo de trabajo...). Resulta de vital importancia aquí, referirse al proceso de categorización social que estudia profundamente Tajfel<sup>4</sup>. Este concepto hace que un grupo se pueda definir como un conjunto de individuos que se perciben a sí mismos como miembros de una misma categoría social, las personas se perciben como parte de un “todo” que comparte unos sentimientos mutuos de pertenencia al mismo, que les hace diferenciarse de otros que no comparten la misma categoría social. Muchas veces estas diferencias (arbitrarias) que les hacen diferenciarse del otro grupo, es lo que puede llevar a crear discriminación, puesto que exaltan sus atributos por encima de los de los demás.<sup>5</sup> Esta discriminación basada en esta categorización, se encuentra en casi todos

---

<sup>1</sup>Cfr. Jose Guimón, *Los prejuicios contra la psiquiatría*, 2000, Madrid, pp: 25-30.

<sup>2</sup> Art.14 CE: “*Los españoles son iguales ante la ley; sin que puedan prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*”.

<sup>3</sup> María Ludivina Valvidares, profesora titular de la Universidad de Derecho de Oviedo, enuncia la presente cita en sus apuntes aportados para la asignatura impartida por la misma en el Máster de Protección Jurídica de las Personas y los Grupos Vulnerables.

<sup>4</sup>Cfr. Sanchez, J.C. *Psicología de los grupos*. 2002, Madrid, pp: 85-92.

<sup>5</sup> Cfr. Anetio Romero, A. “Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”, 2009, Cuadernos de Trabajo Social, pp: 289-300.

los ámbitos de la sociedad incluyendo el empleo, la vivienda, la educación, la salud, etc.<sup>6</sup>

Resulta muy importante diferenciar discriminación de otros dos términos que tienden en ocasiones a utilizarse indistintamente, y que son el término estereotipo y prejuicio. El conjunto de creencias asignadas a un grupo específico es lo que se conoce como estereotipo y la valoración negativa del grupo sería el prejuicio. Teniendo en cuenta la definición de discriminación dada anteriormente (trato desigual injustificado), podemos observar que son tanto los estereotipos como los prejuicios los que llevan a crear las situaciones de discriminación. Puesto que nuestro trato desigual se basa en que un determinado grupo se cree “mejor” que el exogrupo, porque se le aplican una serie de características que se valoran negativamente y que nada tienen que ver con el grupo de pertenencia, creando una actitud discriminatoria hacia los mismos. En palabras de Manuel Muñoz<sup>7</sup> los estereotipos, que son los conocimientos que se tienen de un grupo determinado, llevan a la creación de prejuicios que son las emociones de desprecio hacia un grupo y finalmente provocan un comportamiento discriminatorio.

Ser víctima de discriminación tiene consecuencias e implicaciones negativas<sup>8</sup> tanto en la autoestima y el bienestar psicológico, como en la identificación de los grupos, en las relaciones interpersonales<sup>9</sup> y en la hostilidad entre los grupos. Ser víctima de discriminación hace crear un autoestigma, haciendo que uno se acabe sintiendo parte del mismo, nos lleva a vernos como diferentes al grupo, en palabras de Piedad González Granda<sup>10</sup> “*creando unos muros invisibles, que llevan al aislamiento*”. Se crea así un círculo vicioso en el que cada vez nos sentimos más discriminados, incluso llegando a creernos que los atributos por los que nos discriminan son ciertos y verdaderos. De esta manera nos vamos excluyendo nosotros mismos y esto provoca que los demás también, de todas las esferas de la vida en las que puedan discriminarnos por creernos y sentirnos entes diferentes.

## **1.2 El principio de igualdad y no discriminación en el Derecho Español**

La Constitución Española de 1978 proclama el principio de no discriminación mediante los siguientes artículos:

*-“Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.* (Artículo 14).

---

<sup>6</sup> Cfr. J.Canga, A.; Navarro N. *I Congreso Nacional de Sensibilización al estigma social en salud mental*, 2012, Almería, pp. 3.

<sup>7</sup> Cfr. Muñoz, M. *Estigma y enfermedad mental*, 2009, Madrid, pp: 15.

<sup>8</sup> Cfr. Villanueva Flores, M. “La discriminación interna de las personas con discapacidad: el desarrollo de carreras profesionales”, 2008, Revista *Estableciendo puentes en la economía global*, pp: 27. Cfr. OMS. *Manual de recursos de la Organización Mundial de la Salud*. 2006, Madrid, pp: 2-10.

<sup>9</sup> La discriminación, puede llevarnos a rechazar a una persona, que en principio nos puede agradar o gustar como amigo, pareja, etc. Porque simplemente pertenece a un determinado grupo social, que a priori nos han enseñado que debemos rechazar.

<sup>10</sup> Cfr. González Granda, P. *Propuestas de mejora en el marco jurídico-social de protección del discapacitado psíquico por enfermedad mental*, 2009, Madrid, pp: 18.

-“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. (Artículo 9.2). Cabe destacar que aunque este artículo no nombra expresamente el principio de no discriminación como el anterior, si dicta la necesidad de que los poderes públicos busquen la igualdad, no permitiendo así la discriminación directa<sup>11</sup>.

En nuestra legislación se enuncian supuestos específicos de discriminación referidos a determinados colectivos o ámbitos sensibles a recibir este trato diferenciado como son: el derecho de acceso al puesto de trabajo sin distinción de sexo, el derecho a una misma retribución por idénticos puestos de trabajo desempeñados en iguales condiciones, el derecho a la igualdad de los hijos sin diferenciación por razón de su filiación, biológica o adoptiva...

Este principio de no discriminación que se contempla en nuestra Constitución lleva a que toda la legislación creada a posteriori se basará en el mismo. Ha de destacarse que ha sido tan importante este principio, que ha llevado a impulsar leyes específicas<sup>12</sup> que sean aplicadas a diferentes grupos que tradicionalmente han sido vulnerados en ciertos sectores.

Resulta interesante la interpretación del Tribunal Constitucional sobre el principio de igualdad en nuestra Constitución:

-La igualdad formal (art.14) es un presupuesto necesario pero no suficiente, de la igualdad real.

-Las situaciones iguales se tratan de forma igual.

-Las situaciones desiguales han de recibir un trato diferente para conseguir una igualdad efectiva.

Sobre la igualdad jurídica el Tribunal Constitucional enuncia en la Sentencia de 10 de noviembre de 1981 STC 48/81, lo siguiente: *“El principio de igualdad jurídica consagrado en el art. 14 de la Constitución Española, no prohíbe que el legislador contemple la necesidad o la conveniencia de diferenciar situaciones distintas y de darles un tratamiento diverso, que puede incluso venir exigido, en un Estado social y democrático de Derecho, para la efectividad de los valores que la Constitución consagra con el carácter de superiores del Ordenamiento, como son la justicia y la igualdad (ar.1). Lo que prohíbe el principio de igualdad jurídica es la discriminación,*

---

<sup>11</sup> Puesto que este artículo deja la puerta abierta a que si es necesario para conseguir la igualdad real, puede asumirse políticas de discriminación inversa.

<sup>12</sup> Entre ellas destaca la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de Igualdad efectiva entre hombres y mujeres, que busca que se cumpla el principio de no discriminación por sexo de nuestra Constitución en varios ámbitos (trabajo, la esfera pública, la política...). En la materia en la que aquí nos interesa nos encontramos con la ley 51/2007, de 2 de Diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; cabe destacar que esta ley ha sido modificada parcialmente por la ley 26/2011, de 1 de Agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

*como declara de forma expresa el art. 14 de la CE; es decir, que la desigualdad de tratamiento legal sea injustificada por no ser razonable”.*

El Tribunal Constitucional declarará un acto discriminatorio cuando se dé un trato desfavorable e injustificado o arbitrario, para ello se basará en tres técnicas (aunque nunca tienen porque ser aplicadas las cuatro) que describiré a continuación<sup>13</sup>:

-Juicio de razonabilidad: esta técnica se basa en que un juicio de igualdad, se debe analizar qué rasgos son relevantes y cuáles no para determinar si una conducta ha sido discriminatoria. Es decir cuándo estamos rechazando a una persona determinada por un rasgo que está tiene, se deberá justificar si este rasgo es lo suficientemente relevante cómo para rechazarlo porque si no fuera relevante esa conducta sería discriminatoria. Por ejemplo, si un empresario niega un trabajo a una persona con enfermedad mental alegando que una vez al mes se tendrá que ausentar una mañana para ir a terapia, debemos analizar si este “rasgo” es relevante para el resultado final de su trabajo, puesto que si no lo es estaríamos cometiendo discriminación. El problema es que esta decisión es bastante subjetiva y que depende de la persona que esté realizando este juicio. Ya que para una persona un rasgo puede ser relevante y para otra persona no lo es, por lo cual estás a merced de la forma de pensar y analizar de la persona que está realizando este juicio. Por lo cual las concepciones que a priori pueda tener una persona sobre un rasgo o característica determinada (por ejemplo padecer una enfermedad mental), pueden determinar el posterior juicio de razonabilidad basándonos en estas concepciones que tiene antes de comenzar.

-Juicio de proporcionalidad: se concibe como un criterio de aplicación del derecho. El juicio de proporcionalidad es una medida que trata de analizar en una situación determinada cuándo dos derechos fundamentales entran en conflicto, cuál de los dos debe ser tenido en cuenta para esa conducta en concreto. Muchas veces, podemos estar cometiendo conductas discriminatorias basándonos en alguno de nuestros derechos fundamentales. Por ejemplo, un determinado medio de comunicación puede estar hablando de una persona y diciendo de ella padece una enfermedad mental (aunque no sea relevante para la noticia que está contando) amparándose en su derecho de libertad de expresión y la persona implica puede alegar que no se está respetando su derecho a la intimidad, mediante el juicio de proporcionalidad se debe determinar en este contexto que derecho debe primar por encima del otro alegando así si estamos ante una situación discriminatoria o no.

-Juicio de comparación: otro de los mecanismos utilizados por el Tribunal Constitucional para probar si existe o no discriminación, es la comparación entre la situación sobre la que se pretende el amparo, y la que se invoca como objeto del agravio.

A modo de conclusión podemos observar cómo las cuatro técnicas intentan establecer los cánones, por los que el Tribunal Constitucional aplica el principio de igualdad, y declara ciertas situaciones discriminaciones. El mayor problema existente con estas técnicas es que son técnicas que dependen básicamente de la objetividad del

---

<sup>13</sup> Balaguer Callejón, M<sup>a</sup>. *Igualdad y Constitución Española*, 2010, Madrid, pp: 77-94.

puesto que no existen unas normas interpretativas que ayuden al poder judicial, cuando deben tomar una decisión de si una conducta es discriminatoria o no. Por lo cual, muchas veces el declarar una acción o una norma como discriminatoria, podrá estar dependiendo más de la persona que la está juzgando que de la situación que se debe juzgar.

### **1.3 Tipos de discriminación**

Dentro del concepto de discriminación encontramos varios tipos diferentes, que es necesario diferenciar por las implicaciones a nivel legislativo y judicial tan diferentes que pueden tener:

-Discriminación directa: es la situación en la que se encuentra una persona que haya sido o pudiera ser tratada de manera diferente en base a sexo, raza, condición sexual, discapacidad física o mental u otra condición de manera menos favorable que otra en la misma situación. Está expresamente prohibida por la Constitución en el artículo 14 que enuncié con anterioridad. Ejemplo: “que los padres de un niño le prohíban jugar con otro niño perteneciente a etnia gitana”.

-Discriminación indirecta: es cuando una persona sufre una situación de desventaja por la aplicación de una práctica, criterio o tratamiento, que aparentemente es neutro. Es mucho más compleja de probar que la anterior y hoy en día de la más frecuente<sup>14</sup>. Ejemplo: Si una entrevista para un puesto de trabajo que nada implica la opción de bachillerato elegida, primamos que entren las personas que hicieron el bachillerato tecnológico, estamos provocando una discriminación indirecta contra las mujeres, puesto que primamos un bachillerato que en menor medida es realizado por las mujeres sin ningún criterio para el trabajo que posteriormente se va a desempeñar.

-Discriminación múltiple: es la situación en la que operan a la vez dos o más factores de discriminación. Un ejemplo muy común: “ser mujer y enferma mental”<sup>15</sup>.

-Discriminación por asociación: es un tipo de discriminación (directa o indirecta), que suelen sufrir las personas por su relación con otras que estén en situación de discriminación. Suelen ser muy típicas en el campo de la discapacidad, por ejemplo: “cuando la familia del enfermo mental es discriminada también”.

-Discriminación positiva: protección de carácter extraordinario que se da a un grupo históricamente discriminado, especialmente por razón de sexo, raza, lengua o religión, para lograr su plena integración social. También es conocido a nivel legislativo como acciones positivas. Ejemplo: “que en una empresa tenga que haber un porcentaje mínimo de mujeres o de personas con discapacidad”.

---

<sup>14</sup> Resulta muy interesante observar la jurisprudencia al respecto, porque son muchos los casos de este tipo que aparecen. Sobre todo aparecen y son mas denunciadas las ocurridas en el terreno laboral, que tienen discriminación indirecta sobre todo en la fase de selección y los criterios impuestos en ellos.

<sup>15</sup> Esta terminología de “discriminación múltiple” surge en Estados Unidos, por los movimientos feministas y afroamericanos. Estas mujeres afirman ser doblemente discriminadas: por ser negras y por la condición de ser mujer.

## **2. ENFERMEDAD MENTAL**

En este apartado me ocuparé de clarificar el concepto de enfermedad mental y los tipos que existen.

Existen varias definiciones que analizaremos en el siguiente apartado, puesto que el concepto de enfermedad mental es bastante novedoso en el tiempo, antes se utilizaba para designar y etiquetar a estas personas el término “loco” (aún utilizado por muchas personas). Hoy en día, a través de la legislación y toda la normativa se intenta que estos conceptos tan arcaicos y antiguos dejen de utilizarse, ya que esta tipología está incrementando la discriminación hacia este colectivo.

Hay un informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 que pone de manifiesto que las personas con enfermedad mental van aumentando, por lo que es interesante potenciar investigaciones que lleven a la mejor clarificación tanto del concepto como de la diferente tipología. De esta manera lograremos terminar con ciertos mitos y fantasías que rondan a los enfermos mentales, mejorando el clima tanto social como clínico. Con clima social me refiero a cambiar a la comunidad, volvernos más tolerantes hacia las enfermedades mentales y saber a lo que nos enfrentamos realmente cuando en nuestra familia surge un caso de este tipo. Con el clima clínico me refiero a que mejorando la mentalidad de la gente, mejoramos la comunidad en la que el enfermo mental vive por lo cual esto también influye en el propio tratamiento de la enfermedad.

### **2.1 Definición**

Lo primero que debemos saber, es que al igual que el concepto de discriminación, el concepto de enfermedad mental ha variado con los años y también depende del contexto histórico-social en el que estemos.

Una de las primeras definiciones en la historia sobre enfermedad mental, es la enunciada en la década de los 80 por la Organización Mundial de la Salud y que la define como: *“todo trastorno manifiesto de las enfermedades mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico, para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de trabajo o la aplicación de medidas judiciales y sociales”*.

Esto propicia que en España haya una reforma psiquiátrica, la ley 14/1986, del 25 de abril, que busca producir un cambio a la hora de ver a estas personas, ya no como alguien “embrujaado” o “hechizado” sino como otro enfermo más y así intentar adecuar todas nuestras instituciones y normativas a lo que dicta la Constitución en los siguientes artículos:

-Artículo 43, del Título III, de la Constitución Española:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

-Artículo 49, Título III, de la Constitución Española: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.*

Estos artículos remarcan la importancia que todos los poderes públicos tienen en la protección de la salud de todos los españoles, y el segundo artículo apunta claramente a las personas con enfermedades mentales.

Con la evolución de la concepción de estas enfermedades, esta primera definición dada por la OMS queda anticuada y se intenta dar otra definición remarcando las consecuencias de esta enfermedad para las personas que lo padecen. Es en 1995 cuando la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)<sup>16</sup>, da otra definición más completa y que es la que aún sigue hoy vigente definiendo el trastorno mental como: *“síndrome o patrón comportamental y psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un riesgo significativamente aumentado o de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación y el conflicto sean síntomas de una disfunción”.*

Cuando hablamos de enfermedad mental, podemos definirla en el sentido amplio o en sentido estricto de la palabra. Al sentido amplio de la palabra, correspondería la definición anterior enunciada del APA que incluiría tanto las enfermedades mentales graves, como las demencias seniles y tipo Alzheimer, los trastornos alimenticios, las

---

<sup>16</sup> Son los creadores del “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM), que es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Es un manual que sirve a los psiquiatras y psicólogos para la clasificación de los trastornos de los pacientes que acudan a consulta. Actualmente está en vigor el DSM-IV-TR, aunque esta próxima la presentación del nuevo manual DSM-V. En el siguiente apartado, nos guiaremos en parte para la definición de los principales tipos existentes de trastornos mentales. Existe una gran problemática en torno a este tipo de manuales puesto que, muchas veces pueden tender a psicopatologizar todos los problemas de las personas (Cfr. González Pardo H. y Pérez Álvarez M. *La invención de trastornos mentales*, 2007, Asturias, pp: 25-41). La Organización Mundial de la Salud, recomienda utilizar su propio manual denominado CIE-10, aunque en la práctica clínica resulta más comúnmente aceptado el DSM.

adicciones y los trastornos de tipo orgánico. Aquí nos vamos a centrar en la definición en sentido estricto de enfermedad mental, ya que es el grupo de trastornos que más discriminación provocan y se refieren a las consideradas “enfermedades mentales graves”, puesto que los trastornos alimenticios, los adictivos y las demencias están bastante normalizados y aceptados<sup>17</sup> hoy en día. El criterio que usaremos para categorizar los tipos de enfermedad mental grave, es el utilizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1987, que incluye tres dimensiones a considerar<sup>18</sup>:

1. Diagnóstico: serán enfermedades mentales graves los trastornos psicóticos, los trastornos depresivos graves y algunos trastornos de personalidad.
2. Duración de la enfermedad y tratamiento: el tiempo de padecimiento de la enfermedad debe ser superior a 2 años.
3. Presencia de discapacidad: presencia de una disfunción.

## **2.2 Tipos de enfermedades mentales**

Como ya comenté en el apartado anterior, nombraré los tipos de enfermedades mentales graves que existen, dejando de lado las que derivan del consumo de drogas, por demencias o enfermedades de tipo orgánico y los trastornos alimenticios.

Una forma de diferenciar claramente las enfermedades mentales graves de las que no lo son es atendiendo al criterio de temporalidad. Es decir, por enfermedades mentales graves, nos referimos a todas aquellas enfermedades que existen y van a existir en las personas, siempre a pesar de la estabilidad que pueda provocar el tratamiento. Atendiendo principalmente a este criterio, los diferentes tipos de enfermedades mentales graves son<sup>19</sup>:

1. Trastornos de la personalidad (se encuentran en el Eje III del DSM-IV-TR): se pueden definir<sup>20</sup> como rasgos inflexibles y desadaptativos que causan bien un deterioro funcional significativo o bien un malestar subjetivo. Atendiendo al DSM-IV-TR (y a los diferentes manuales), podemos hablar acerca de diferentes tipos de trastornos de la personalidad:
  - a. Personalidad Paranoide: “no se puede confiar en nadie”. Características principales: suspicacia y recelo hacia otras personas; poco sentido del humor; dificultad para olvidar injurias o agresiones; rígido en la forma de pensar; sentimiento de importancia personal (soy mejor que el resto);

---

<sup>17</sup> Cfr. González, Granda, P. *Propuestas de mejora en el marco jurídico-social de protección del discapacitado psíquico por enfermedad mental*, 2009, Madrid, pp: 18.

<sup>18</sup> Cfr. González, Granda, P. *Propuestas de mejora en el marco jurídico-social de protección del discapacitado psíquico por enfermedad mental*, 2009, Madrid, pp: 24.

<sup>19</sup> Cfr. Lemos Giráldez S. *Psicopatología General*, 2000, Asturias. Cfr. Coon. D. *Psicología*. 2000, Madrid Cfr. Asociación Americana de Psiquiatría, *DSM-IV-TR*.

<sup>20</sup> Se mantiene prácticamente la definición dada por Schneider en 1923, que fue el primero en hablar de este tipo de conductas anormales, y distinguió 10 tipos diferentes de las mismas.



- autosuficientes; hipersensibilidad; fácil vergüenza y responden con una agresividad desproporcionada.
- b. Personalidad Esquizoide: “puedes llamar a la puerta, pero no hay nadie en casa”. Características principales: frialdad emocional; aislamiento social; solitario y autosuficiente; introspectivo y sus actividades les llevan a un aislamiento total.
  - c. Personalidad esquizotípica: “soy excéntrico, diferentes, raro”. Características principales: pensamiento mágico; ideas de referencia; ilusiones recurrentes; lenguaje extraño; afectividad restringida o inapropiada; lenguaje extraño; afectividad restringida o inapropiada; suspicacia o ideación paranoide y ansiedad social.
  - d. Personalidad histriónica: “hazme el centro de tus atenciones”. Características principales: dramatización; llanto y risa exageradas; relación social basada en uno mismo; utilizan muchas conductas de autoagresión; constante búsqueda de experiencias y son muy dados a utilizar la seducción y el filtro pero sin implicarse más allá.
  - e. Personalidad narcisista: “mis órdenes son tus deseos”. Características principales: sentimiento de gran importancia personal; necesidad exhibicionista de constante atención y admiración; explotan a los demás y buscan favores que no devuelven.
  - f. Personalidad límite: “me enfadaré mucho si intentas dejarme”. Características principales: síntomas neuróticos, psicóticos y psicopáticos; infantilismo emocional; inestabilidad en el estado de ánimo.
  - g. Personalidad antisocial: “haré lo que quiera cuando quiera”. Características principales: fracaso en las relaciones afectivas; actos impulsivos o reacciones en “corto-circuito”; ausencia de culpabilidad; no aprenden de las propias experiencias adversas y falta de respuesta afectiva.
  - h. Personalidad evitativa: “quiero gustarte, pero sé que me odiarás”. Características principales: inhibición social; hipersensibilidad ante las críticas; miedo al rechazo; evitan el contacto social; baja autoestima.
  - i. Personalidad dependiente: “cuida de mí y protégeme”. Características principales: necesidad excesiva de recibir cuidados; tienen conductas de sumisión; incapacidad de tomar decisiones; evitan responsabilidades; dificultad para expresar desacuerdo; escasa auto-confianza; tremendo malestar al estar solos y urgente necesidad de tener pareja siempre.
  - j. Personalidad obsesiva-compulsiva: “no quiero equivocarme”. Características principales: rígidos en sus puntos de vista; escrupulosos e inflexibles; los cambios les perturban y sensibles a la crítica.
2. Trastornos de la afectividad (se encuentran en el eje I del DSM-IV-TR): son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anomalías en la regulación,

del afecto y del ánimo. Atendiendo tanto al DSM-IV-TR (y otros manuales), podemos hablar de diferentes tipos de trastornos afectivos:

- a. Depresión Mayor: “no tengo ganas ni de respirar”. Características principales: pueden existir alucinaciones<sup>21</sup>; anhedonia; humor depresivo; síntomas cognitivos; (problemas de memoria y de concentración, baja autoestima); alteraciones en el funcionamiento físico (inactividad, quejas, llanto, problemas de sueño, falta de apetito).
- b. Trastorno Distímico (depresión neurótica): “me encuentro tan cansada”. Sus características principales son las mismas que en la depresión mayor, pero más leve. Suelen ser muy permanentes, y se caracterizan por etapas muy estables.
- c. Depresión Doble: “no sé de qué tengo gana”. Sus características principales son una mezcla de las dos anteriores, es decir, pasa épocas con depresión mayor y otras de trastorno distímico. Siempre está con depresión, pero a veces esta es algo más leve como en el segundo caso y otras está completamente deprimida como el primero.
- d. Trastorno bipolar: “hoy no quiero levantarme, pero mañana subiré hasta el Everest”. Características principales: combina fases maníacas con fases de depresión lo que produce cambios en todas las áreas de su vida:
  - .Afectividad: en la fase maníaca tiene una euforia sin razón alguna. En la fase depresiva, no reacciona y hay una gran falta de empatía.
  - .Impulsividad: en la fase maníaca tiene una desinhibición conductual y sexual. En la fase depresiva, hay una inhibición de los impulsos.
  - .Pensamiento: en la fase maníaca tiene un pensamiento muy rápido, pudiendo aparecer ideas delirantes<sup>22</sup> y se mejora la memoria. En la fase depresiva, pensamiento muy lento y triste, aunque sin riesgo al suicidio puesto que ni para eso tienen ganas.
  - .Conducta motora: en la fase maníaca tiene mucha más actividad y una hiperactividad extrema. En la fase depresiva, no tiene nada de actividad y existe el stupor depresivo (la persona está consciente, pero no reacciona ni expresa nada).
  - .Función somática: en la fase maníaca aumenta su resistencia al dolor y no llega a cansarse nunca. En la fase depresiva existen estados de malestar, dolor pectoral y estreñimiento.

---

<sup>21</sup> Las alucinaciones se basan en percibir algo que no existe, estas personas se lo inventan y lo crean. La persona no diferencia entre la alucinación y la realidad, y se impone a la voluntad de estas. Influye en su conducta. Hay diferentes tipos atendiendo a la modalidad sensorial a la que afecta: alucinaciones auditiva (“oyen voces”), alucinaciones visuales (ven cosas que no existen), alucinaciones olfativas y gustativas (se inventan olores y sabores irreales); alucinaciones táctiles y cinestéticas (tiene que ver con sensaciones dentro del propio cuerpo).

<sup>22</sup> Las ideas delirantes son ideas falsas, irrefutables a la lógica. Es una idea que se forma por vía patológica y se mantiene con gran convicción. Es falsa aunque no tiene porque ser extraña ni rara, lo que muchas veces puede entorpecer el trabajo de los clínicos al no saber cuando algo es cierto y cuando no.

- e. Trastorno bipolar II: “hoy no quiero levantarme, pero mañana lo haré sin ningún problema”. Las características en la fase depresiva son iguales que en la categoría anterior, aunque las características de la fase maníaca, no se llevan tan al extremo ni son tan graves, son mucho más moderadas.
  - f. Trastorno ciclotímico: “tengo cambios de humor muy bruscos”. Las características de este trastorno son las mismas que en el trastorno bipolar I, pero mucho más leves las dos fases.
3. Esquizofrenia (se encuentra en el Eje I del DSM-IV-TR): “psicosis funcionales”. Es una enfermedad con un comienzo insidioso o agudo, que cursa de forma variable, generalmente por brotes, y con rasgos psicopatológicos que afectan a los ámbitos cognitivo, afectivo y motivacional. Con la esquizofrenia se debe tener en cuenta la diversidad tanto de tipología como de síntomas, y que hay veces que se debe atender más al caso particular, que a las diferentes categorías. Atendiendo tanto al DSM-IV-TR (y a otros manuales), podemos hablar de cinco tipos principales:
- a. Tipo paranoide: “trabajo de forma secreta para el gobierno”. Características principales: ideas delirantes y alucinaciones. En esta tipología existen sobre todo síntomas positivos, es decir, los síntomas principales tienen que ver con una distorsión de la realidad.
  - b. Tipo desorganizados: “soy bastante extraño en mi comportamiento diario”. Características principales: alteraciones del pensamiento; conducta rara y extraña; afectividad inadecuada; trastornos formales del pensamiento. En esta tipología existen sobre todo síntomas cognitivos, es decir, los síntomas principales tienen que ver con una desorganización en todos los actos de su vida.
  - c. Tipo catatónico: “hoy ni tan siquiera voy a pestañear”. Características principales: conducta motora inmóvil; negativismo extremo; anhedonia y abulia. En esta tipología existen sobre todo síntomas negativos, es decir, los síntomas principales tienen que ver con una pobreza psicomotora.
  - d. Tipo indiferenciado: en esta categoría se introducen a los pacientes que tienen diferentes síntomas mezcla de todos los anteriores, sin que se pueda categorizar en un solo tipo.
  - e. Tipo residual: “tengo la creencia que alguien me maneja como una marioneta”. Características principales: ausencia de ideas delirantes y alucinaciones; ausencia de lenguaje desorganizado y ausencia de comportamiento catatónico; existen creencias raras y experiencias perceptivas no habituales.
4. Trastornos delirantes (se encuentra en el Eje I del DSM-IV-TR): “psicosis paranoides”. Se caracterizan por la aparición de ideas delirantes, que son ideas falsas y absurdas pero que la persona mantiene con gran convicción. Esta tipología de delirios pueden existir como síntoma único, respondiendo a esta enfermedad, o como parte de otras enfermedades anteriormente nombradas.

Atendiendo a la naturaleza de estas ideas delirantes, el DSM-IV-TR (y otros manuales) hablan de estos principales tipos:

- a. Celos patológicos: “mi pareja me engaña”. Características principales: vigilancia estrecha de los movimientos de la pareja; el examen de sus pertenencias y ropa; búsqueda de pruebas de su infidelidad.
- b. Delirios eróticos (síndrome de Clerambault): “todo el mundo me quiere”. Características principales: están convencidos de que alguien famoso (en la mayoría de los casos) les manda mensajes de amor; creen que todo el mundo está enamorado de ellos, y sobre todo creen que hay una causa superior por lo que este amor no se puede revelar.
- c. Delirios persecutorios: “todo el mundo busca mi final”. Características principales: tienen sentimientos de perplejidad y confusión a la hora de interpretar la realidad; analizan exhaustivamente cuanto le rodea; realiza observaciones a solas; busca significados ocultos a las cosas y movimientos de las personas; escucha conversaciones y hace preguntas indagadoras.

### **2.3 Rasgos Comunes de las enfermedades mentales graves**

A continuación se enuncian una serie de rasgos comunes y características que suelen estar presentes en las enfermedades mentales graves. Aunque se debe tener presente que cada enfermedad mental depende mucho de la propia persona que la sufre, (su resistencia, el entorno familiar...) por lo cual no siempre tienen que aparecer estos síntomas, y aun así puede padecer una enfermedad mental grave, incluso alguno de los síntomas puede existir en la persona, sin llegar a padecer nunca una enfermedad mental grave.

Los rasgos comunes que podemos encontrar en la mayoría de las enfermedades mentales graves son:

- Cambios bruscos de personalidad.
- Delirios.
- Alucinaciones.
- Problemas en la adaptación a nuevos entornos.
- Falta de apetito y fuerte apatía.
- Problemas a la hora de aprender cosas nuevas.

## **3. REFLEJO NORMATIVO SOBRE LA CONSIDERACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES**

En este capítulo introductorio, dedicaré el presente apartado para analizar el cambio de paradigma en torno a la consideración de las personas con enfermedades mentales.

Lo primero que con respecto a este tema se debe decir es que antiguamente los enfermos mentales no eran considerados ni tan siquiera como discapacitados, sino que

se creía que eran fruto de maleficios, y eran denominados comunmente “lunáticos”<sup>23</sup>. Aunque cabe destacar que ya había intelectuales antes de Cristo que buscaban una causa lógica a este tipo de enfermedades (Platón, Paralelso, Hipócrates...).

Como es de esperar, las terapias existentes eran primitivas y no tenían nada de rigor científico. Estas terapias iban orientadas literalmente a “sacarles el mal que tenían dentro”, por lo cual muchas veces llegaban a rondar incluso la tortura.

Con el tiempo los enfermos mentales dejaron de verse como entes aislados, sin valor, y se empezaron a ver como enfermos que debían tenerse en consideración, y ser ayudados como si de una enfermedad física se tratara.

La mayoría de las legislaciones y normativas no diferencian entre discapacidad mental y personas con enfermedad mental, sino que en la definición de la discapacidad mental, introducen la producida por el padecimiento de una enfermedad mental.

La consideración del enfermo mental va muy ligada a la de discapacidad por lo que resulta de interés hacer un recorrido sobre el cambio de paradigma existente en torno primeramente a la discapacidad y los avances más importantes en torno a ella. En el último apartado intentaremos dar unas pequeñas pinceladas sobre la consideración en la legislación internacional sobre enfermedad mental.

### **3.1 Cambio de paradigma de consideración de la discapacidad: desde el modelo de prescindencia hasta el modelo social**

Hoy en día parece que todo el mundo tiene claro que las personas con discapacidad (entre ellas las personas con enfermedades mentales), tienen el mismo valor personal que el resto de las personas sin discapacidad. Además como son susceptibles de discriminación y exclusión social, debe incluso sobreprotegerse a estas personas mediante normas que ayuden a la inclusión de las mismas en nuestra sociedad, en igualdad de oportunidades. Tras la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ha decidido que en la normativa que afecte a este colectivo desaparezcan términos como minusválido, inválido o incapacitado, permitiéndose únicamente utilizar el de discapacidad<sup>24</sup>. Pero para llegar hasta aquí se ha pasado principalmente por tres tipos de modelos en torno a la discapacidad<sup>25</sup>.

#### **-El modelo de prescindencia**

Fue el primer modelo que existió en torno a la discapacidad, un modelo bastante arcaico e influido sobre todo por la religión. Las dos características principales de este

---

<sup>23</sup> Hoy en día, en Inglaterra, todavía se mantienen abierto “centros de lunáticos”. Se utilizaba este nombre, puesto que se creía que la luna y los astros influían en estas personas.

<sup>24</sup> Lo que se enuncia es que no se va a cambiar todos los textos legislativos anteriores sino que cada vez que aparezcan términos como minusválido se debe adaptar a la nueva normativa cambiándolo a la hora de la lectura y explicación por el término “discapacidad”, aunque es verdad que a nivel empírico, en páginas como “trabajastur” siguen utilizándose en muchas ocasiones el término minusvalía.

<sup>25</sup> Cfr.. Palacios, A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2008, Madrid, pp: 37-157.

modelo eran: por un lado la justificación religiosa de la discapacidad, y por el otro, que estas personas no tenían nada que aportar a la comunidad.

En esos años (época moderna y época medieval) todo giraba en torno a la religión y todas las explicaciones que se intentaban dar de los sucesos acaecidos distaban mucho de ser científicas, amparándose siempre en el imperativo divino. Siempre que las personas tenían algún tipo de enfermedad mental extraña que nunca antes se había visto, era a causa de una mala acción y porque Dios así lo había querido, por lo cual se debía excluir a estas personas ya que era “palabra de Dios”. Los discapacitados eran cargas, que nada tenían que aportar a la sociedad más que convertirse en un duro peso para sus padres o familiares, y para la sociedad en general. Dentro de este modelo se pueden distinguir dos submodelos: el eugenésico y el de marginación.

En el submodelo eugenésico se cree que las personas con discapacidad no tienen ningún valor ni nada que aportar a la sociedad, por lo cual muchas son víctimas de infanticidio<sup>26</sup>. Esto viene provocado a causa de las dos características que describen este modelo. A causa de la carga que suponen y de la “no necesidad” de estas personas de vivir, a menudo son víctimas de abandonos por parte de su familia y de la sociedad en general, que les precipita a una muerte segura.

En el submodelo de marginación, se diferencia principalmente por la desaparición de la técnica del infanticidio (por lo menos de manera intencionada). El problema es que existe una omisión en su crianza, por lo que muchas personas con discapacidad mueren en los primeros años de vida. Es esta época (durante el Medievo principalmente) las personas con discapacidad que lograban sobrevivir lo hacían gracias a la caridad de la gente y su función social se limitaba a “conductas de bufonería”, es decir, las personas con discapacidad servían para diversión de los demás y eran en muchas ocasiones diana de las burlas por parte de la sociedad.

A modo de conclusión, como se puede observar, estamos antes un modelo de negación total de las personas con discapacidad. No existen, y lo más cruel es que no deberían existir, puesto que son productos de un castigo divino y no hacen más que estorbar en nuestra sociedad. Por lo cual los discapacitados no son sujetos de derecho, y se debe hacer caso omiso a sus necesidades. Prácticas como el infanticidio y la omisión de ayuda, son típicas y son costumbres normalizadas en esta sociedad.

#### -Modelo rehabilitador

Es un modelo de transición, en el cual la religión ya se está dejando de lado y se buscan causas científicas a los hechos que ocurren. Las dos características principales de este modelo son: por un lado las causas de la discapacidad ya no son religiosas, sino que se intenta dar respuestas científicas y por otro las personas con discapacidad pueden ser parte de la sociedad, mientras que sean rehabilitadas y normalizadas.

---

<sup>26</sup> Práctica muy típica en la antigua Grecia apoyada por filósofos como Platón, Aristóteles y Sócrates, entre otros. Cuenta la historia clásica (y así se reflejan en innumerables películas y textos clásicos), la disciplina férrea y militar a la que los Espartanos eran sometidos, para los que el infanticidio era una cosa bastante normal. Una de las prácticas cuando un bebé nacía era introducirlo en un cuenco de agua fría si el bebé lloraba y no lo resistía era sacrificado, ya que no sería necesario en el buen desarrollo de la sociedad espartana.

Ahora nos encontramos con una sociedad abierta al estudio científico, por lo cual se cree en la necesidad de ayudar a sobrevivir a estas personas y mejorar su calidad de vida. Al asumir la discapacidad como una enfermedad, se resalta la necesidad de crear instrumentos que mejoren su calidad de vida, y desarrollar medios de prevención y de tratamiento de rehabilitación.

La educación especial y la institucionalización de estas personas, son los principales instrumentos existentes para buscar la rehabilitación de las mismas y su inclusión posterior en la sociedad. Los modos de subsistencia se basan, sobre todo en las ayudas que por parte de los diferentes Estados puedan dar y el empleo protegido. Quedan del modelo anterior la gran marginación y el ser la diana de burlas por el resto de la sociedad.

Bajo este modelo es muy utilizado el término minusválido que es enunciado tanto en nuestra Constitución como en la Ley de Integración Social de los Minusválidos, del 13/1982 de 7 de Abril, del derecho español (aún vigente) como: *“toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”*.

A modo de conclusión, estamos ante un gran salto cualitativo en torno a la persona con discapacidad pero aún con grandes deficiencias. Destaca que en este modelo, se dejan atrás las creencias religiosas en torno a las personas con discapacidad y se comienza a buscar respuestas científicas para los problemas determinados que estas personas padecen. Aunque da cierto valor a las personas con discapacidad, siempre bajo el prisma de la rehabilitación. Es decir, sigue habiendo una clara diferencia entre las personas consideradas “normales y potencialmente válidas” y las personas con discapacidad. Por lo cual las herramientas para combatir la discapacidad, producen una gran marginación y discriminación de estos colectivos. Es decir, las personas con discapacidad son completamente diferentes al resto, tienen una enfermedad y por ende deben considerarse sujetos susceptibles de ayuda y de cura. Pero siguen dejando muy claro, la diferencia cualitativa existente entre un colectivo y otro, ellos no son “normales” y esto les impide llevar una vida normalizada incluidos dentro de la sociedad, son personas “enfermas” que deben ser ayudadas y rehabilitadas pero que no tienen cabida en el mismo contexto socio-familiar-laboral que el resto.

#### -Modelo social

Es el modelo vigente hoy en día, y es el que mejor se ha adaptado a la problemática de las personas con discapacidad. Las dos características principales en las que se basa este modelo son: por un lado que las causas que provocan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales y por otro lado se piensa en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad lo mismo que las personas sin discapacidad.

Este modelo tiene repercusiones en muchos ámbitos de la vida y por ende tiene su reflejo normativo para mejorar la inclusión de la persona con discapacidad, en igualdad de condiciones que el resto. La discapacidad es producto de la sociedad, puesto que pone trabas a estas personas, para que no puedan acceder en igualdad de

oportunidades a todos los ámbitos de la vida. Por lo cual se deben desechar políticas orientadas a la rehabilitación individual, convirtiéndose más importante cambiar la percepción que tiene la sociedad sobre la discapacidad y las personas que lo padecen.

Bajo este mismo modelo el empleo no debe ser protegido, las personas con discapacidad deben trabajar al lado de las que no lo son. Por supuesto la educación especial debe desaparecer o por lo menos ser una opción, pudiendo ser la educación normal una forma de salir de esta espiral de marginación y discriminación en las que las personas con discapacidad están inmersas.

La finalidad última de este modelo es terminar con el continuo de “normalidad”, no hay personas normales y otros que no lo son, o son en menor medida. Ya no se busca la integración de estas personas, puesto que por la consideración de base que se debe tener. Ya no tienen que ser integradas, sino incluidas. Se debe provocar un cambio de mentalidad en la gente y dejar de ver con cierto recelo a este tipo de personas, puesto que son igual de válidas que el resto y es muchas veces la propia sociedad la que impide esta inclusión.

A modo de conclusión, este modelo es bastante revolucionario puesto que rompe por completo con el modelo médico imperativo en el tratamiento de las discapacidades. Pone de manifiesto la necesidad de un modelo comunitario para cambiar la sociedad, para que se adapte a las personas con discapacidad y no para rehabilitarlas. Dice a la sociedad que el problema de la discapacidad es nuestro y no de las personas que lo padecen, ya que es la propia sociedad la que ha puesto trabas y no ha sabido evolucionar para incluir en igualdad de condiciones a las personas con discapacidad y las personas que no lo son. Este modelo es bastante novedoso y aún existe un cierto recelo hacia él<sup>27</sup>, por lo cual se debe seguir impulsando para que poco a poco se vaya reflejando en las legislaciones de todos los países.

### **3.2 Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas, aprobada el 13 de Diciembre del 2006. Resulta importante comentarla ya que es la norma básica en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Está creada bajo el prisma del modelo social anteriormente comentado, por lo cual resulta bastante novedosa.

Fue ratificada por varios países, entre ellos España, a pesar de que hoy muchos de los mismos no han modificado su legislación en base a esta Convención. Resulta destacable que ha sido una Convención hecha con los propios grupos de discapacitados, por lo que se plasma en ella las preocupaciones de este colectivo.

---

<sup>27</sup> Yo misma creo que es un modelo de difícil aplicación en el sistema político-social en el que estamos inmersos. Creo que se debería combatir primeramente ciertos mitos y terminar con la discriminación para conseguir este cambio de sociedad.



Esta Convención tiene el objetivo principal de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos de las personas con discapacidad<sup>28</sup>. La Convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principios rectores que son los siguientes:

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

(Artículo 3º)

La Convención se compone de un preámbulo y 50 artículos, manteniendo la siguiente estructura:

- Artículo 1: propósito de la convención.
- Artículo 2-3: definiciones y principios generales (comunicación, lenguaje llano, ajustes razonables, diseño universal).
- Artículos 4-7, 10-18, 21-25, 27-28, 32: las obligaciones de los Estados Partes con respecto a los derechos de las personas con discapacidad.
- Artículos (especiales) 8-9, 19-20, 26, 29-31: la aplicación de los derechos específicos establecidos en la convención se incluyen el derecho a vivir independientemente y ser incluido en la comunidad; la movilidad de las personas, habilitación y rehabilitación; la participación en la vida política y pública, y la vida cultural; la recreación y el deporte. Además, las partes en la Convención deben crear conciencia de los derechos humanos de las personas con discapacidad, y garantizar el acceso a las carreteras, edificios, y la información.
- Artículos 33-39: regulan la presentación de informes y el seguimiento de la Convención, incluida instituciones nacionales de derechos humanos.
- Artículos 40-50: regulan la forma de ratificación, la entrada en vigor, y la enmienda de la Convención. El artículo 49 exige también que la Convención esté disponible en formatos accesibles.

Resulta muy novedoso la forma de definir a las personas con discapacidad, completamente diferente a las anteriores dadas en otros instrumentos, consecuencia de su inspiración en el modelo social: “*Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que,*

---

<sup>28</sup> Cfr. Palacios A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, características y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*, 2008, Madrid, pp: 235-468. Cfr. Palacios A. y Bariffi F. *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*, 2007, Madrid, pp: 49-144. Vid. [www.convenciondiscapacidad.es](http://www.convenciondiscapacidad.es).

*al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*”(Artículo 1, inciso 2). Como se puede observar, esta definición hace hincapié en las barreras que la sociedad pone a las personas con discapacidad (incluyendo también las barreras que se imponen a las personas con enfermedad mental, al no dejarles acceder al mercado de trabajo, a la imagen mal dada de ellos en los medios de comunicación, etc), dejando de lado las limitaciones de esas personas.

Resulta también muy importante resaltar aquí la definición que la Convención da sobre discriminación por motivos de discapacidad y es: *“cualquier distinción, exclusión y restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos económicos, políticos, social, cultural, civil o de otro tipo. Esto incluye todas las formas de discriminación y entre ellas la denegación de ajustes razonables”*<sup>29</sup> (Artículo 2). Estamos ante la primera vez en la que un tratado internacional se ocupa de definir la discriminación por discapacidad.

Los principales derechos de las personas con discapacidad que se recogen en la Convención son:

.DERECHOS DE IGUALDAD: se basan en la igualdad en diferentes ámbitos y son:

-Derecho de igualdad y no discriminación: está el artículo 5 en su primer inciso, que nombraría lo que se conoce como igualdad formal o igualdad ante la ley<sup>30</sup>. Pero en este mismo artículo, en su segundo inciso establece el principio de no discriminación real<sup>31</sup> y la posibilidad de realizar ajustes razonables siempre que sea necesario.

-Derecho de accesibilidad: está el artículo 9, en el cual se resalta la importancia de crear un entorno accesible. De esta manera se conseguirá que las personas discapacitadas, tengan las mismas oportunidades de acceder a donde quieran como el resto del mundo.

-Derecho de igual reconocimiento ante la ley: está el artículo 12, reconoce la capacidad jurídica de las personas discapacitadas. Cuando sea necesario para el desarrollo de las personas con discapacidad se abogara por un modelo de apoyo, y nunca de sustitución.

-Derecho de igualdad ante la justicia: está el artículo 13, que resalta la importancia de la participación en los procesos judiciales de las personas con discapacidad. Esta participación se fomentará, tanto de forma directa como indirecta.

.DERECHOS DE PROTECCIÓN: se basan en la protección específica de los discapacitados y son:

---

<sup>29</sup> Por ajustes razonables la Convención se quiere referir a los cambios que sean necesarios para adaptarse a un discapacitado, cuando estos no impliquen una carga excesiva o que perjudique al resto de las personas.

<sup>30</sup> Por igualdad formal, me quiero referir a que se recoge expresamente en el texto que los discapacitados deben ser iguales que los demás, ante la ley.

<sup>31</sup> Por discriminación real, me quiero referir a que no sólo sirve con enunciar en una ley “El principio de no discriminación”, sino que los Estados deberán tomar las medidas pertinentes para que se cumple.

-Derecho de protección a la vida: está el artículo 10, que reafirma el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos. Resalta que todas las vidas son igual de válidas, y por ende se debe proteger a los discapacitados.

-Derecho de protección de riesgo ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias: está el artículo 11, resalta que cuando hay catástrofes los mayores afectados son los discapacitados. Por lo tanto, en estas ocasiones se deberán adoptar todas las medidas pertinentes para proteger al colectivo de discapacitados.

-Derecho de protección contra la explotación, la violencia y el abuso: está el artículo 12, que enuncia la necesidad de adoptar medidas especiales para proteger a este colectivo puesto que es el más vulnerable con referencia a esta cuestión.

-Derecho de protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes: está el artículo 15, y es un caso igual al anterior. Por su falta de autonomía, tradicionalmente los grupos de discapacitados han sido los más degradados inhumanamente. Por lo cual, se les debe de proteger extremadamente.

-Derecho de protección a la privacidad: está el artículo 22, ninguna persona discapacitada deberá ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales contra su vida. Se deben tomar las medidas pertinentes, para que sea protegida al igual que otro colectivo su vida privada (a pesar de que pueda estar viviendo en un centro).

-Derecho de protección del hogar y de la familia: está el artículo 23, estos derechos van orientados a terminar con la discriminación existente a la hora de que las personas con discapacidad formen una familia. Siempre que sea posible, se debe respetar la decisión de este colectivo para contraer matrimonio, tener hijos, etc.

**.DERECHOS DE LIBERTAD Y AUTONOMÍA PERSONAL:** derechos para garantizar tanto la libertad como la propia autonomía de las personas con discapacidad y son:

-Derecho a la libertad y seguridad de la persona: está el artículo 14, se busca mejorar el entorno para que las personas discapacitadas puedan vivir en un hogar particular. Es decir, se busca que se respete la libertad de estas personas tomando medidas pertinentes para que puedan vivir solas y no ser encerradas en una institución.

-Derecho de libertad de desplazamiento y nacionalidad: está el artículo 18, se reconoce la libertad de las personas con discapacidad a decidir en qué sitio vivir, y qué nacionalidad tener. Se deben tomar las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad tengan libertad para viajar y elegir residencia donde quieran.

-Derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad: está el artículo 19, que resalta la importancia de conseguir que la persona con discapacidad viva de forma independiente. Se deben tomar las medidas pertinentes para que siempre que se pueda la persona discapacitada decida con quien vivir, porque de esta manera se conseguirá una mayor inclusión<sup>32</sup> social.

-Derecho de movilidad personal: está el artículo 20, que busca procurar un nivel de movilidad personal alto para conseguir más independencia. Se adoptarán medidas

---

<sup>32</sup> Ahora bajo el prisma del modelo social no se debe olvidar que ya no se busca la integración (puesto que todos debemos ser iguales y ninguno se tiene que adaptar), sino incluir en la sociedad (que es la que pone barreras) para conseguir la igualdad efectiva.

pertinentes para ambientar todos los lugares públicos, a las dificultades de las personas con discapacidad.

**.DERECHOS DE PARTICIPACIÓN:** son derechos relacionados con que las personas discapacitadas participen en todas las decisiones importantes de su país y comunidad. Se busca terminar con la marginación y la exclusión de este colectivo, y son:

-Derecho de libertad de expresión, de opinión y acceso a la información: está el artículo 21, se basa en la necesidad de dar toda la información posible a las personas con discapacidad para proteger su derecho a elegir. Se tomarán medidas pertinentes para que las personas con discapacidad accedan a toda la información, y así poder expresar en igualdad de condiciones su libertad de opinión.

-Derecho de participación en la vida política y pública: está el artículo 29, que potencia la participación de las personas con discapacidad en esferas donde nunca se habían tenido en cuenta. De esta manera se tomará en consideración su punto de vista, tanto para la legislación como para las medidas que se quieran realizar en torno a ellos.

-Derecho de participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte: está el artículo 30, que busca garantizar el ocio de las personas con discapacidad. Se tomarán medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan acceder en igual de condiciones, a las alternativas de ocio existentes hoy en día.

**.DERECHOS SOCIALES BÁSICOS:** estos derechos conforman un núcleo de normas y principios que ayudan a garantizar la igualdad efectiva y son:

-Derecho a la educación: está el artículo 24, que potencia la búsqueda de una educación sin discriminación<sup>33</sup>. Se debe tomar medidas pertinentes para que haya una educación inclusiva, a todos los niveles.<sup>34</sup>

-Derecho a la salud: está el artículo 25, que resalta la necesidad de las personas con discapacidad de disfrutar del nivel más alto posible de salud. Se tomarán medidas para que puedan acceder a la rehabilitación siempre que sea posible y que esto se haga de una manera normalizada en el propio centro de salud, no en un centro especial.

-Derecho de rehabilitación: está el artículo 26, se busca que las personas con discapacidad puedan acceder a todo lo necesario para conseguir su mayor rendimiento e independencia. Las medidas irán orientadas a rehabilitar siempre que sea posible a las personas discapacitadas, para conseguir una mayor inclusión social.

-Derecho de trabajo y empleo: está el artículo 28, se busca que las personas con discapacidad puedan disponer de un empleo en igualdad de condiciones. Se buscarán

---

<sup>33</sup> Existió mucha polémica en torno a este derecho puesto que ni los propios colectivos se ponían de acuerdo. Había gente que demandaba la posibilidad de una educación especial, si fuese necesario, mientras que otros apostaban por una educación inclusiva. A pesar de abogar finalmente por una educación inclusiva, hay colectivos que tiene la necesidad de tener una educación especial. Se debe de dejar la posibilidad de elección a la persona con discapacidad, siempre resaltando la educación inclusiva.

<sup>34</sup> Se refiere aquí a que no sólo cambie el entorno, sino los profesores, el currículum y se adapte al resto de alumnos a las personas con discapacidad. Es necesario que se garantice la posibilidad de estas personas a acceder a cursos superiores siempre que sus capacidades no se lo impidan.

medidas pertinentes para que el empleo protegido<sup>35</sup> sea la opción más deseada y se busquen empleos inclusivos.

Resulta muy importante para terminar con este apartado realizar una síntesis, de lo que la Convención dice sobre el tratamiento de los enfermos mentales, por ser la materia que aquí nos ocupa. Es un resumen de lo que anteriormente se había plasmado en otros textos internacionales y es lo siguiente:

-Derechos de las personas con enfermedad mental: se enfatiza la libertad y la no discriminación. En lo relativo a cuestiones más específicas relacionadas con este colectivo, se prevé el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, a un tratamiento con humanidad y con respeto a la dignidad inherente a la persona humana, a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato y el trato degradante, a no discriminación por motivo de enfermedad mental, a una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial para tomar las decisiones relativas a la disminución de la capacidad de obrar de la persona y la designación de una persona que complemente esta capacidad, con el fin último de la protección de los derechos de las personas con enfermedad mental.

A modo de conclusión final podemos resaltar la importancia de la creación de esta Convención, puesto que nunca antes se había realizado nada parecido. Esta Convención impulsa un cambio de legislación en todo lo referido a los discapacitados, (incluyendo en ellos los enfermos mentales) con la peculiaridad de haber contado con el propio colectivo para realizarlo. No deja ningún campo por tocar, incluso como se puede observar, hablar de las peculiaridades de los enfermos mentales, ya que son un “caso especial” de discapacidad.

### **3.3 Importancia y recorrido de la legislación internacional en torno a las enfermedades mentales**

Tiene interés terminar este apartado de historia sobre la consideración de las enfermedades mentales, haciendo un recorrido por la legislación en torno a la consideración de las personas con enfermedades mentales. En los dos apartados anteriores me dediqué a explicar el cambio de paradigma en torno a las personas discapacitadas, y a describir la Convención más importante de estos últimos años en materia de discapacidad (que incluye a los enfermos mentales). Aquí me voy a dedicar a dar unas pinceladas sobre la importancia de la existencia de una legislación que afecte a las personas con enfermedad mental, y un recorrido por los diferentes tratados que se refieran a esta materia.

En pocos años, impulsado por el cambio de paradigmas y modelos se ha comenzado a tener en cuenta a la persona con enfermedad mental en la legislación. Esto es muy importante ya que sólo con un cambio en la legislación, se podrá terminar con la discriminación de este colectivo. Debemos tener en cuenta que la discriminación agrava

---

<sup>35</sup> Empleo protegido: quiere decir empresas que trabajan para otras, pero de una forma independiente y que están formadas por colectivos de discapacitados.

el trastorno mental puesto que impone cargas y obstáculos innecesarios a las personas con enfermedades mentales<sup>36</sup>.

La legislación es un proceso continuo, que está en constante cambio y que es necesario que se vaya modificando a raíz de nuevas investigaciones. Por lo cual se deben impulsar modificaciones en la normativa interna de cada país que se vayan adaptando a los cambios de paradigma y respetando toda las normativas internacionales sobre la igualdad, para conseguir una mayor inclusión de los enfermos mentales en nuestra sociedad.

Se debe crear un sistema de derechos exigibles que protejan a las personas con trastornos mentales de la discriminación y de otras violaciones de sus derechos humanos. También esta legislación se debe transformar en medidas necesarias, para que este sistema de derechos pueda hacerse efectivo.

Hay varios tratados y convenciones internacionales que específicamente en alguno de sus apartados, se refieren a cuestiones que afectan a las personas con enfermedad mental<sup>37</sup>. Los más importantes son<sup>38</sup>:

-Carta Internacional de Derechos Humanos (1948): afirma que todas las personas somos iguales y libres, por lo cual también las personas con enfermedades mentales deben de ser susceptibles de protección para que se respeten sus derechos fundamentales.

-La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño: afirma la importancia de proteger y de velar porque no sean discriminados niños y adolescentes con enfermedades mentales.

-La Convención Internacional contra la Tortura y otro Tratos o Penas Cruelles (1984): prohíbe expresamente la posibilidad de realizar ningún tipo de tortura en ninguna circunstancia. Es importante ya que pone de manifiesto, la necesidad de terminar con ciertas conductas en instituciones psiquiátricas por ser consideradas torturas.

-Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1950): exige a la legislación europea que proporcione garantías contra la hospitalización involuntaria de las personas con enfermedades mentales.

-Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano en relación con la aplicación de la Biología y Medicina (1996): se incorpora por primera vez el principio de consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, el derecho a ser informado, como también de establecer altos estándares de protección relativos a la atención e investigación médica.

-Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos (1994): esta establece criterios para el ingreso involuntario, el procedimiento para el ingreso,

---

<sup>36</sup> Cf. OMS. *Manual de recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental*, 2006, Madrid, pp: 4.

<sup>37</sup> En esta materia lo último que existe, es la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya analizada a las que aquí no me voy a referir.

<sup>38</sup> Cfr. OMS. *Manual de recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental*, 2006, Madrid, pp: 10-20.

estándares de atención y tratamiento de las enfermedades mentales, y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y prácticas psiquiátricas.

-Recomendación REC sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Enfermedades Mentales (2004): se busca mejorar la protección de las personas con enfermedades mentales, sobre todo aquellas que estén sujetas a tratamiento o internamiento involuntario.

Como podemos observar no es hasta mediados del siglo XX, cuando la legislación internacional comienza a tomar en consideración a las personas con enfermedades mentales. Poco a poco se ha ido avanzando, aunque todavía no se ha realizado una convención estrictamente sobre las personas con enfermedades mentales.

La Convención se ha convertido en un gran avance, por lo tanto es necesario crear una legislación respetuosa con la misma. Se debe resaltar la necesidad de realizar un Convención, específicamente orientada a la discapacidad por enfermedad mental. Se debe tratar las diferencias particulares de estas personas y las trabas con las que se encuentran en la sociedad, para la creación de leyes que tengan en cuenta sus limitaciones como “discapacidad individual”, que sea consecuente con las mismas y así se respete el Principio de No Discriminación.

## **CAPITULO II: LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL MUNDO LABORAL**

El empleo es uno de los principales ámbitos de discriminación de las personas con enfermedad mental, ya que sólo el 5% de ellas tienen empleo regular y el 44% aseguran haber sufrido algún tipo de discriminación<sup>39</sup>. Además para una perfecta inclusión de las personas con enfermedades mentales en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto, es necesario garantizar el acceso de estos al mundo laboral.

La legislación y las políticas en el empleo, no diferencian entre medidas para discapacitados por un lado y para personas con enfermedad mental por otro. Dentro del concepto que la legislación tiene sobre discapacidad, (influido por el concepto que da La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) se incluye la discapacidad psíquica (entrando en este apartado las personas con enfermedades mentales).

Antes de comenzar a desglosar los diferentes apartados de este capítulo es necesario clarificar unos conceptos previos sobre las diferentes modalidades de empleo para las personas con discapacidad<sup>40</sup>:

-Empleo ordinario: en el sector de la discapacidad, se denomina empleo “ordinario” (por oposición al empleo protegido y al empleo con apoyo) al empleo en empresas normalizadas en las que el porcentaje mayoritario de trabajadores son personas sin discapacidad, ya sean públicas o privadas. También se considera empleo ordinario al empleo autónomo, generado por el propio trabajador con discapacidad, tenga o no otros trabajadores contratados. El empleo ordinario puede estar sujeto a cualquiera de las modalidades de contratación previstas en la legislación, algunas de las cuales contemplan ayudas específicas para el fomento de la contratación de trabajadores con discapacidad.

-Empleo protegido: el empleo protegido es aquél que está amparada por subvenciones o regulaciones especiales para compensar la menor productividad de los trabajadores afectados, los costes accesorios de su empleo o los costes de establecimiento o mantenimiento del empleo. El empleo protegido supone, por tanto, un apoyo permanente que permite a trabajadores con especiales dificultades de empleabilidad acceder y mantenerse en el mercado laboral, y que va más allá de la concesión de una ayuda a la contratación inicial.

En España, el recurso más importante de empleo protegido para las personas con discapacidad son los centros especiales de empleo (una figura creada por la Ley

---

<sup>39</sup> Cfr. Feafes. *Salud Mental y medios de comunicación. Guía de Estilo*, 2008, Madrid, Pp: 12. Cfr. Abella, B. “Vivir plenamente con una enfermedad mental” *Revista Feafes*, 2010, Madrid, Pp: 2.

<sup>40</sup> Vid. Web del Observatorio Estatal de la Discapacidad.



13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos). Los centros especiales de empleo tienen como objetivo principal la realización de un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado y teniendo como finalidad asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores con discapacidad, así como promover la integración del mayor número de personas con discapacidad al régimen de trabajo normal.

-El empleo con apoyo: el empleo con apoyo es un sistema de orientación y acompañamiento individualizado en la inserción laboral, consistente en un conjunto de servicios y acciones que tienen como objetivo que las personas con discapacidad con especiales dificultades de empleabilidad puedan acceder a un puesto de trabajo, mantenerse en él y promocionarse profesionalmente, con el apoyo de preparadores especializados y otras ayudas necesarias para que la persona con discapacidad pueda desarrollar por sí misma una actividad laboral en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes.

## **1. NORMATIVA EN MATERIA DE EMPLEO**

En este apartado se hará referencia a la normativa internacional, comunitaria y a nivel nacional, existente en materia de empleo.

Como expliqué en el capítulo anterior ha existido un cambio fuerte y significativo en torno a la consideración de las personas con enfermedad mental, y la discapacidad en general. Se ha pasado de no considerar al enfermo mental, a querer protegerlo y garantizarle todos sus derechos en igualdad de condiciones (como los Tratados Internacionales y nuestra propia Constitución predicán).

En la normativa de empleo, es donde hay más cambios significativos. Se ha buscado adecuar la normativa a las dificultades que estas personas pudieran tener a la hora de desempeñar un trabajo y así, que las mismas puedan trabajar en igualdad de condiciones que el resto. Por lo cual, se han orientado cambios para que se crearan leyes específicas que favorecieran la introducción de estas personas en el mundo laboral, teniendo en cuenta sus limitaciones. Se busca crear así una legislación de igualdad de oportunidades en el empleo, para que todo el mundo se encuentre con un mundo laboral igualitario y que se valore más la calidad del trabajo realizado que las propias deficiencias psíquicas o físicas que la persona tiene.

### **1.1 Normativa Internacional**

A nivel internacional nos encontramos con la Convención de Personas con Discapacidad (comentada en el capítulo anterior). Lo primero que debemos de recordar es que aunque estemos hablando de discapacidad nos estamos refiriendo también a personas con enfermedades mentales, tal y como lo especifica esta Convención en su artículo 1.

Pues bien, esta Convención es su artículo 27 con el título “trabajo y empleo”, se ocupa de todo lo relacionado con el trabajo y la situación de empleo, para las personas con enfermedad mental. En el mismo artículo, los Estados Partes: *“reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con los demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado o en un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad”* y *“salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de la legislación”*. Entre las medidas pertinentes que se deben de adoptar son:

-Prohibir la discriminación por discapacidad en cualquier forma de empleo (selección, contratación, continuidad del empleo y promoción profesional).

-Proteger los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones que los demás, creando unas condiciones de trabajo justas y seguras.

-Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales.

-Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional<sup>41</sup>; servicios de colocación y formación profesional.

-Impulsar las oportunidades de empleo y la promoción de las personas con discapacidad en el mercado laboral. Apoyándoles en la búsqueda, mantenimiento y retorno (si fuese necesario un cese temporal), al mismo.

-Promover oportunidades empresariales de empleo por cuenta propia.

-Integrar en el sector público a personas con discapacidad.

-Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas pertinentes al respecto.

-Observar que se realicen ajustes razonables en el mundo laboral, para adaptarlo a las personas con discapacidad.

-Promover la adquisición por parte de las personas con discapacidad, de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto.

-Promover programas de rehabilitación vocacional, de mantenimiento y recuperación del puesto de trabajo.

---

<sup>41</sup> Orientación vocacional: la elección de un interés realista que permite al sujeto alcanzar su meta laboral, y así su inserción en el trabajo. Ayuda en la elección de una profesión.

Por otra parte también están las Normas Uniformes (resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993, que representan el firme compromiso moral y político de los gobiernos para tomar medidas orientativas a encontrar la igualdad de personas con discapacidad) que detallan en el artículo 7, todo lo relacionado con el acceso al empleo de las personas con discapacidad:

-Las disposiciones legislativas y reglamentarias del sector laboral no deben discriminar a las personas con discapacidad ni interponer obstáculos a su empleo.

-Los Estados deben apoyar activamente la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo. Este apoyo activo se lograría mediante la capacitación profesional, planes de cuotas basadas en incentivos, el empleo reservado, subvenciones a empresas pequeñas...

-Los programas de medidas estatales deben incluir:

.Medidas para diseñar y adaptar los ambientes de trabajo a las personas con discapacidad.

.Utilización de la nueva tecnología para facilitar el empleo de las personas con discapacidad.

.Prestación de servicios apropiados de formación y colocación.

-Los Estados deben iniciar y apoyar campañas para sensibilizar al público, a que se superen las actitudes negativas en contra de las personas con discapacidad.

-En su calidad de empleadores, los Estados deben crear condiciones favorables para el empleo de personas con discapacidad en el empleo público.

-Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar para conseguir condiciones igualitarias en materia de políticas de contratación y ascenso.

-El objetivo debe ser siempre que las personas con discapacidad obtengan empleo en el mercado de trabajo abierto.

-Deben adoptarse medidas para incluir a personas con discapacidad en los programas de formación y empleo en el sector privado y en el sector no estructurado.

-Los estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar con las organizaciones de personas con discapacidad, en todas las medidas encaminadas a crear oportunidades de formación y empleo.

Tras hacer referencias a estas medidas y normas uniformes, el Comité<sup>42</sup> creado para esta Convención, hace hincapié en lo importante que es hacer desaparecer todos los obstáculos artificiales en la integración en todos los sectores de la vida y el empleo en particular<sup>43</sup>. Recuerda que la Organización Internacional del trabajo (OIT)<sup>44</sup>, en la Recomendación NO. 88 (1955) y 168 (1983), dice que la mayoría de las veces son las barreras materiales como el transporte, la vivienda y el puesto de trabajo, las que se utilizan para justificar la no idoneidad de las personas con discapacidad en el acceso a un empleo. Por lo cual los gobiernos deben instigar mediante políticas a que se adapten todas las empresas a las discapacidades, incluidas las normas internas (períodos de descanso, días libres cuando tengan que ir a terapia) para que la discriminación desaparezca, a la hora de emplear a una persona con discapacidad.

A modo de conclusión podemos observar cómo la legislación internacional en materia de empleo de personas con discapacidad, está bajo el prisma de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Intentan abarcar todos los sectores posibles y explicar todos los cambios pertinentes que se deben llevar a cabo (tanto por parte de la empresa como por parte de los gobiernos), para conseguir una igualdad real y efectiva dentro del mundo laboral. Lo necesario es que todos los países que han ratificado la Convención apliquen e introduzcan en su legislación laboral estos principios que se promulgaron en la misma.

## 1.2 Normativa Comunitaria.

Aquí se enunciará toda la normativa comunitaria, existente en torno a la materia de empleo. Lo primero que debemos resaltar es que la Unión Europea no ha dado estrictamente un concepto sobre las personas con discapacidad, pero puesto que ratificó el 26 de Noviembre del 2009 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aceptan la definición dada en esta. En este apartado cuando me esté refiriendo al colectivo de personas con discapacidad, estaré hablando también de personas con enfermedad mental. Ya que, no existen normas diferenciadas entre

---

<sup>42</sup> Es un Comité de Expertos sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, designado por la ONU e integrado por participantes de todos los Estados Miembros, expertos en discapacidad, incluso integrado también por personas y asociaciones de discapacitados.

<sup>43</sup> Cf. OMS: *Personas con Discapacidad: VII Informe sobre Derechos Humano*, 2010, Madrid, pp: 50-53.

<sup>44</sup> OIT: Organización Internacional creada en 1919 por el Tratado de Versalles y, a partir del 2 de Octubre de 1946, organismo especializado de las Naciones Unidas con sede en Ginebra, cuya misión es lograr una mayor estabilidad económica y social de las naciones, propugnando la mejora de las condiciones de trabajo, la persecución del pleno empleo y la elevación del nivel de vida, el fomento de la formación profesional de los trabajadores, la garantía de un salario mínimo vital, el reconocimiento del derecho a la negociación colectiva de las condiciones laborales, la extensión de la Seguridad Social y la protección de la salud de los trabajadores, de la infancia y la maternidad, etc. A través de convenciones internacionales y recomendaciones de obligado cumplimiento para los estados miembros, la OIT ha ido sentando una legislación internacional uniforme en materia de trabajo. La OIT reúne en su seno representantes de los gobiernos, empresarios y trabajadores. Sus órganos de funcionamiento son la Conferencia General, el Consejo de Administración y la Oficina Internacional del Trabajo. (Vid. Diccionario Larousse, Derecho, 2003).

discapacitados y personas con enfermedad mental, ya que estos últimos se incluyen dentro del grupo de discapacidad psíquica.

La normativa Europea en materia de empleo es la siguiente<sup>45</sup>:

-Carta Social Europea (1961): tiene varias disposiciones<sup>46</sup> sobre el trabajo aplicables tanto a las personas con discapacidad y a las personas que no lo son.

Sobre todo en materia de empleo para personas con discapacidad cabe destacar el artículo 15.2, mediante el cual los Estados Partes se comprometen a tomar medidas para promover el acceso al empleo de este grupo. Así como medidas orientadas a que los empleadores contraten y mantengan el empleo a personas con discapacidad en el entorno de trabajo ordinario. También a ajustar las condiciones de trabajo a las personas con discapacidad, o cuando no sea posible proceder a la creación del empleo protegido en función del nivel de la discapacidad. Se ha precisado en la misma carta, que este artículo debe ser aplicado, tanto para la discapacidad física como la psíquica (entre ellos la enfermedad mental). También se resalta la importancia de que la legislación, debe incluir la prohibición de discriminación en base a una discapacidad en todo el empleo. La legislación debe obligar a que las empresas se acomoden a las necesidades de las personas con discapacidad para que esto no sea una disculpa en la no contratación del personal discapacitado (ajustes razonables).

-Carta de los Derechos Sociales Básicos (1989): establece grandes principios, sobre los que se basa todo el modelo europeo de derecho laboral y se aplica en ámbitos de:

- la libre circulación de los trabajadores.
- el empleo y las retribuciones.
- la mejora de las condiciones de trabajo.
- la protección social.
- la libertad de asociación y de negociación colectiva.
- la formación profesional.
- la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
- la información, la consulta y la participación de los trabajadores.

---

<sup>45</sup> Cf. OMS: *Personas con discapacidad: VII Informe sobre Derechos Humanos*, 2010, Madrid, pp: 112-115.; [www.igualdadynodiscriminación/tusDerechos/legislación/europea](http://www.igualdadynodiscriminación/tusDerechos/legislación/europea); Cordero Gordillo, V. *Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad en el mercado de trabajo*, 2010, Valencia, pp: 36-45. Procuradora General, *Informe Monográfico sobre la Salud Mental y los Derechos de las Personas con Afectadas en Asturias*, 2010, Asturias, pp: 28.

<sup>46</sup> Carta Social Europea: derecho al trabajo (art.1); derecho a unos condiciones de trabajo equitativas (art. 2); a la seguridad e higiene en el trabajo (art.3); a una remuneración equitativa (art. 4); derecho sindical (art.5); de negociación colectiva (art.5); de las trabajadoras a la maternidad (art.8); a la orientación profesional (art.9); a la formación profesional (art.10) y a la seguridad social (art.12).

- la protección de la salud y de la seguridad en el trabajo.
- la protección de los niños, los adolescentes, las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad.

Son ámbitos aplicables a personas con discapacidad y en la misma existe un artículo estrictamente aplicable al colectivo de personas con discapacidad, es el artículo 26 que enuncia lo siguiente: *“Todo minusválido, cualesquiera que sean el origen y la naturaleza de su minusvalía, debe poder beneficiarse de medidas adicionales concretas encaminadas a favorecer su integración profesional y social.*

*Estas medidas de mejora deben referirse, en particular, según las capacidades de los interesados, a la formación profesional, la ergonomía, la accesibilidad, la movilidad, los medios de transporte y la vivienda”.*

-Tratado de Amsterdam (1997): marca un antes y un después en la lucha por parte de la Unión Europea contra la discriminación. Es una modificación del Tratado de Maastrich. Con este tratado las instituciones europeas adquirieron competencias para regular la igualdad de trato en el acceso al empleo, la formación y la promoción profesional. Cabe destacar el artículo 13 que habla acerca del principio de no discriminación: *“El Consejo, por unanimidad, a propuesta de la Comisión y previa consulta al Parlamento Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual”.* Este tratado impulsa que se adopte una directiva para combatir la discriminación en el empleo y de esta manera se aprueba la:

.Directiva 2000/78/CE, del 27 de Noviembre del 2000: relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. Busca prohibir la discriminación en el empleo, por varias condiciones, entre ellas por discapacidad. En su artículo 1 describe el objeto de la misma: *“La presente Directiva tiene por objeto establecer un marco general para luchar contra la discriminación por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual en el ámbito del empleo y la ocupación, con el fin de que en los Estados miembros se aplique el principio de igualdad de trato”.*

En la materia que aquí nos interesa, (no discriminación en el empleo por razón de discapacidad) cabe destacar el artículo 5 de la presente directiva mediante el cual se dice: *“A fin de garantizar la observancia del principio de igualdad de trato en relación con las personas con discapacidades, se realizarán ajustes razonables. Esto significa que los empresarios tomarán las medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta, para permitir a las personas con discapacidades acceder al empleo, tomar parte en el mismo o progresar profesionalmente, o para que se les ofrezca formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario. La carga no se considerará excesiva*

*cuando sea paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado miembro sobre discapacidades”. También para esta materia resulta importante el artículo 7.2 que habla acerca de las medidas de acción positiva, el cual dice: “Por lo que respecta a las personas con discapacidad, el principio de igualdad de trato no constituirá un obstáculo al derecho de los Estados miembros de mantener o adoptar disposiciones relativas a la protección de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, ni para las medidas cuya finalidad sea crear o mantener disposiciones o facilidades con objeto de proteger o fomentar la inserción de dichas personas en el mundo laboral”.*

En cuanto a la normativa europea en materia de no discriminación por motivo de discapacidad en el empleo, lo más importante y lo que aún hoy sigue vigente es todo lo comentando con anterioridad. A modo de conclusión observamos como desde mediados del siglo XX ha habido una eminente preocupación por parte de la Unión Europea de no discriminación en materia de discapacidad. Son muchos los tratados, que apelan una igualdad de trato en el trabajo de personas con discapacidad, incluyendo siempre en estas a las personas con enfermedades mentales.

### **1.3 Normativa Española**

En materia laboral, los textos normativos básicos en España son<sup>47</sup>:

-Constitución Española. Nos encontramos con el artículo 35 referente al derecho al trabajo:

*“1. Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo.*

*2. La ley regulará un estatuto de los trabajadores.”*

-Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos. En materia laboral establece, que las empresas tanto públicas como privadas, que superen los 50 trabajadores deben contratar como mínimo un 2% de personas con discapacidad.

-Real Decreto de 1368/1985, de 17 de julio, mediante el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en Centros Especiales de trabajo.

-Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de Trabajadores. Para la materia que aquí nos interesa cabe destacar el artículo 17 del presente Estatuto que dice lo siguiente:

---

<sup>47</sup> Cfr. OMS. *Personas con discapacidad. VII Informe sobre Derechos Humanos*, 2010, Madrid, pp: 286-288; Cordero Gordillo, V. *Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo*, 2010, Valencia, pp: 49-57. Cfr. Procuradora General, *Informe Monográfico sobre la Salud Mental y los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental Afectadas en Asturias*, 2010, Asturias, pp: 27-30.

*“Artículo 17 No discriminación en las relaciones laborales*

- 1. Se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que den lugar en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo, a situaciones de discriminación directa o indirecta desfavorables por razón de edad o discapacidad o a situaciones de discriminación directa o indirecta por razón de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación o condición sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con personas pertenecientes a o relacionadas con la empresa y lengua dentro del Estado español.*
- 2. Podrán establecerse por ley las exclusiones, reservas y preferencias para ser contratado libremente.*
- 3. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el Gobierno podrá regular medidas de reserva, duración o preferencia en el empleo que tengan por objeto facilitar la colocación de trabajadores demandantes de empleo.*

*Asimismo, el Gobierno podrá otorgar subvenciones, desgravaciones y otras medidas para fomentar el empleo de grupos específicos de trabajadores que encuentren dificultades especiales para acceder al empleo. La regulación de las mismas se hará previa consulta a las organizaciones sindicales y asociaciones empresariales más representativas.*

*Las medidas a las que se refieren los párrafos anteriores se orientarán prioritariamente a fomentar el empleo estable de los trabajadores desempleados y la conversión de contratos temporales en contratos por tiempo indefinido*

- 4. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores, la negociación colectiva podrá establecer medidas de acción positiva para favorecer el acceso de las mujeres a todas las profesiones. A tal efecto podrá establecer reservas y preferencias en las condiciones de contratación de modo que, en igualdad de condiciones de idoneidad, tengan preferencia para ser contratadas las personas del sexo menos representado en el grupo o categoría profesional de que se trate.*

*Asimismo, la negociación colectiva podrá establecer este tipo de medidas en las condiciones de clasificación profesional, promoción y formación, de modo que, en igualdad de condiciones de idoneidad, tengan preferencia las personas del sexo menos representado para favorecer su acceso en el grupo, categoría profesional o puesto de trabajo de que se trate.”*

-Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Debemos tener en cuenta el artículo 2 que establece el objetivo de las infracciones:



*“A los efectos de esta Ley, se considerarán infracciones administrativas las acciones y omisiones que ocasionen vulneraciones del derecho a la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad, cuando se produzcan discriminaciones directas o indirectas, acosos, incumplimiento de las exigencias de accesibilidad y de realizar ajustes razonables, así como el incumplimiento de las medidas de acción positiva legalmente establecidas, especialmente cuando se deriven beneficios económicos para la persona infractora.”*

Este artículo será aplicable también en el ámbito laboral, siempre que exista alguna forma de discriminación en el mismo, y se puede amparar la introducción de las acciones positivas y la necesidad de realizar ajustes razonables.

-Real Decreto 2271/2004. Por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo para personas con discapacidad.

-Ley 43/2006 para la mejora del crecimiento y del empleo. Debemos tener cuenta el artículo 1.2 de la misma:

*“1.2. Asimismo, se regulan con carácter excepcional bonificaciones para los contratos temporales que se celebren con trabajadores con discapacidad o con personas que se encuentren en situación de exclusión social, siempre que, en ambos casos, estén desempleados e inscritos en la Oficina de Empleo, así como con personas que tengan acreditada la condición de víctima de violencia de género en los términos de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, o de víctima de violencia doméstica o con personas que tengan acreditada la condición de víctima del terrorismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo”.*

-Real Decreto 870/2007, de 2 de julio. Se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de las personas con discapacidad.

- Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción. Debemos tener en cuenta el artículo 1 que regula el objeto de de esta ley:

*“1. La presente Ley tiene por objeto regular el régimen jurídico de las empresas de inserción y establecer un marco que promueva la inserción laboral de personas en situación de exclusión social a través de este tipo de empresas.*

*Para el cumplimiento de estos objetivos, el contenido de esta Ley se extiende a:*

*a) Establecer una regulación propia para las empresas de inserción, que posibilite su desarrollo y consolidación.*

*b) Determinar para las empresas de inserción los requisitos necesarios y el procedimiento a seguir, a través de los itinerarios de inserción, para la incorporación al mercado ordinario de las personas en situación de exclusión social.*

*c) Establecer un conjunto de medidas para la promoción de la inserción sociolaboral a través de las empresas de inserción y delimitar las situaciones que, en su caso, puedan determinar la adopción de tales medidas.*

*2. El objetivo del trabajo de estas personas en las empresas de inserción es lograr su integración en el mercado de trabajo ordinario, para lo cual, la empresa de inserción contratante facilitará a sus trabajadores el acceso a la formación y a la orientación a través de las acciones y medidas que se establecen en esta Ley.”*

-Ley de 26/2011 del 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Es importante destacarla aquí puesto que en materia de empleo, se aumenta la reserva de cupo de vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad al 7%. Y se crea por primera vez, una cuota específica para discapacidad intelectual.

-Real Decreto de 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Tiene en cuenta también medidas específicas para las personas con discapacidad en el mundo laboral.

Podemos observar como la normativa española ha sido especialmente influenciada por todos los tratados internacionales y comunitarios. Se debe destacar como las acciones positivas y los ajustes razonables ya comienzan a aparecer como posibilidades para paliar la discriminación en el mundo laboral desde la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), aunque no de la manera que las nombramos ahora. Por ejemplo, aunque en la LISMI no se nombra con este término la medida de reserva del 50% es una cuota, conocida hoy en día como una medida de acción positiva. Aunque este tipo de medidas en el ámbito laboral, parecen haber sido en los últimos años más aplicadas a la igualdad entre hombre y mujer, que al campo de la discapacidad. Quizás por eso se puede pensar, que en este campo este tipo de medidas han estado poco investigadas y se han instaurado como medida para combatir la discriminación en menor medida.

## **2. ACCIONES POSITIVAS Y AJUSTES RAZONABLES PARA COMBATIR LA DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO**

En este apartado nos vamos a referir a dos técnicas que se utilizan dentro del mundo laboral, para combatir la discriminación de ciertos colectivos y buscar esa igualdad real y material que se promulga desde nuestra Constitución. Estos dos conceptos son: acciones positivas y ajustes razonables.

Son conceptos que ya han sido nombrados con anterioridad, puesto que vemos que son utilizados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con

Discapacidad, como instrumentos para garantizar la igualdad real. También aparecen dentro de la normativa española, en la que podemos observar la primera aparición en la LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos). Son conceptos bastante novedosos, y que han tardado en incorporarse a las legislaciones en parte por la reticencia que su utilización puede crear en la población. Son conceptos que se basan en tratar de forma “desigual” a unos colectivos en pro de otros, para que los dos grupos tengan la oportunidad de llegar a la misma meta.

El término de acciones positivas ha sido utilizado sobre todo en torno a las políticas de igualdad de género. Ha creado mucha polémica<sup>48</sup>, aunque al final se ha visto que es necesario para conseguir la igualdad real y material. El término acción positiva, también se puede encontrar sustituido por discriminación inversa o discriminación positiva.

El término de ajustes razonables está más encaminado a la discapacidad y sobre todo cuando nos estamos refiriendo a discapacidad física, aunque puede resultar muy beneficioso para personas con enfermedad mental. Es un instrumento necesario, puesto que puede eliminar las barreras, que muchos empresarios pueden utilizar de excusa para la no contratación de personal discapacitado.

## **2.1 Las acciones positivas en el Derecho Español**

### **2.1.1 Definición de acción positiva**

El concepto “acción positiva”, es una expresión que Europa traduce del concepto estadounidense “affirmative action”, que es utilizado por primera vez en una ley estadounidense de 1935 enmarcada en el ámbito del derecho laboral. Este tipo de políticas surgen en Estados Unidos, pero sobre todo orientadas para mejorar la situación de las minorías étnicas (que los afroamericanos accedan al trabajo en igualdad de oportunidades, que se les reserven cuotas en las universidades...). Sin embargo es en Europa donde más activamente se van a desarrollar políticas de este tipo en el ámbito laboral (y en otros), para paliar las desigualdades entre hombres y mujeres. A pesar de que las acciones positivas nacen en Estados Unidos, hoy en día es más típico encontrar políticas de este tipo en los Estados más interventores (como son todos los países integrantes de la Unión Europea).

Partiendo del concepto de acción positiva que ofrece Carmen Otero Castrillón en relación con la discriminación por razón de sexo: *“Toda medida destinada a contrarrestar los efectos de discriminación del pasado, a eliminar la discriminación existente y a promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, particularmente en relación con tipos o niveles de empleo donde los miembros de un*

---

<sup>48</sup> Cfr. Barrera Unzueta, M.A. “Análisis del concepto y propuestas de revisión”, 2003, Revista Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, pp: 1-29; Cfr.. Ballester, M.V. “Igualdad y acciones positivas. Problema y argumentos en una discusión infinita”, 2006, Revista Doxa, pp: 59-76.

*sexo están infrarrepresentados*”<sup>49</sup> y aplicándolo al campo de la discapacidad podemos definir acción positiva como: “*Aquella medida destinada a contrarrestar los efectos de la discriminación y promover la igualdad de oportunidades entre el colectivo de personas con discapacidad, en relación con los niveles de empleo donde las personas con discapacidad están infrarrepresentadas*”.

Las acciones positivas, dentro del mercado laboral, cumplen principalmente tres objetivos:

- Buscar un equilibrio entre las responsabilidades familiares y profesionales.
- Están encaminadas a paliar situaciones desfavorables para las personas con discapacidad en el mercado de trabajo (principalmente en cuanto a la orientación y a la formación profesional).
- Pretenden compensar las discriminaciones del pasado, principalmente estableciendo cuotas empresariales para la contratación de personal discapacitado.

Las principales características de estas acciones positivas son las siguientes:

- Las acciones positivas son deberes de los poderes públicos.
- Objetividad: se debe de demostrar la desigualdad existente en el sector para poder implementar estas acciones positivas.
- Transitoriedad: su establecimiento y duración deberá limitarse estrictamente al periodo de tiempo necesario para lograr la igualación de las condiciones laborales.

### **2.1.2 Marco jurídico de las acciones positivas**<sup>50</sup>

Las medidas de acción positiva en nuestro ordenamiento jurídico, tienen su fundamento en el artículo 9.2<sup>51</sup> de nuestra Constitución. Este artículo destaca la importancia de imponer medidas por parte de los poderes públicos para remover los obstáculos que impidan una igualdad real y efectiva. Por lo que para la consecución de este objetivo basándonos en este artículo, se podría tratar de forma desigual a un grupo determinado, con la finalidad última de conseguir la igualdad real entre este y el tradicionalmente vulnerado.

---

<sup>49</sup> Otero García-Castrillón, C. “Igualdad, Género y Medidas de acción-discriminación positiva en las políticas social comunitaria”, 2002, Revista De Derecho Comunitario Europeo, pp: 89-502.

<sup>50</sup> Cfr. Cordero, Gordillo, V. *Igualdad y no discriminación de las personas con Discapacidad en el mercado de trabajo*, 2010, Valencia, pp: 122-126.

<sup>51</sup> Artículo 9 de la Constitución Española:

2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

El Tribunal Constitucional se ha pronunciado acerca de las medidas de acción positiva, declarándolas constitucionales y que respetan el Principio de Igualdad, siempre que se demuestre que el tratamiento favorable hacía el grupo vulnerado (en nuestro caso los discapacitados), esté justificado por la no introducción del mismo en igualdad de condiciones que el otro grupo en el mercado de trabajo.

A nivel legal nos encontramos con el artículo 17 del Estatuto de Trabajadores (enunciado en el apartado de normativa española), en cuyas apartados 2,3 y 4, contempla la posibilidad de introducción de medidas de acción positiva. Resulta muy interesante el apartado 2, puesto que introduce la posibilidad de creación de cuotas (que dedicaremos un apartado posterior), una de las acciones positivas más utilizadas en el mercado laboral en materia de discapacidad.

En nuestro ordenamiento jurídico nos encontramos también con la LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos) que en su artículo 37.1bis<sup>52</sup>, describe (adaptándose de esta manera a la norma comunitaria) las medidas que se deberán tomar en el mercado laboral para garantizar la igualdad de las personas con discapacidad.

También nos encontramos con la LIONDAU (Ley de Igualdad, No Discriminación y Accesibilidad Universal) que no sólo define las acciones positivas, sino que remarca la importancia de individualizarlas. Por medidas de acción positiva entiende: *“Aquellos apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tiene las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad”* (Artículo 8.2). Sobre el contenido de las posibles medidas podrán consistir en apoyos complementarios, es decir, ayudas económicas, ayudas técnicas, asistencia personal, servicios especializados y ayudas y servicios auxiliares para la comunicación, así como normas, criterios y prácticas más favorables. Medidas que, tendrán el carácter de mínimos y se entenderán sin perjuicio de las que pueden establecer las Comunidades Autónomas. También entre estas medidas, se destacan las ayudas y subvenciones públicas.

---

<sup>52</sup> TÍTULO VII: DE LA INTEGRACIÓN LABORAL. Artículo 37bis:

1. Para garantizar la plena igualdad en el trabajo, el principio de igualdad de trato no impedirá que se mantengan o adopten medidas específicas destinadas a prevenir o compensar las desventajas ocasionadas por motivo de discapacidad.

2. Los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa, en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario. Para determinar si una carga es excesiva se tendrá en cuenta si es paliada en grado suficiente mediante las medidas, ayudas o subvenciones públicas para personas con discapacidad, así como los costes financieros y de otro tipo que las medidas impliquen y el tamaño y el volumen de negocios total de la organización o empresa.

Por último tenemos la Directiva 62/2003, que determinó la incorporación definitiva de las medidas de acción positivas a toda nuestra legislación posterior, en materia laboral.

### **2.1.3 Las Cuotas**

Las cuotas de empleo es una medida de acción positiva que consiste en la reserva de un cupo de plazas (tanto en convocatoria de plazas en oposiciones como en empresas particulares), para un grupo determinado de gente que por su características individuales no podrían entrar a formar parte de las mismas en igualdad de condiciones que el resto de las personas.

Las cuotas de empleo<sup>53</sup> son una de las medidas de acción positiva (yo me atrevería a decir incluso la única), más utilizada para fomentar la introducción del personal discapacitado tanto en la empresa pública como en la privada. En el ordenamiento español nos encontramos con cuotas tanto en el empleo público como en el privado.

-En el empleo público: en el EBEP<sup>54</sup> (Estatuto Básico de Empleo Público), en su artículo 59.1<sup>55</sup>, establece la obligación de reserva de un cupo no inferior al 5 por 100 de las vacantes para personal discapacitado. Estos deben de superar los procesos selectivos, acreditar su discapacidad y la compatibilidad con el desarrollo de la tarea.

-En el empleo privado: en la LISMI, está el artículo 38.1, que establece que las empresas (públicas o privadas) con más de 50 trabajadores, al menos el 2 por ciento deben ser discapacitados. Pero a partir de la ley 66/1997, de 30 de Diciembre, podrán eximirse de ello si se aplican alguna de las medidas alternativas previstas reglamentariamente.

---

<sup>53</sup> Cfr. Cordero, Gordillo, V. *Igualdad y no Discriminación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo*, 2010, Valencia, pp: 126-132.

<sup>54</sup> El Estatuto Básico del Empleado Público establece los principios generales aplicables al conjunto de las relaciones de empleo público, empezando por el de servicio a los ciudadanos y al interés general, ya que la finalidad primordial de cualquier reforma en esta materia debe ser mejorar la calidad de los servicios que el ciudadano recibe de la Administración.

<sup>55</sup> ESTATUTO BÁSICO DE EMPLEO PÚBLICO. Artículo 59: Personas con discapacidad:

1. En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al siete % de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad, considerando como tales las definidas en el apartado 2 del artículo 1 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, siempre que superen los procesos selectivos y acrediten su discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas, de modo que progresivamente se alcance el dos % de los efectivos totales en cada Administración Pública. La reserva del mínimo del 7 % se realizará de manera que, al menos, el dos % de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten discapacidad intelectual y el resto de las plazas ofertadas lo sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad.

2. Cada Administración Pública adoptará las medidas precisas para establecer las adaptaciones y ajustes razonables de tiempos y medios en el proceso selectivo y, una vez superado dicho proceso, las adaptaciones en el puesto de trabajo a las necesidades de las personas con discapacidad.

Básicamente como medidas de acción positiva para la contratación de personal discapacitado en España nos encontramos con la reserva de cuotas. Es bastante insuficiente, puesto que a pesar de ser bastante efectivo en otros colectivos vulnerables (como las mujeres), en el colectivo de los discapacitados no es la mejor solución. Puesto que las cuotas son aplicadas a la totalidad del colectivo de discapacidad, no se especifica que se deban tener en cuenta en la contratación un porcentaje de cada discapacidad. Por lo cual, un empresario puede contratar siempre a una personas con discapacidad física y no a una persona con discapacidad por enfermedad mental. Por eso resulta necesario combinar estas medidas con los ajustes razonables a los cuales dedicaremos el siguiente apartado.

## **2.2 Los ajustes razonables en el Derecho Español**

### **2.2.1 Definición de Ajustes Razonables**

Se fundamenta en la idea de que las sociedades en general están estructuradas por unos patrones de normalidad. En el ámbito laboral, suelen crear sus instalaciones y diseñar sus políticas y prácticas basándose en esos mismos criterios. Como consecuencia, se crean obstáculos a la participación de las personas que no responden a estos parámetros de normalidad. Muchas veces estos parámetros son los que llevan a la exclusión en el mercado laboral de personas con discapacidad<sup>56</sup>.

El origen de este concepto surge en la sociedad norteamericana, aunque inicialmente este concepto no se vincula a la discapacidad. Surge como respuesta a la discriminación en base a la religión.

La Directiva 2000/78/CE defiende la introducción de ajustes razonables para la no discriminación en el mundo laboral de las personas con discapacidad, mediante su artículo 5: *“A fin de garantizar la observancia del principio de igualdad de trato en relación con las personas con discapacidades, se realizarán ajustes razonables. Esto significa que los empresarios tomarán las medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta, para permitir a las personas con discapacidades acceder al empleo, tomar parte en el mismo o progresar profesionalmente, o para que se les ofrezca formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva al empresario. La carga no se considerará excesiva cuando sea paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado miembro sobre discapacidades”*.

Lo que podemos resaltar de este artículo es que es muy innovador y positivo, porque pone de manifiesto la necesidad del empresario de adaptarse a los problemas de sus trabajadores, no los trabajadores al empresario (recuerda a la idea del modelo social que se promulga en la Convención del 2006). Pero tiene un gran problema, *“siempre que no sea una carga excesiva”* y *“como carga excesiva entendemos cuando sea*

---

<sup>56</sup> Cfr. Cordero Gordillo. V. *Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo*, 2010, Valencia, pp: 133-139.

*paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado*". Pues bien, vuelve a recaer indirectamente todo el peso sobre el Estado, y cuando el Estado no regule algún ajuste razonable mediante ley orgánica y no cree una subvención para realizar el determinado cambio (por ejemplo, esas tres horas que la persona con enfermedad mental tienen que faltar al trabajo no está regulado por el estado ni proporciona una subvención para que el empresario lo cumpla) lo que ocurrirá, es que el empresario alegará una carga excesiva y no contratará a una persona con discapacidad.

Resulta importante destacar la definición de ajustes razonables más actual y que es la enunciada por la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>57</sup>. Mediante su artículo 2 describe el concepto de ajustes razonables como: *"Las modificaciones o adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en su caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales"*.

Esta definición sigue teniendo el mismo problema que la anterior, *"siempre que no imponga una carga desproporcionada"*, mi pregunta es: ¿y quién determina que esa carga sea excesiva? Basándonos en el Tribunal Constitucional debería realizarse un juicio de proporcionalidad y: ¿de verdad creemos que un empresario tiene el juicio suficiente y objetivo para realizarlo? Creo que los ajustes razonables, aunque no debemos olvidar su carácter individualizado deben de estar mucho más regulados y controlados por la normativa interna de cada país.

### **2.2.2 Medidas de ajustes razonables**

Lo primero que debemos de dejar claro es que los ajustes razonables tal y como son definidos por la Convención son particulares e individualizados de cada empresa. Cada empresa debe de analizar qué es lo necesario tanto a nivel de entorno como a nivel de reglamento interno, que impide que una persona con discapacidad entre a formar parte de la misma respetando siempre la legislación estatal. Ni la Convención ni nuestro ordenamiento jurídico habla de un tipo de ajustes razonables (como en el caso de la cuotas), sino que deja la puerta entreabierta a que sean las empresas con su autonomía las que decidan.

Aunque se puede seguir la Guía interpretativa del reglamento para implementar ajustes razonables elaborada por la Comisión de Igualdad en el Empleo de la Unión Europea, que distinguen tres categorías de ajustes<sup>58</sup>:

---

<sup>57</sup> Cfr. [www.convencioninternacional.com](http://www.convencioninternacional.com)

<sup>58</sup> Cfr. Cordero, Gordillo, V. *Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo*, 2010, Valencia, pp: 136.



-Modificaciones o ajustes en un proceso de selección que permitan a un candidato con discapacidad cualificado ser considerado para el puesto de trabajo que desea.

-Modificaciones o ajustes en el entorno de trabajo, o en la manera o circunstancias bajo las cuales el puesto de trabajo ocupado o deseado es habitualmente desempeñado, que permitan a una personas con discapacidad cualificada desempeñar las funciones esenciales de dicho puesto.

-Modificaciones o ajustes que permitan a un trabajador con discapacidad cualificado disfrutar los mismos beneficios y privilegios de empleo que son disfrutados por otros trabajadores sin discapacidad que se encuentren en su posición similar.

Como se puede observar, los ajustes razonables aunque en principio parecen más orientados para la discapacidad física, son necesarios también para las personas con enfermedades mentales. Puesto que muchas empresas deberían cambiar el reglamento interno para adecuarse al tiempo que estas personas deben estar en terapia, incluso a los paros de tiempo que muchas de ellas tienen que realizar para tomar la medicación. También sería necesario que se regulara la incorporación de estas personas tras una crisis y que esto no fuera una excusa para la no contratación de personas con enfermedades mentales. Ya que son concepciones que “a priori” tienen todos los empresarios y que alegan que por esto no podrán desempeñar bien el puesto de trabajo, cuando se sabe que en muchas ocasiones esto no influye en la capacidad de trabajo de la persona contratada, incluso puede ir en pro de la misma, ya que el interés que puede poner puede ser incluso mayor porque sabe que puede tener algunas limitaciones y por ende si estas se hacen visibles peligrar su puesto de trabajo.

### **2.3 Diferencias entre acciones positivas y ajustes razonables**

Es importante distinguir entre acciones positivas y ajustes razonables, puesto que en muchas ocasiones se pueden solapar, en parte debido al carácter tan novedoso que tiene en nuestra legislación el concepto de ajustes razonables.

Podemos hablar de las siguientes diferencias principalmente<sup>59</sup>:

-La principal diferencia viene de que en las acciones positivas no se tiene en cuenta las dificultades individuales de cada persona perteneciente al grupo de discapacitados<sup>60</sup>. La medida se dirige al grupo de discapacitados en general, no en particular. Sin embargo los ajustes razonables sí tienen en cuenta las diferencias individuales, por eso para cada empresa deben de ser diferentes, adaptándose a los

---

<sup>59</sup> Cfr. Cordero, Gordillo, V. *Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo*, 2010, Valencia, pp: 154-162.

<sup>60</sup> Esto apoya mi idea, de que las acciones positivas no son muy beneficiosas para las personas con enfermedades mentales. Puesto que pueden ser excluidas, por los criterios internos que cada empresa disponga para la contratación de personal discapacitado.

problemas particulares derivados de la persona con discapacidad que quiera acceder al puesto de trabajo.

-Otra diferencia la encontramos en que los ajustes razonables están vinculados completamente con el principio de igualdad de trato y su incumplimiento deriva en una discriminación por razón de discapacidad. La no discriminación por discapacidad no sólo implica un trato igual sino un trato desigual, un ajuste razonable<sup>61</sup>, cuando fuera necesario para que la persona con discapacidad pueda desempeñar el puesto de trabajo en igualdad de condiciones.

-Otra de las diferencias, sería el carácter temporal de las medidas. Puesto que las acciones positivas tienen un carácter temporal, mientras que los ajustes razonables deben ser para siempre. Las medidas de acción positiva buscan equilibrar la plantilla de trabajadores, hasta que por sí sólo la empresa lo haga. Mientras que los ajustes, deberán realizarse siempre y mantenerse para que estas personas puedan acceder a los puestos de trabajo.

-Otra de las diferencias es que las acciones positivas están reguladas expresamente a nivel legislativo, mientras que los ajustes razonables no se regulan tan específicamente sino que dejan abiertos a que cada empresa realice los que cree convenientes. Puede ser a causa de la novedad de los ajustes, ya que antes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad no eran aplicados.

-Por último para la base de este trabajo, es importante resaltar como en el mundo laboral los ajustes razonables son más necesarios para las personas con enfermedad mental. Ya que para las “cuotas” se reserva un tanto % de la totalidad de los discapacitados, (teniendo en cuenta aquí a las personas con enfermedades mentales) pero el empleador puede decidir qué tipo de personas con discapacidad contrata, no tiene porque dividir ese % entre las distintas discapacidades, por ejemplo podría contratar cubriendo ese porcentaje a personas que tuvieran problemas de oído solamente dejando fuera a la discapacidad psíquica (que es lo que suele pasar). Sin embargo, los ajustes razonables al tener en cuenta las diferencias individuales, hacen que las empresas deban adaptarse a los problemas derivados de las terapias de estas personas (por ejemplo).

### **3. SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES EN ESPAÑA**

En este apartado se realizará un análisis sobre la contratación de personas con enfermedades mentales. Una vez más a la hora de referirnos a las estadísticas nos estaremos refiriendo al colectivo completo de discapacidad, a causa de la no segregación por diferente tipo de discapacidad en la normativa existente.

---

<sup>61</sup> Un ajuste razonable, sería por ejemplo dejar salir dos horas todas las semanas por la mañana, a la personas con enfermedad mental para ir a terapia.

Una vez revisada toda la normativa en materia de empleo al respecto y las medidas que intentan combatir esta discriminación, debemos de observar mediante la recolección de datos empíricos, si hoy en día esta normativa sirve para el fin que busca, la igualdad en la contratación de personal discapacitado. A pesar de toda la normativa laboral en torno a las personas con discapacidad, España sigue siendo uno de los países con más desempleo de las mismas<sup>62</sup>.

La discriminación en el mercado laboral puede ser de dos tipos:

-Discriminación externa: las normas internacionales (OIT N°159 y Recomendación N° 168) respaldan el derecho a recibir una formación profesional adecuada y a obtener un empleo, no sólo en instituciones protegidas, sino en el campo ordinario de trabajo. Cuando las personas se enfrentan a una discriminación, a la hora de entrar en un puesto de trabajo eso es lo que podemos considerar como discriminación externa. Es bastante típica, y podemos encontrar varios estudios.

-Discriminación interna: nos referimos a si el colectivo de personas discapacitadas, se encuentran con discriminación una vez aceptado en un puesto de trabajo. Para esto se deben analizar tres dimensiones en base a la asignación y diseño de su puesto de trabajo que son: la complejidad del puesto asignado, la autonomía y la variedad de tareas.

En España lo que más sufren la personas con enfermedades mentales es la discriminación externa, aunque se están empezando a demostrar cada vez más casos sobre la discriminación interna<sup>63</sup>. Quizás el problema está en a la hora de captar una y otra discriminación, puesto que la primera es mucho más visible que la segunda, incluso para la propia persona afectada.

### **3.1 Estadísticas**

Una forma de comprobar si la legislación acerca del empleo se corresponde con la realidad, es observando las diferentes estadísticas que se pueden encontrar sobre el empleo de las personas con discapacidad (dentro de la cuales se tienen en cuenta a las personas con enfermedades mentales).

En referencia al empleo tenemos las siguientes estadísticas, que son las más recientes y oficiales que se pueden encontrar<sup>64</sup>. Debemos tener en cuenta que las estadísticas que posteriormente se plasman hablan sobre la contratación de personal

---

<sup>62</sup> Cfr. Ruiz, Castillo, M. *Igualdad y No Discriminación. La proyección sobre el tratamiento laboral de la discapacidad*, 2010, Albacete, pp: 93.

<sup>63</sup> Cfr. Ruiz, Castillo, M. *Igualdad y No Discriminación. La proyección sobre el tratamiento laboral de la discapacidad*, 2010, Albacete, pp: 81-107; Villanueva Flores, M. "La discriminación interna de las personas con discapacidad: El desarrollo de carreras profesionales", *Estableciendo puentes en una economía global*, 2008, pp: 1-6.

<sup>64</sup> Vid. Web Del Observatorio Estatal de Discapacidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

discapacitado en general, tanto en el empleo ordinario como en el empleo protegido (dato a tener en cuenta para el posterior análisis).

### **3.1.1 Estadísticas generales**

Desde el Observatorio Estatal de la Discapacidad, se tratan mensualmente los datos del Servicio Público de Empleo sobre los contratos a personas discapacitados (psíquicas y físicas). Tras finalizar el 3º Trimestre del 2012, se habían realizado en España 46175 contratos a personas con discapacidad, mientras que en el 2011 se realizaron 47541.

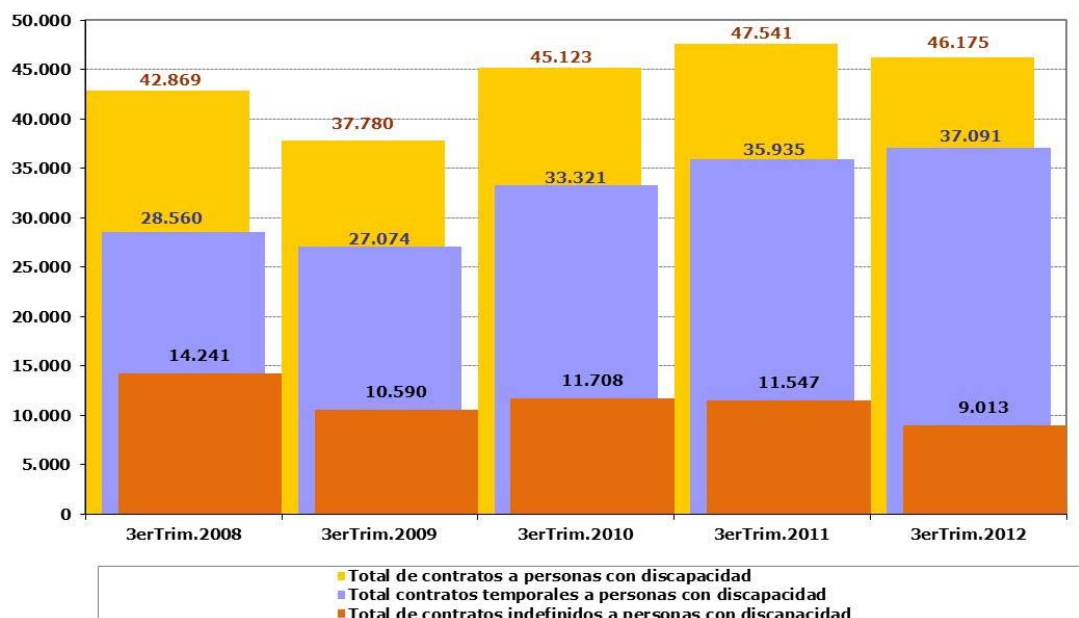
#### Evolución interanual de la contratación a personas con discapacidad según tipo de contratos. Acumulado 3º Trimestre. España, 2008-2012.

TIPOS DE CONTRATOS	Acum. 3º TRIM.		Acum. 3º TRIM.		Acum. 3º TRIM.		Acum. 3º TRIM.		Acum. 3º TRIM.	
	2012		2011		2010		2009		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Indefinido ordinario	955	2,1%	493	1,0%	529	1,2%	538	1,4%	548	1,3%
Indefinido F.C.I.*	212	0,5%	1.562	3,3%	1.731	3,8%	1618	4,3%	2.310	5,4%
Indefinido PCD	4.969	10,8%	5.592	11,8%	6.091	13,5%	5876	15,6%	8.147	19,0%
Obra o servicio	9.097	19,7%	8.696	18,3%	7.543	16,7%	5322	14,1%	5.839	13,6%
Eventual	8.225	17,8%	6.997	14,7%	7.880	17,5%	6253	16,6%	5.777	13,5%
Interinidad	8.670	18,8%	8.332	17,5%	6.708	14,9%	5288	14,0%	4.545	10,6%
Temporal PCD	10.910	23,6%	11.672	24,6%	10.835	24,0%	9750	25,8%	11.960	27,9%
Prácticas	9	0,0%	16	0,0%	15	0,0%	6	0,0%	6	0,0%
Formación	180	0,4%	222	0,5%	340	0,8%	455	1,2%	433	1,0%
Otros contratos	71	0,2%	59	0,1%	94	0,2%	114	0,3%	68	0,2%
Convertidos en indefinidos	2.877	6,2%	3.900	8,2%	3.357	7,4%	2558	6,8%	3.236	7,5%
<b>TOTAL</b>	<b>46.175</b>	<b>100,0%</b>	<b>47.541</b>	<b>100,0%</b>	<b>45.123</b>	<b>100,0%</b>	<b>37.778</b>	<b>100,0%</b>	<b>42.869</b>	<b>100,0%</b>

(\*) F.C.I.: Fomento de la contratación indefinida

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Servicio Público de Empleo (SEPE).

Distribución de la contratación a personas con discapacidad según tipo de contratos. Acumulado 3º Trimestre. España, 2008-2012.



Tanto en la tabla como en la gráfica anterior lo que se puede observar es que había una tendencia de aumento de la contrataciones que sin embargo en el 2012 cambia, volviéndose más baja. Aunque esto quizás puede ser debido a la crisis generalizada dentro del empleo en España, más que una causa de discriminación.

### **3.1.2 Estadísticas por tipo de contrato**

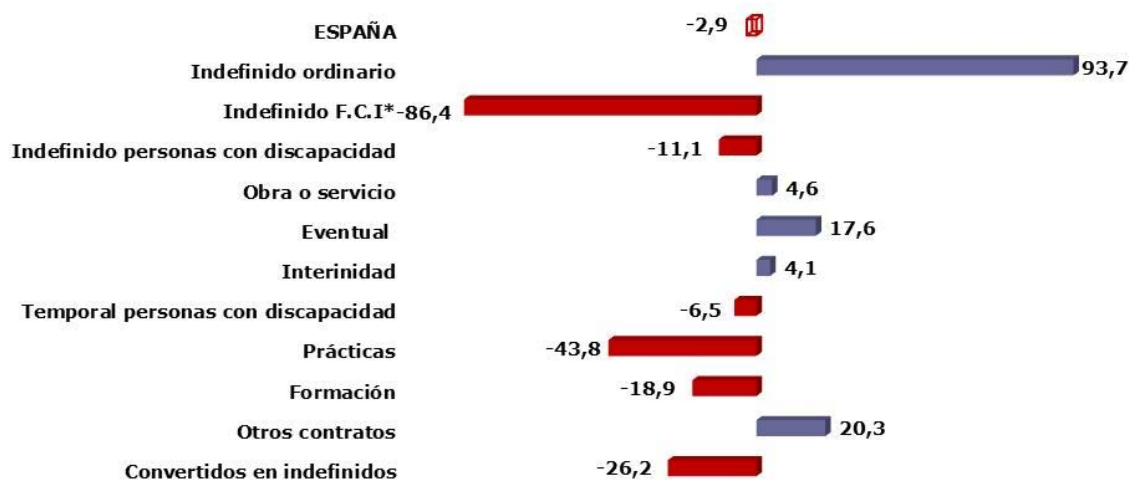
Al finalizar el tercer trimestre del 2012, el 19,5% de los contratos realizados a los discapacitados fueron indefinidos (9013), el 80,3% tuvieron una duración limitada (37091), ya fuesen temporales, de prácticas, de formación o de sustitución.

De los contratos indefinidos 955 fueron ordinarios, 212 de fomento de contratación indefinido, 4699 indefinidos para personas con discapacidad, y 2887 fueron conversiones de contratos temporales en fijos.

De los contratos de duración limitada, el grupo más grande está constituido por grupo de los contratos temporales a personas con discapacidad (10910), seguidos de los de la obra o los servicios (9097), interinidad (8670) y eventuales (8225).

En comparación con los resultados de otros años, los indefinidos tienden a bajar aunque si que suben los valores de los contratos de duración limitada.

Variación relativa del número de contratos a personas con discapacidad, por tipo de contrato. Acumulado 3<sup>er</sup> Trimestre 2011-2012.



F.C.I: Fomento de la contratación indefinida

Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Distribución y variaciones interanuales de la contratación a personas con discapacidad según duración de contratos por comunidades autónomas. Acumulado 3<sup>er</sup> Trimestre, 2011-2012.

ÁMBITO TERRITORIAL	INDEFINIDOS		TEMPORALES		OTROS CONTRATOS		TOTAL	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Andalucía	1.380	2.072	7.430	7.065	2	2	8.812	9.139
Aragón	357	356	886	998	2	1	1.245	1.355
Asturias	289	448	2.883	2.629	2	2	3.174	3.079
Illes Balears	263	276	523	460	28	20	814	756
Canarias	288	408	1.451	1.195	2	2	1.741	1.605
Cantabria	119	137	443	548	4	2	566	687
Castilla y León	485	664	1.976	2.102	2	3	2.463	2.769
Castilla-La Mancha	297	429	1.319	1.230	0	2	1.616	1.661
Catalunya	1.392	1.799	4.584	4.572	12	6	5.988	6.377
C. Valenciana	849	1.085	2.916	2.892	1	0	3.766	3.977

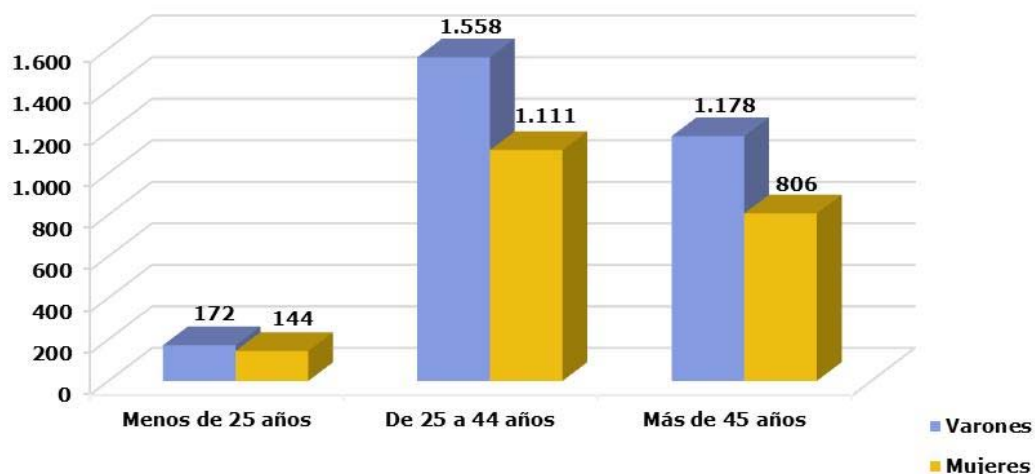
Extremadura	233	227	837	911	0	1	1.070	1.143
Galicia	499	652	1.353	1.588	0	5	1.852	2.243
Madrid	1.542	1.682	5.401	4.352	4	3	6.947	6.034
Murcia	322	419	804	894	0	0	1.126	1.314
Navarra	107	156	254	350	0	1	361	515
País Vasco	487	616	3.793	3.784	11	9	4.291	4.400
La Rioja	59	72	198	307	1	0	258	379
Ceuta y Melilla	34	37	40	51	0	0	74	88
Extranjero	11	12	0	7	0	0	11	19
<b>ESPAÑA</b>	<b>9.013</b>	<b>11.547</b>	<b>37.091</b>	<b>35.935</b>	<b>71</b>	<b>59</b>	<b>46.175</b>	<b>47.541</b>

### **3.1.3 Estadística de tipo de contrato\*sexo\*edad**

Del total de los contratos indefinidos para personas con discapacidad al finalizar el 3<sup>er</sup> trimestre de 2012, el 58,5% fueron hombres (2.908) y el 41,5% mujeres (2.061). Por edades, el 6,4% de estos contratos (316) se firmaron con trabajadores menores de 25 años, el 53,7% (2.669) entre 25 y 44 años, y el 39,9% (1.984) más de 45 años.

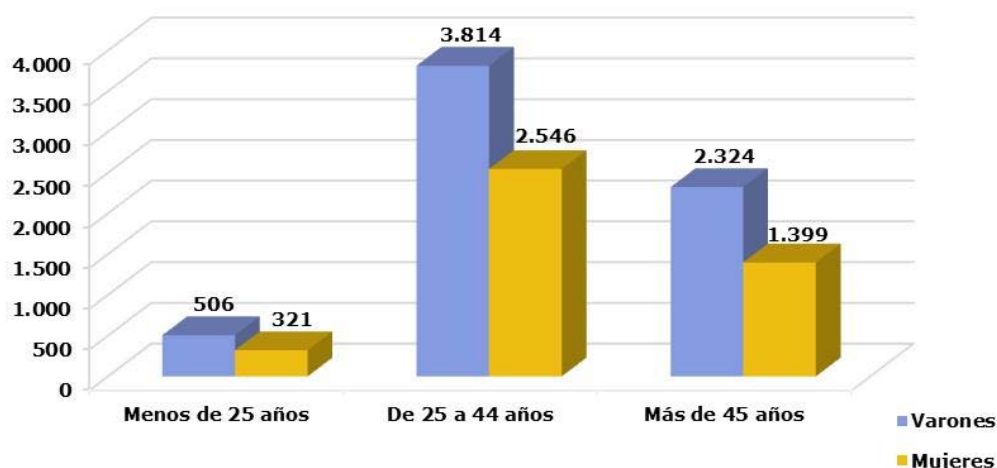
En cuanto a los contratos temporales para personas con discapacidad, el 60,9% fueron suscritos con hombres (6.644) y el 39,1% con mujeres (4.266). Por edades, el 7,6% de estos contratos (827) se han firmado con trabajadores menores de 25 años, el 58,3% (6.360) entre 25 y 44 años, y el 34,1% (3.723) más de 45 años.

Número de contratos indefinidos para personas con discapacidad por sexo y edad. Acumulado  
3<sup>er</sup> Trimestre 2012



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE). Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Número de contratos temporales para personas con discapacidad por sexo y edad. Acumulado 3<sup>er</sup> Trimestre 2012.



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE). Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.

### **3.1.4 Conclusiones y resultados**

Observando las anteriores estadísticas hay varios resultados que deberíamos comentar:

1. A pesar de que aparentemente parezca un número bastante grande sobre contratación de personas con discapacidad (en las que se engloban todas las discapacidades, incluida la enfermedad mental), debemos tener en cuenta que según el Instituto Nacional de Estadística hay un 3,8% de personas con discapacidad en España.



2. Hay que tener en cuenta que a pesar de que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad habla de inclusión en el empleo ordinario, un 70% de los contratos son de empleo protegido, firmándose en los centros especiales de trabajo. Si tenemos en cuenta la última normativa, estos contratos deberían ser los minoritarios y no seguir en alza como los datos demuestran.
3. Por último cabe resaltar el gran sesgo que se produce en torno a las mujeres y a la edad. Las mujeres son doblemente discriminadas (acceden peor al mercado laboral) y las personas de más edad les ocurre lo mismo.

Son sólo algunos de los ejemplos que demuestran la discriminación existente en materia de empleo, que sufren los discapacitados en general y las personas con enfermedad mental en particular.

### **3.2 LA LIMITADA GARANTÍA QUE OFRECE EN EL ÁMBITO LABORAL EL DERECHO A NO SER DISCRIMINADO**

Resulta importante dedicar un apartado porque a pesar de la legislación existente al respecto, sobre todo en el empleo ordinario siguen dándose muchos casos de discriminación (de las estadísticas anteriores sólo el 30% es contratado en empleo ordinario). Las estadísticas demuestran cómo son pocas las personas con discapacidad que acceden al empleo ordinario contrariando así los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El mayor problema que puede dar respuesta a esto, es que la cláusula de no discriminación no tiene consecuencias jurídicas<sup>65</sup>. Es decir, el no cumplir las debidas medidas de no discriminación para las personas con discapacidad, no implica para el empresario ningún tipo de sanción lo suficientemente significativa para que este panorama termine.

En nuestro ordenamiento jurídico, cuando nos referimos al empleo de personas con discapacidad en un centro especial de empleo, se requiere la intervención del equipo multiprofesional para compatibilizar y contrastar la aptitud del trabajador con las posibles alteraciones del contrato. Sin embargo en el empleo ordinario, el legislador no lo ha encontrado necesario más allá de la garantía de no discriminación sin control externo, para ver si esto es así. Y debemos tener en cuenta que el trabajador discapacitado está en lógica desventaja para la prestación de trabajo ordinario y ello sucederá en la mayoría de las ocasiones.

Se deben mencionar los artículos 4.2 c) y 16.2 del Estatuto de Trabajadores. En estos artículos se prohíbe la discriminación en el acceso al empleo y una vez empleados, “*por razón de discapacidad, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo del que se trate*”. Lo que ocurre es que al no existir un control externo impuesto por el legislador estableciendo qué condiciones deben ser las

---

<sup>65</sup> Cfr. Ruiz Castillo, M. *Igualdad y No Discriminación. La proyección sobre el tratamiento laboral de la discapacidad*, 2010, Albacete, pp: 115-130. Cfr. Cámara Botía, A. “Poder del empresario y prohibición de discriminación en el empleo”, 2001, Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, pp: 75-96.

idóneas para el puesto de trabajo, el empresario podrá alegar que una persona con enfermedad mental no está en las condiciones necesarias para desempeñar un trabajo. De esta manera dejamos en manos del empresario que aplique los principios de proporcionalidad y razonabilidad del Tribunal Constitucional, creyendo que lo realizara con máxima objetividad sin el control del legislador, a no ser que hubiera una denuncia por parte de la persona que quiere acceder al trabajo y esto llegase a los tribunales.

Es decir, al no haber un control externo y al simplemente existir estos apartados la norma puede estar produciendo más discriminación, impidiendo la entrada de personas con discapacidad. Por ejemplo para lo que en este trabajo nos importa, la inclusión laboral de personas con enfermedades mentales, este artículo podría llevar a la discriminación. Porque una persona con enfermedad mental, puesto que tiene que parar cierto tiempo para tomar medicinas y muchas de estas pueden tener efectos secundarios, debería abandonar su puesto de trabajo para la terapia, incluso en temporadas de crisis no pudiera desempeñar su función, esto llevaría claramente al empresario a declararlo no idóneo para el trabajo discriminándolo por su enfermedad. Basándonos en los principios del Tribunal Constitucional para hablar de discriminación, se estaría incurriendo en un trato injustificado y diferente. Ya que, de antemano el empresario presupone que la persona con enfermedad mental no podrá desarrollar el trabajo en igualdad de condiciones que otro a causa de su enfermedad y sin ver realmente si esto influirá en el producto final de trabajo. Podemos basarnos en una idea preconcebida, que lleva a creer que por tener que ausentarse tres horas cada quince días (cómo mucho) para ir a terapia, o por tener que parar en determinado momento cinco minutos para tomar la medicación esto influirá en su trabajo, sin valorar que como la propia persona ya sabe que esto ocurrirá las horas restantes de trabajo, puede ser incluso más productivo que otra persona que no está en esta situación. Debemos tener en cuenta que una persona con enfermedad mental tiene una enfermedad mental y un trato injustificado es predeterminar de antemano que esto va a influir en su trabajo.

Está claro que la legislación está fallando, puesto que las personas con enfermedades mentales siguen declarándose no aptas en muchas empresas privadas. Haciendo una revisión por la legislación y las estadísticas al respecto, se ve claramente como una de las cosas más importantes que falla es lo que en este apartado se menciona: la limitada garantía en el ámbito laboral a no ser discriminado.

Puesto que simplemente se nombra y se deja bastante abierto al criterio lógico del empresario, esto lleva a que las estadísticas sean devastadoras. Es necesario crear un control externo igualitario y no discriminatorio para establecer de antemano esas condiciones de idoneidad para el trabajo. No se entiende que este control exista en los centros especiales, (donde todos son discapacitados y la discriminación tiene menos cabida) mientras que en el empleo ordinario esto no existe, de esta manera estamos contrariando la Convención. No se puede dejar en manos del empresario los criterios

para decidir si una persona con enfermedad mental es o no idónea para el trabajo, ya que estaría claro cuál sería su postura.

A modo de conclusión, se observa como comparando la legislación con lo que de verdad ocurre, hay varios cambios necesarios. A pesar de que se procesa la integración de todos los discapacitados en el mundo laboral (y sobre todo en los últimos años de la discapacidad psíquica), los datos reales no son representativos de esta situación.

### **CAPITULO III: LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL PANORAMA JURÍDICO Y SOCIAL**

Aparte de la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental en el mundo laboral, cabe resaltar otros aspectos jurídicos a la hora de enfrentarse al mundo con los que muchas veces se encuentran las personas con enfermedad mental, de una forma quizás, un tanto discriminatoria.

En este apartado primeramente nos vamos a referir a dos mecanismos jurídicos aparentemente de protección de las personas con enfermedad mental y susceptible de bastantes discusiones como son: la modificación de la capacidad, la hospitalización involuntaria y el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI). Cabe analizar en torno a ella toda la legislación y ver después si su aplicación a las personas con enfermedad mental no sería un tanto discriminatoria.

Por último dedicaré un apartado al tratamiento que los medios de comunicación hacen sobre las enfermedades mentales, ver que legislación existe al respecto, analizar si producen e influyen en la discriminación hacía este colectivo y finalmente observar cómo se podría solucionar.

#### **1. MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD**

La modificación de la capacidad es una figura, comúnmente conocida como la sentencia de incapacitación, aunque si nos adecuamos a la última normativa vigente en nuestro país, deberíamos sustituir esta palabra por la de modificación de la capacidad.

Hay personas que por distintas causas no pueden regir sus propios actos (entre ellas algunas personas con enfermedad mental), por lo que necesitan una atención especial por parte de las instituciones y de la sociedad en general. En palabras de Ángel Dolado Pérez (magistrado Decano de los jueces de Zaragoza)<sup>66</sup>: *“El reto de la sociedad es dotar a cada individuo de todos los medios necesarios para la consecución de un proyecto de vida personal digno y gratificante, y conseguir, a través de un proceso rehabilitador, la integración de cualquier persona incapaz en nuestra sociedad, o dotarle de aquellos recursos que le proporcionen la máxima calidad de vida”*.

Por eso la legislación en materia de incapacitación debe buscar la protección y defensa de aquellas personas que, por las especiales circunstancias físicas o psíquicas en que se encuentran no pueden gobernarse por sí mismas y se entiende que la mejor forma de tutelar sus intereses viene dada por la vía de la incapacitación. El objeto de esta legislación es la protección del presunto incapaz y no la protección de los demás, ni siquiera de las personas vinculadas a él.

En materia de incapacidad la regulación en el Código Civil procede de la reforma promovida por la Ley 13/1983 de 24 de Octubre (orientada a la adecuación de

---

<sup>66</sup> Cfr. Salas Murillo, Coord. *“Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad”*, 2010, Zaragoza, pp: 63.

la regulación normativa de esta materia a los principios constitucionales). Más recientemente nos encontramos con la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, que derogó todos los preceptos de naturaleza procesal introducidos por aquella, trasladándolos a la ley procesal civil. En materia de tutela tenemos la Ley de Adopción 21/1987 de 11 de Noviembre, que modificó diversos preceptos de la regulación contenida en el Código Civil.

Hay dos conceptos previos que debemos distinguir aquí<sup>67</sup>:

-Capacidad jurídica: es la aptitud de una persona, por el mero hecho de serlo, para ser titular de derechos y sujeto de obligaciones.

-Capacidad de obrar: es la aptitud de la personas para poder realizar actos con plena eficacia jurídica.

Lo que se modifica es la capacidad de obrar puesto que la jurídica la tiene todo el mundo y los derechos se deben de respetar siendo la persona o no incapaz. Con referencia a este concepto debemos distinguir también entre dos conceptos, incapacidad e incapacitación<sup>68</sup>:

-Incapacidad: es una situación de hecho. Nos encontramos con una persona que en principio, con arreglo al Derecho, goza de capacidad de obrar, pues es mayor de edad. Sin embargo, tiene una serie de deficiencias que le impiden gobernarse de manera adecuada.

-Incapacitación: aparece cuando se declara judicialmente ese estado. A ella se refiere el artículo 199 del Código Civil: *“Nadie puede ser declarado incapaz, sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley”*.

En este apartado nos dedicaremos a observar tanto las causas, el procedimiento y los criterios que se utilizan para declarar la modificación de la capacidad de una persona con enfermedad mental. Lo primero que debemos de saber es que es un mecanismo jurídico para la protección de una persona con enfermedad mental, a la hora de desarrollar su normal funcionamiento en la vida.

### **1.1 Causas y procedimiento de incapacitación**

La causa para pedir la modificación de la capacidad judicialmente deben ser, enfermedades o deficiencia persistentes de carácter físico o psíquico que impide a una persona gobernarse por sí misma (artículo 200 C.c). La solicitud de la misma puede venir por parte del presunto incapaz, cónyuge y personas en situación de hecho asimilable, descendientes, ascendientes y hermano. Si no existen estas figuras o no lo solicitan, también puede ser solicitada por el Fiscal. La incapacitación de los menores sólo pueden promoverla quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

.El procedimiento a seguir sería el siguiente:

-El presunto incapaz puede comparecer con su propia defensa y representación.

-Si no lo hace le defenderá el Ministerio Fiscal, salvo que hubiese promovido el procedimiento. Entonces le defenderá el defensor judicial.

---

<sup>67</sup> Cfr.. Salas Murillo, Coord. *“Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad”*, 2010, Zaragoza, pp: 84.

<sup>68</sup> Cfr. Salas Murillo, Coord. *“Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad”*, 2010, Zaragoza, pp:84-85.

-Si cambian las circunstancias deberá reintegrarse la capacidad tras un nuevo proceso.

.Los pasos para declarar la sentencia de incapacitación son los siguientes:

-El juez determinará la extensión y límites de la incapacidad y la situación a la que quedará sometido el incapacitado: tutela o curatela. Cargos tutelares que explicaremos a continuación:

.LA TUTELA: Según el artículo 222 del C.c las personas con enfermedad mental entrarían dentro del grupo de:

-Los incapacitados cuando así lo haya establecido la sentencia de incapacitación.

.Contenido de la Tutela:

-Guarda personal, regulado mediante el artículo 269 C.c: *“El tutor está obligado a velar por el tutelado y, en particular:*

1. *A procurarle alimentos.*
2. *A educar al menor y procurarle una formación integral.*
3. *A promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad.*
4. *A informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado y rendirle cuenta anual de su administración”.*

-Representación del tutelado, regulado mediante el artículo 267 del C.c: *“El tutor es el representante del menor o incapacitado, salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí solo, ya sea por disposición expresa de la Ley o de la sentencia de incapacitación”.*

-Administración de los bienes, regulado mediante el artículo 270: *“El tutor único y, en su caso, el de los bienes es el administrador legal del patrimonio de los tutelados y está obligado a ejercer dicha administración con la diligencia de un buen padre de familia”.*

Cuando el juez nombra un tutor, su función será la de sustituir a la persona en las decisiones trascendentales que el mismo debería tomar. La imposición de una tutela total, sólo se debería utilizar en casos donde la enfermedad mental fuera tan grave que afectara por completo a las capacidades intelectuales y al desarrollo de la persona. Ya que imponer un cargo tutelar de este tipo es muy restrictivo y podría convertirse en contraproducente para su enfermedad. Como no es una enfermedad que merme por completo la capacidad intelectual de la persona (no siendo en casos extremos donde no se descartaría el nombramiento de un tutor), la propia persona puede sentirse discriminada por no poder decidir sobre ningún acto cotidiano de su vida. Debemos tener mucho cuidado e imponer una tutela hacía personas con enfermedad mental sólo cuando sea estrictamente necesario, ya que podría ser incluso contraproducente para su enfermedad.

.LA CURATELA: Las personas con enfermedad mental, según los artículos 268 y 287 del C.c entrarían dentro del grupo de:

-Los incapacitados cuando así se establezca en la sentencia.

.Contenido de la curatela:

-El curador completa la capacidad de la persona en relación con los actos en que sea necesaria su asistencia.

-Si la sentencia de incapacitación no hubiese especificado los actos en que deba ser necesaria la intervención del curador, se entenderá que se extiende a los actos en que los tutores necesitan autorización, se regula mediante el artículo 290 del Código Civil: *“Si la sentencia de incapacitación no hubiese especificado los actos en que deba ser necesaria la intervención del curador, se entenderá que ésta se extiende a los mismos actos en que los tutores necesitan, según este Código, autorización judicial”*.

En el proceso de modificación de la capacidad de una persona con enfermedad mental grave, sería más idóneo que la tutela, cuando primeramente se haya intentado los apoyos que la Convención del 206 promulga sean insuficientes para el bienestar de la persona. Se observa que el contenido de la curatela va orientado a completar la capacidad de la persona más que en sustituirla, por lo que en la mayoría de los casos donde hubiera la necesidad de modificar la capacidad a una persona con enfermedad mental, sería el cargo tutelar suficiente. Aunque si tomamos a la población en general de personas con enfermedad mental, no sería ni tan siquiera necesario una curatela.

-Cuando un menor de edad incapacitado alcanza la mayoría de edad queda sometido a la patria potestad prorrogada (artículo 171 C.c.)

-Cuando se incapacita a un hijo mayor soltero que viva en compañía de sus padres, se rehabilita la patria potestad (artículo 171 C.c.)

La cuestión clave aquí, es observar si sería beneficioso que una persona con enfermedad mental fuera modificada su capacidad. Analizando las causas y el procedimiento de modificación de la capacidad, se deja establecido que el objetivo principal que este mecanismo de protección jurídica busca es el beneficio de la persona con enfermedad mental. Muchas veces nos encontramos con casos que parecen ir más a favor de la familia que de la persona con enfermedad mental, puesto que al establecer que la persona no puede actuar por sí misma, el tutor decidiría siempre, sin perjuicio de tener que mantener un control exhaustivo de esta persona. Lo que ocurre es que muchas veces se priva a la persona con enfermedad mental de tener potestad para realizar ciertos actos, cuando la realidad indica que esto no debería ser así. Ya que, solo por el hecho de tener una enfermedad mental no se puede privar a una persona de actos trascendentales de su vida, como puede ser tomar la decisión de comprarse un coche o de ir a votar en unas elecciones.

En la mayoría de los casos las personas con enfermedad mental tienen las capacidades intelectuales intactas y por tanto su capacidad de decisión intacta. Se tiene la concepción previa de que las personas con enfermedad mental tienen mermadas sus capacidades intelectuales y por tanto su capacidad de decisión. Por lo cual presumimos de antemano que no deberían decidir sobre los asuntos trascendentales de su vida. Sin

olvidarnos de que si tenemos en cuenta la Convención del 2006, lo que se debe proporcionar a esas personas son los apoyos necesarios para ayudarla a decidir cuándo así sea necesario, pero no sustituir su decisión. Quizás si se proporcionan estos medios y estos apoyos de los que habla la Convención, no sería necesario declarar la modificación de la capacidad de estas personas (no siendo en casos extremadamente graves).

Lo que olvidamos es que detrás de la enfermedad está la persona y que puede salir muy dañada de un proceso de este tipo, por lo que siempre se debe tener mucha cautela, primando siempre la persona por encima del diagnóstico que tenga. Puesto que parece ser uno de los motivos principales por los que se puede modificar la capacidad de una persona, llegando incluso muchas veces de dejar de ser un mecanismo de protección y convirtiéndose en un acto de discriminación hacia estas personas. A pesar de que para que concurren causas de modificación de la capacidad de una persona debe primar que la persona sepa o no autogobernarse por sí misma más que padezca o no una enfermedad, parece ser que en muchas ocasiones se tiene la creencia de antemano de que una enfermedad mental impide este autogobierno. Por lo que por esas preconcepciones se puede instigar (indirectamente), a realizar modificaciones de la capacidad a todas aquellas personas que sufran una enfermedad mental no siendo necesario en la mayoría de los casos.

## **1.2 Criterios generales para las causas de incapacitación**

Más que la enfermedad padecida por el individuo, lo realmente trascendente será que la patología padecida le impida su autogobierno, y que ello tenga una duración prolongada a lo largo del tiempo. Las características que deberá reunir la causa de incapacitación son<sup>69</sup>:

-Debe tratarse de una enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico que produzca una alteración mental del sujeto, que lleve a una falta de autogobierno, por quedar alterado el conocimiento y la voluntad para desarrollar actos con trascendencia jurídica.

-Deberá tener un carácter persistente, por lo que quedan excluidas las alteraciones de naturaleza transitoria, quedando sometida a la discrecionalidad judicial.

-Deberá impedirse al sujeto gobernarse por sí mismo. No puede actuar con los principios de funcionamiento social del marco en que se encuentra, como una gestión normal. Para diagnosticar la presunta incapacidad del individuo, debe tenerse en cuenta no sólo la esfera patrimonial, sino la personal, el juez debe valorar la actividad que desarrolla el presunto incapaz y sus responsabilidades familiares, personales y económicas.

---

<sup>69</sup> Cfr. Salas Murillo, Coord. *Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad*, 2010, Zaragoza, pp: 67-69



Atendiendo a este apartado, es donde nos deberíamos plantear si muchas veces estamos discriminando a las personas con enfermedad mental. En referencia a esto debemos preguntarnos: ¿una enfermedad mental impide al sujeto gobernarse por sí mismo?. Yo creo que la respuesta está clara en la mayoría de los casos y es que no. Puede ser que una crisis puntual lleve a parecer que no puede gobernarse, pero en cuanto que la persona la supera puede ser y es una persona igual de normal que cualquiera, por lo que no cabría quitarle la potestad sobre elegir la forma en que quiere manejar su vida. Quizás el problema es que están arraigados en la sociedad mitos sobre la enfermedad mental, los jueces se basan en informes forenses (a veces resultando bastante escasos y poco aclaratorios sobre la conducta día a día) y ni siquiera llegan a plantearse como funcionan estas personas en el día a día y creen que la modificación de la capacidad es la mejor protección jurídica que se les puede dar. Bajo mi punto de vista, este es un error que lleva a acrecentar la discriminación de este colectivo. Puesto que, si piensas que a las personas con enfermedad mental debe modificarse su capacidad, esto te lleva a pensar, que no pueden llevar una vida normal porque no son dueños de sus propios actos y esto lleva a una discriminación total del colectivo.

### **1.3 Alternativas a la modificación de la capacidad**

Como alternativas a la modificación de la capacidad, podemos plantearnos en qué medida podrían ser alternativas adecuadas según los casos y las circunstancias, existen varias instituciones de protección personal y patrimonial, de las personas con enfermedades mentales que son: la guarda de hecho, el patrimonio protegido de las personas con discapacidad y los poderes preventivos.

Para las personas con enfermedad mental, debemos observar si serían más adecuadas que la propia modificación de la capacidad. Puesto que, amparándonos en el pretexto jurídico de proteger a la persona, si se adecuarán a los casos particulares, sería mucho mejor utilizar una de las alternativas que a continuación se desarrollaran.

#### **1.3.1 La guarda de hecho**

El guardador de hecho es definido en el artículo 225.1 del Código Civil de Cataluña como (en el Código Civil español no se define): *“la persona física o jurídica que, por iniciativa propia, se ocupa transitoriamente de la guarda de un menor o incapacitado en situación de desamparo o de una persona que podría ser incapacitada”*.

Se regula mediante el artículo 303 del C.c: *“Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 203 y 228 cuando la autoridad judicial tenga conocimiento de la existencia de un guardador de hecho podrá requerirle para que informe de la situación de la persona y los bienes del menor o del presunto incapaz y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer asimismo las medidas de control y vigilancia que considere oportunas”*.

También es importante el artículo 304 del C.c que dice: *“Los actos realizados por el guardador de hecho en interés del menor o presunto incapaz no podrán ser impugnados si redundan en su utilidad”*.

La guarda de hecho ha sido muy utilizada durante muchos años demostrando ser una alternativa de protección para las personas con enfermedad mental y sin la necesidad de entrar dentro de un procedimiento de modificación de la capacidad. Por ejemplo en el caso de personas con enfermedad mental que siempre han vivido con sus padres o con otra persona que se han encargado de su cuidado y de su educación, sería mucho menos traumático para la persona con enfermedad mental que el pasar por los trámites necesarios para la designación de un tutor. La persona no se sentiría tan atacada ni lo vería como una discriminación, puesto que al ser la persona que siempre ha estado con él, no lo vería de una manera tan negativa como el pasar por el proceso judicial. El mayor problema aquí resultaría en que nadie controla a este guardador, y que se presupone la buena fe del mismo de antemano.

#### **1.4.2 El patrimonio protegido de las personas con discapacidad**

Se ampara en la Ley 41/2003 de 18 de Noviembre, tiene el objetivo general de regular nuevos mecanismos de protección de las personas con discapacidad, centrados en el aspecto patrimonial.

Tiene el objetivo específico, de regular un patrimonio especialmente protegido, favorecer su constitución y la aportación gratuita de bienes y derechos.

Resulta interesante como alternativa a la modificación de la capacidad, puesto que como expresé con anterioridad en muchas ocasiones la familia recurre a este tipo de procedimientos por problemas puramente económicos. Aunque el mayor problema es que está específicamente orientado para familias que dispongan de un gran patrimonio, y que quieran proteger con parte del mismo a la persona con discapacidad.

## **2. INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO**

Es necesario dedicar un apartado en este capítulo al internamiento involuntario por razón de trastorno psiquiátrico de la persona con enfermedad mental, porque influye y es necesario para realizar un análisis en el siguiente capítulo sobre el tratamiento involuntario por razón de trastorno psiquiátrico (TAI).

Anteriormente el internamiento de una persona con enfermedad mental no estaba regulado con las garantías actuales y era una práctica muy habitual. En la mayoría de los casos el futuro de una persona con enfermedad mental estaba ligado a una institución, de la que nunca volvían a salir y en la que las terapias distaban mucho de ser beneficiosas para el bienestar de la misma.

Sin embargo a partir del movimiento psiquiátrico y de los cambios de modelos, se comienza a ver la necesidad de que esto no puede seguir así, viéndose la necesidad de

regular los ingresos de estas personas cuando fuera estrictamente necesario. Por lo cual, es a partir de ese momento cuando comienza a haber una evolución y las instituciones comienzan a verse como el último recurso para estas personas. Siempre que sea necesario el ingreso de una persona con enfermedad mental, se hará el debido proceso legal que garantice la no vulneración de sus derechos fundamentales.

### **2.1 Definición del internamiento psiquiátrico involuntario**

El internamiento psiquiátrico involuntario consiste en <sup>70</sup>: *“la privación forzosa de libertad deambulatoria que sufre una persona que padece un severo trastorno mental, acordado mediante la tramitación de un procedimiento que garantice sus derechos constitucionales, tendente a la recuperación de su salud y a su reinserción social”*.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado sobre la legalidad de esta medida aunque siempre y cuando se respeten los siguientes requisitos<sup>71</sup>:

-El internamiento de una persona con enfermedad mental debe ser considerado como una medida de privación de libertad.

-No se deben considerar “enajenados” aquellas personas que se aparten de las normas usuales, sino aquella que sufre una grave y amplia perturbación mental.

-Se debe de garantizar y seguir un procedimiento judicial legalmente establecido con todas las garantías.

-Deberá existir un control periódico del internamiento.

-El internamiento simplemente debe seguir mientras dure la gravedad de la enfermedad.

Existen principalmente dos modelos de internamiento<sup>72</sup>:

-Internamiento involuntario no urgente: es aquel internamiento que se permite previa autorización judicial y que puede que finalmente no llegue a ser necesario el ingreso de la persona. Puesto que quizás con los apoyos ambulatorios necesarios ya es suficiente y no es necesario llevar a cabo la medida de privación de libertad, aunque si esto fuera necesario los familiares y los médicos tendrían la sentencia judicial que les permitiría este internamiento, es la modalidad más comúnmente utilizada.

-Internamiento no voluntario urgente: en estos casos la autorización previa necesaria para la medida de internamiento no voluntario, queda sustituida en los casos de urgencia por la posterior ratificación judicial del ingreso. Esta modalidad se utiliza cuando estamos ante un caso extremo en el que, se hace necesaria la inmediata introducción de

---

<sup>70</sup> Laordes J. y Ferrero JL. *Los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2007, Madrid, pp: 370.

<sup>71</sup> Laordes J. y Ferrero JL. *Los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2007, Madrid, pp: 371.

<sup>72</sup> Aznar López M. *Internamiento Civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios*, 2000, Granada, pp: 49-83.

una persona con enfermedad mental en un centro psiquiátrico por peligrar su integridad física y moral, por lo cual la autorización será pedida a posteriori.

## **2.2 Legislación del internamiento no voluntario**

El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico se regula en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

*1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.*

*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.*

*En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.*

*2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*

*3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.*

*En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.*

*4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.*

*Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.*

*Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.*

*Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.*

### **2.3 Discusión alrededor del Internamiento no voluntario**

En la sentencia nº 132/2010 de 2 de diciembre, el Tribunal Constitucional se pronuncia sobre la necesidad de que el legislador proceda a la regulación de la medida de internamiento no voluntario, por declarar la inconstitucionalidad del precepto 763-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil básicamente por no haber sido aprobada por Ley Orgánica.

Hoy en día, todavía no ha existido este cambio que es reclamado por muchos juristas puesto que estamos realizando un acto cotidiano de una manera inconstitucional que podría estar creando inseguridad jurídica.

Por lo cual se hace necesario también que este precepto evolucione y que se especialice para cada tipo de colectivo, ya que el ingreso voluntario puede ser para:

- Personas con trastorno mental grave.
- Personas con demencia.
- Personas con discapacidad intelectual.

Sería necesario que hubiera tres artículos distintos, según el colectivo al que estuviéramos dirigiendo el pertinente internamiento no voluntario. Ya que son tres colectivos con diferencias individuales y el internamiento involuntario debe hacerse de forma diferente según a que colectivo lo estemos aplicando, puesto que las características particulares de cada uno exigen unas garantías individuales que deben ser respetadas en el proceso. Como sostengo a lo largo de todo este trabajo, es la idea de que la legislación se debe volver más específica creando leyes que fueran orientadas para cada colectivo específico y no para la discapacidad en general. Puesto que dentro de este grupo existen muchos tipos de discapacidad diferente cada uno con sus características distintas, y deben de ser contemplados en nuestra legislación como diferentes.

El ingreso involuntario es una medida que trata de paliar la gran discriminación que existía hacía el colectivo de personas con enfermedad mental, puesto que a estas personas se le ingresaba en una institución toda su vida sin permitirles y sin ayudarles para su vuelta al entorno normalizado. Con los años esto ha ido cambiando creando esta figura que garantice los derechos de estas personas cuando fuera necesario su ingreso en una institución, manteniendo siempre como meta la posibilidad de inclusión en su entorno.

### **3. TRATAMIENTO INVOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (TAI)**

Existe un recurso judicial que sirve de protección de las personas con enfermedad mental grave, que es el conocido como Tratamiento Involuntario por razón de trastorno psiquiátrico. Dentro del campo de la salud mental en muchas ocasiones, una persona con enfermedad mental se niega a cumplir el tratamiento (motivado por los efectos secundarios que la mediación produce), por lo que se plantea la posibilidad de pedir una autorización judicial para obligar a la persona a medicarse y que esto forme parte o no de nuestra legislación tal y como sucede con el internamiento involuntario.

Es un mecanismo jurídico destacable, puesto que se alega que la falta de medicación puede ocasionar una mala adaptación al entorno físico y social, lo que puede provocar el empeoramiento de la enfermedad. También es una figura muy discutible tanto en el campo médico como en el campo jurídico, sobre todo por los efectos adversos que puede provocar en las personas con enfermedad mental.

Es un problema que surge en la esfera jurídica si bien es necesaria la coordinación tanto a nivel jurídico como a nivel médico-social. No existe un consenso acerca de la necesaria regulación del tratamiento involuntario, por lo que es necesario introducir un apartado en este trabajo para dilucidar sobre el tema y sobre si podemos estar o no produciendo discriminación hacia este colectivo si los obligamos al tratamiento.

#### **3.1 Definición del TAI**

El tratamiento involuntario extrahospitalario (*outpatient commitment*) tal como fue concebido en Estados Unidos, estaba diseñado para evitar el problema de la puerta giratoria y para ayudar a los pacientes a acceder de forma adecuada a los servicios comunitarios. Su desarrollo implica la orden de un juez para cumplir con un plan que abarca tratamiento y servicios sociales en el entorno comunitario, con objeto de prevenir el deterioro a que previsiblemente conduciría su falta de aplicación. Se trata de permitir el acceso al tratamiento psiquiátrico necesario y apropiado en el entorno menos restrictivo posible. Las normas sobre tratamiento ambulatorio involuntario se desarrollaron ampliamente en el país en los años 70 y 80. La mayor parte de los Estados

poseen normas sobre este tipo de intervenciones, aunque existen numerosas diferencias<sup>73</sup>:

1) Existen Estados que carecen de normas sobre este tipo de intervenciones judiciales.

2) Algunos Estados lo permiten sólo tras un período de hospitalización mientras que en otros se inicia directamente desde el ámbito extrahospitalario.

3) En algunos Estados los criterios no difieren de los patrones aplicables para el ingreso involuntario mientras que otros sí que presentan criterios distintos para el tratamiento externo.

4) El modelo de paciente susceptible de intervención se centra en un historial previo de fracaso en el seguimiento del tratamiento o, simplemente, en determinadas condiciones de la enfermedad.

5) Finalmente la manera de afrontar la falta de cumplimiento varía: en algunos casos se permite la rehospitalización directa, en otros se precisa nueva audiencia del Juzgado e incluso algunos Estados no prevén ninguna consecuencia para su incumplimiento. Existen normas que permiten órdenes judiciales que implican la imposición de medicación al paciente y otros no.

El tratamiento no voluntario consistiría en cumplir mediante la autorización judicial, un plan individualizado de rehabilitación, que abarca tratamiento sanitario y acceso a los servicios sociales y sociosanitarios en el entorno comunitario, con el objeto de prevenir el deterioro a que previsiblemente conduciría su falta de aplicación. Se ha justificado como una medida para conseguir la adherencia al tratamiento sin la necesidad del ingreso hospitalario, pudiéndose producir como prolongación del mismo o incluso antes, para su prevención.<sup>74</sup>

El problema que se plantea es que es un tema excesivamente controvertido, puesto que legalmente en España se discute si se puede obligar a alguien a cumplir un tratamiento frente a una enfermedad cuando la persona implicada se niega. Por lo que esto suscita un debate con carácter tanto jurídico como médico-social, que posteriormente trataremos de analizar.

### **3.2 Legislación del TAI**

No existe una regulación expresa de este tratamiento, por lo que cuando se autoriza simplemente nos basamos en un principio de nuestro derecho español que dicta

---

<sup>73</sup> Ferreirós Marcos, CE. *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*, 2007, Madrid, pp: 21-22.

<sup>74</sup> Cfr. “Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias”, Procuradora General del Principado de Asturias, 2010, Asturias, pp:60.

lo siguiente: “quien puede lo más, puede lo menos”. Entendiendo lo anterior, tendremos en cuenta para aplicar el TAI el artículo 763 comentado en el apartado anterior.

Por lo tanto en nuestro ordenamiento jurídico lo que si encontramos regulado es la hospitalización involuntaria (enunciada con anterioridad), que es utilizado por algunos juristas para regular el posible TAI. Ya que el Internamiento por Razón de Trastorno Psíquico puede definirse como: “Una privación de libertad en un centro sanitario especializado, autorizado judicialmente con toda una serie compleja de garantías, con el objeto de aplicar una terapia psiquiátrica sobre una persona afectada por trastorno psíquico, cuando ésta no tenga capacidad de decidir por sí y exista un grave riesgo para su salud”.<sup>75</sup> Cómo podemos observar la hospitalización involuntaria sería un proceso mucho más “aversivo” que el propio TAI, ya que no sólo obliga al paciente a mantener una terapia sino que incluso es retenido en un centro cerrado para su mejora física-psíquica.

Según el Informe de la Procuradora General del Principado de Asturias del año 2012, a la hora de hacer una legislación en esta materia<sup>76</sup> se deberían tener en cuenta los siguientes principios:

- Principio de respeto a la dignidad personal y a los derechos humanos.
- Principio de legalidad por cuanto incide en derechos y libertades fundamentales.
- Principio de necesidad, esto es, la necesaria concurrencia del hecho clínico y la idoneidad subjetiva para la aplicación del tratamiento forzoso.
- Principio de congruencia, de forma que el tratamiento sanitario sea proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad, siempre sanitaria, que se pretende.
- Principio de prohibición de exceso, optando siempre por la medida o medio que cause menor daño.
- Principio de temporalidad y programación de los tiempos y actuaciones asistenciales.
- Principio de idoneidad de medios, tanto materiales como personales intervinientes en la aplicación del tratamiento.
- Principio de asistencia y cuidado, con evaluación facultativa periódica en relación con la implantación, en su caso, de medios o medidas coercitivos.

---

<sup>75</sup> Cfr. González Granda, P. “*Propuestas de mejora en el marco jurídico-social de protección del discapacitado psíquico por enfermedad mental*”, 2009, Madrid, pp:100.

<sup>76</sup> Cfr. “*Informe Anual 2012 de la Procuradora General*”, Procuradora General del Principado de Asturias, 2012, Asturias, pp:263.



- Principio de documentación de actuaciones desde el inicio hasta la puesta a término de las intervenciones o programas, toda vez que se trata, en todo caso, de actuaciones sanitarias.
- Principio de participación del paciente, aprovechando los momentos de competencia del mismo.
- Principio de revisión y fiscalización por un órgano imparcial y competente.

### **3.3 Dos posturas enfrentadas al respecto**

Tal y como se puede extraer del apartado de legislación, se puede observar que existe un problema en torno al TAI que enfrenta a dos posturas<sup>77</sup>. Al no haber una regulación expresa en nuestro ordenamiento jurídico y en los pocos casos que se autoriza un TAI mediante un principio y no basándonos en una norma jurídica que se encargue expresamente de este problema socio-sanitario, muchos no están de acuerdo en que este se realice de esta manera, incluso otros ni de que tan siquiera se realice.

La primera postura al respecto, destaca la necesidad de realizar las modificaciones legales necesarias para dar así una mayor seguridad jurídica a las personas que se ven en la situación de tener que aplicar un TAI. Esta postura busca que los médicos especialistas dispongan de un mecanismo de protección socio-sanitario para poder aplicarlo, antes de que a causa del no tratamiento se haga necesaria una intervención mucho más agresiva tanto para el propio paciente, como es la hospitalización involuntaria, que como anteriormente vimos sí está regulada expresamente. Los que mantienen esta postura se basan en querer evitar “la puerta giratoria”, que significa que la persona con enfermedad mental esté continuamente entrando y saliendo de un hospital psiquiátrico. Aunque esto no siempre es así y aunque apelan a la falta de capacidad de decidir, quizás deberíamos plantearnos que si buscamos regular el TAI, también debería regularse la posibilidad de obligar a una persona a asistir a un tratamiento frente al cáncer cuando fuera necesario. Puesto que, si lo que se alega es la falta de capacidad de decisión de la persona, en igualdad de condiciones, podría estar una persona con enfermedad mental que una persona con un cáncer. Puesto que, la única diferencia es que la primera es una enfermedad física y la segunda una enfermedad mental y vuelvo a resaltar todo lo que llevé promulgando a lo largo del trabajo, parece que en el momento que hablamos de enfermedad mental, pensamos y partimos de la base de que tienen nublado la decisión de decidir. Y yo me pregunto: ¿y una persona con una adicción no puede tener nublado el juicio?, entonces porque nadie se plantea regular también esta situación y no sólo el tratamiento de la enfermedad mental. Creo que si se regula el tratamiento de una enfermedad mental, se debería regular también el tratamiento de todas las enfermedades, ya que podríamos estar cayendo en una discriminación indirecta amparándonos en la teoría de buscar la

---

<sup>77</sup> Cfr. “Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias”, Procuradora General del Principado de Asturias, 2010, Asturias, pp:65.

protección de la persona. Se debe fomentar más un tratamiento “psicoterapéutico”, de hablar con la persona que padece la enfermedad e intentar que cambie de opinión, sin ir directamente a buscar la forma jurídica de obligar a aplicar un determinado tratamiento. Por lo que aquí es donde puede peligrar el regular expresamente el TAI, y es que puede desaparecer ese trabajo de concienciación de la persona que padece la enfermedad mental y apelando “a su protección” imponer el TAI judicialmente, sin tener en cuenta este trabajo primario con la persona que padece la enfermedad mental grave.

Una postura intermedia, que no suscita tanto interés, es la que defiende que no hace falta una regulación expresa del TAI, puesto que en la ley existente ya está lo suficientemente amparado. Es quizás la más discutible, y la que menos apoyos tiene, puesto que aunque se esté realizando y aplicando el TAI de esta manera (en muy pocos casos), para la mayoría de los juristas y de los psicólogos-psiquiatras esto lleva a un debate infinito y que todavía no hay un consenso claro al respecto. Además esto crea una gran inseguridad jurídica ya que, el TAI será autorizado o no dependiendo de la postura que tenga el juez para decidir a este respecto.

La otra postura es aquella que apela al derecho del consentimiento informado, a la libre elección, entendiendo que provoca la discriminación del paciente, por lo que se oponen tanto a una regulación de la misma como a que en ningún caso sea aplicado. Se basa en que al igual que con otras enfermedades físicas, con las mentales no sería necesario, puesto que los pacientes deben ser los que decidan. Prima el principio del consentimiento informado, que sea el propio paciente el que decida por su vida. Esta postura es bastante defendida por los psiquiatras y psicólogos, que ven excesivo una judicialización de este procedimiento por dos motivos principalmente. El primero es que si regulamos el TAI, probablemente ningún personal sanitario intente realizar la tarea de concienciación (muy importante para los pacientes con enfermedad mental), simplemente se regularía, sin preocuparse de que esto sería muy contraproducente para el tratamiento del paciente. Otro de los motivos es que muchos pacientes (sin tener nublado la capacidad de decidir) eligen voluntariamente no tomar la medicación, básicamente influenciados por los efectos secundarios de la misma pero sin embargo, no se niegan a la terapia y utilizan argumentos coherentes que demuestran que no tienen mermada su capacidad de decidir.

Como observamos anteriormente son dos cuestiones y dos posturas, difíciles de contraponer una sobre otra. Porque sí que si tenemos en cuenta el principio de libertad al no estar dejando la elección del paciente a ser intervenido o no, estamos incurriendo en discriminación por trastorno mental. Ya que, cuando cualquier persona sufre algún tipo de enfermedad es su decisión última la de aplicar el tratamiento o no, incluso cuando esto le puede provocar la muerte.

Aplicando las directrices del Tribunal Constitucional para declarar si una conducta es discriminatoria, regular el TAI lo sería. Ya que no sólo no debemos plantear que las personas con enfermedad mental tienen mermada la capacidad de decidir, sino

que en un momento dado cualquier enfermedad física podría mermarnos y por ende si regulamos una opción judicialmente también deberíamos regular la otra. No podemos presuponer (y se presupone) de antemano que una persona con enfermedad mental tiene mermada la capacidad de decidir, ya que hay numerosas razones para las que estas personas no quieren tomar la medicación. Incluso lo más importante es “la falta de concienciación de la enfermedad mental”, que la mayoría de las personas sufren al principio, y lo que no se puede (porque sería contraproducente), es decirle a esa persona que le dicen por primera vez que tiene una enfermedad mental (algo muy desconocido y temido por toda la sociedad) que no tiene capacidad de decisión y por eso le vamos a aplicar un TAI sin su consentimiento. Se debe hacer un trabajo más médico y social, que jurídico. Puesto que si lográsemos acabar con la discriminación de este colectivo, probablemente este debate no tendría cabida. Ya que la personas aceptarían esta enfermedad como otra más y no se negaría al tratamiento para no ser “etiquetadas” básicamente.

#### **4. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL**

Se conoce el gran poder existente que los medios de comunicación tienen en la percepción de los asuntos de la vida cotidiana, por lo cual es necesario observar y analizar el impacto de los mismos sobre la percepción de las personas con enfermedad mental.

Aunque en los últimos años se ha demostrado claramente un cambio en el trato hacia las personas con enfermedad mental en todo el mundo y también en los medios de comunicación, podríamos decir que es un sector donde todavía existe en la forma de tratar a las personas con enfermedad mental, valores y creencias erróneas sobre las mismas. Debemos tener en cuenta que: *“los falsos prejuicios son barreras invisibles que generan sufrimiento a las personas con enfermedad mental, y se convierten en un obstáculo para su recuperación”*<sup>78</sup>.

Muchas veces la sociedad adquiere estos valores que falsamente los medios de comunicación ofrecen sobre las personas con un problema de salud mental, por eso es necesario que esta forma de tratar a estas personas cambie y se erradique ya que muchas veces los medios de comunicación están provocando más discriminación, por el fuerte efecto que provoca en la sociedad.

Podemos observar cómo a menudo en los diarios e informativos, aparecen las noticias de una forma alarmista y buscando el sensacionalismo de las noticias, intentando ofrecer una visión mucho más “morbosa” y dejando de lado el propio suceso, para destacar la enfermedad mental de la personas implicada.

---

<sup>78</sup> Fedefes, *Guía de Estilo. Como abordar la salud mental en los medios de comunicación*, 2012, pp: 4.

#### **4.1 Normativa con referencia a los medios de comunicación**

El mayor problema existente a este respecto es que no existe ninguna normativa exacta ni unitaria que se encargue del problema de los medios de comunicación en el tratamiento de las personas con enfermedad mental.

Aunque si hacemos un recorrido por la diferente normativa existente en España, sí que hay ciertos preceptos de otras leyes o de la propia Constitución que los medios de comunicación deberían tener en cuenta:

-El artículo 18 de la Constitución Española:

*“1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”*

Como podemos observar este artículo debe tenerse en cuenta a la hora del tratamiento de los medios de comunicación, puesto que en los mismos se debe garantizar el honor y el derecho a la propia imagen, no dando en los mismos una imagen distorsionada de una persona con enfermedad mental.

Aunque relacionados con la discapacidad en general más que con la forma de tratar a las personas con enfermedad mental, en los últimos años cabe resaltar dos textos normativos y que son<sup>79</sup>:

.Directiva Europea 2007/65/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de diciembre de 2007, que modifica la Directiva 89/552/CEE del Consejo sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Esta directiva establece límites a la publicidad, estableciendo que la misma sea respetuosa y no provoque discriminación por razón de sexo, raza u origen étnico, nacionalidad, religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual.

. Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual: es la ley que en España transpone la directiva anteriormente nombrada. Incluye aspectos que deben tenerse en cuenta por los prestadores del servicio de comunicación audiovisual. El texto legal afirma que la discapacidad es un elemento de diversidad y establece los principios que deben informar el tratamiento de la imagen de la discapacidad.

---

<sup>79</sup> Cfr. Lidón Heras, L. *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ¿Por qué una toma de conciencia? Una propuesta para los medios de comunicación*, Madrid, 2011, pp: 134-135.

## **4.2 Trato en los medios hacia las personas con enfermedad mental.**

El trato mediático de la salud mental se realiza en innumerables ocasiones de forma degradante y ofensiva. La forma que tienen de tratar a las personas con enfermedad mental se puede resumir de la siguiente manera<sup>80</sup>:

-Titulares alarmistas o morbosos: muchas veces en los titulares se suele simplificar y se utiliza la información de manera incorrecta. Resaltan que la persona objeto de la noticia tiene una enfermedad mental, obviando o dejando otras características de su personalidad o del suceso en concreto de lado. Ej: “Un esquizofrénico quema accidentalmente su casa”.

-Etiquetación de personas sustantivando su condición: muchas veces en el titular se etiqueta a los individuos con una enfermedad mental, resaltando por encima de toda la información la condición de su enfermedad. Ej: Los maniacos depresivos unen su fuerza contra el estigma social.

-Imágenes negativas y pocas normalizadoras: las ilustraciones o imágenes donde aparecen personas con este tipo de enfermedad suelen presentarles en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, transmitiendo sensación de lástima, soledad, aislamiento, desequilibrio, etc. Ej: Son frecuentes las imágenes de personas con la mirada perdida, tendidos en el suelo, tapándose la cara o en largos pasillos con la luz al final, también es frecuente las fotografías de personas imitando una imagen de “maníacos”.

-Confusión entre enfermedad mental y otro tipo de discapacidades: se observa que existe una fuerte confusión a la hora de tipificar las enfermedades mentales y confundiendo muchas veces la enfermedad mental con otro tipo de discapacidad. Ej: Muchas veces están hablando de personas con enfermedad mental y las fotos que están poniendo de fondo corresponden a personas con síndrome de Down.

-Escasa presencia del colectivo como fuente de información: cuando las personas con enfermedad mental son protagonistas de noticias, nunca suelen salir ellos por la televisión explicando lo sucedido o transmitiendo alguna información sobre el colectivo. Las pocas veces que aparece información comunicada por parte de este colectivo suelen ser portavoces los familiares y los psiquiatras o psicólogos. Incumpliendo la norma periodística de dar voz, a los implicados.

-Vinculación entre violencia y personas con enfermedad mental: es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con sucesos violentos, en que se cita que el acusado que padece una enfermedad mental. Realizando confusión entre conceptos como el de psicópata o psicopatología, muchas veces alegan que la persona tiene una

---

<sup>80</sup> Cfr. Feafes. *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*, Madrid, 2008, pp: 13-19.

enfermedad mental cuando esto es falso. Ej: Declaran culpable al perturbado que mató a un sordomudo tirándole al metro. Ej: Padres que matan a sus hijos tienen una enfermedad mental no diagnosticada.

-Uso inapropiado de términos de ámbito de salud mental, en otros contextos: es frecuente encontrar noticias que no hacen referencia directa a la salud mental, especialmente en artículos de opinión o en sección de deportes y cultura, que se usan elemento y terminología del campo médico de forma incorrecta, perpetuando mitos y características de las enfermedades mentales que son mentira. Ej: en el caso de esquizofrenia, se usa a menudo para adjetivar una situación caótica, irracional, extravagante.

### **4.3 Guía de Estilo**

Hay varios principios que los medios de comunicación (y todo el mundo en general), debía tener en cuenta cuando nos referimos a personas con enfermedad mental que son los siguientes<sup>81</sup>:

-Se debe aumentar el conocimiento social: los medios deben de mostrar la realidad, de una forma más ajustada y cierta. No deben de ignorar los datos científicos y técnicos sobre las enfermedades mentales, para plasmar datos no realistas y que muchas veces responden a un fin sensacionalista, creando falsas creencias y perpetuando mitos en la sociedad. Se deben de contrastar las noticias antes de ser transmitidas, procurando hablar y visibilizar al propio involucrado, como se hace en el resto de noticias. Se debe acudir a diferentes medios para informarse sobre los verdaderos síntomas de la enfermedad y procurar dar una visión objetiva y precisa que responda a la realidad, llamando a las cosas por su nombre y no simplificando demasiado.

-Se debe transmitir una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y no a los límites: se debe potenciar las cualidades individuales de cada persona apartando de lado su enfermedad. Se deben enfatizar los logros y las características positivas, dando más valor a estas que las limitaciones de estas personas. Se debe mostrar a la persona con enfermedad mental como una persona normal, no remarcando siempre la enfermedad que padece por encima de otras características suyas.

-Se debe contemplar todas las facetas: la enfermedad mental no es una característica global que describe por completo a la persona que lo padece, por lo cual no se debe simplificar la descripción de una persona al padecimiento de una enfermedad. Se debe dar una imagen de la persona con enfermedad mental como todas

---

<sup>81</sup> Cfr. *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Feafes. 2008. Pp: 18-23; *Guía de Estilo. Como abordar el problema de la salud mental en los medios de comunicación*, Fedefes, 2012, pp: 10-12.

las demás, con los mismos sentimientos, aspiraciones, defectos, fuerzas, debilidades y con una vida laboral, familiar, creativa etc.

-Se debe facilitar información normalizadora: la enfermedad mental, es como una enfermedad más, por eso debe recibir el mismo trato. Mostrar una imagen natural y creíble de la persona con enfermedad mental, dentro de un contexto laboral, social o familiar como otra persona. Se debe evitar la comparación entre persona con enfermedad mental y persona normal, puesto que el que se padezca o no una enfermedad mental, puede ser comparable a que se padezca otro tipo de enfermedad psíquica u otra discapacidad.

-Se deben fomentar más derechos para este colectivo: las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, y deben acceder a los recursos necesarios para reclamarlos. No se debe tratar a este colectivo con cierto paternalismo y sensacionalismo, sino como un grupo colectivo más con características comunes, que tienen derecho a ejercitar los derechos en igual de condiciones que cualquier otro colectivo.

-Se debe dejar hablar a los protagonistas: las personas directamente afectadas deben hablar y acercarse a los medios, no mediante intermediarios y familiares que a veces caen a la hora de explicarse en falsas creencias y prejuicios. Ver al protagonista por la televisión, hace terminar con ciertos prejuicios, y da una imagen más real del problema que se trata de analizar.

-Se debe desmontar falsas creencias, prejuicios o mitos: se debe romper con los conceptos que tradicionalmente, han acompañado a la enfermedad mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad son falsas, por tanto, se debe reflexionar y documentarse antes de dar una imagen sobre las personas con enfermedad mental que no es.

-Se debe alejar la enfermedad mental de la crónica de sucesos: se debe romper el fuerte vínculo entre enfermedad mental y violencia, porque una conducta violenta nunca puede explicarse únicamente por el padecimiento de una enfermedad mental. La persona con enfermedad mental tiene la misma probabilidad de cometer un acto delictivo, que una persona que no la padece<sup>82</sup>. Se debe fomentar que estas personas con un tratamiento y un entorno adecuado, pueden y deben vivir en sociedad sin que esto suponga ningún problema ni para ellos ni para el resto de individuos. No se debe omitir información que resulta relevante, puesto que la conducta violenta muchas veces puede ser motivada por otros factores, que los medios tienden a obviar.

---

<sup>82</sup> Cfr. Guimón, J. *“Discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los derechos humanos”*, Bilbao, 2004. Cfr. Rodríguez Cuenca A., Fernández Rodríguez JM., Bastida Ribas Luis, Palacios González M<sup>o</sup>D. *“Salud Mental: Cátedra de Amparo de Derechos y Libertades”*, Asturias, 2011. Cfr. [www.afesasturias.com](http://www.afesasturias.com). Entre otros puesto que es una afirmación que se encontrara en la mayoría de manuales y artículos que se consulten sobre este tema.

-Se debe cuidar el lenguaje, no etiquetando: se debe cuidar la no estigmatización de las personas, con usos incorrectos de palabras que los definen. Las personas sanas o enfermas son ante todo personas, por lo cual muchas veces para la relevancia de la noticia no es necesario citar si padecen o no una enfermedad mental. Si hay que hacerlo, se debe evitar etiquetar a los individuos: “un esquizofrénico”, “un depresivo”... Ya que no utilizamos la enfermedad de esta manera cuando se trata de enfermedades físicas, nunca se oye decir: “un griposo”, “un canceroso”... No debe usar terminología psiquiátrica de una forma peyorativa, utilizando el lenguaje apropiado para representar la enfermedad mental.

-Se debe recordar que la mayoría de las enfermedades mentales son invisibles: las enfermedades mentales son invisibles, no se pueden reconocer a simple vista. Muchas de las imágenes utilizadas suelen pertenecer a toxicómanos o personas que en la silla (no perteneciendo en muchas ocasiones al colectivo de personas con enfermedad mental).

-Se debe presentar una imagen real y positiva de las mujeres con enfermedad mental: estas enfermedades se han visto como una “debilidad de carácter” que, en el caso de las mujeres se acrecienta con más intensidad. El colectivo de mujeres con enfermedad mental, son doblemente discriminadas (por ser mujer y por ser enferma mental, lo que se describía en el primer apartado como discriminación múltiple), apartándose de ellas la posibilidad de trabajar, tener una vida plena, y por supuesto de ser madres y esposas. Los medios deben intentar cambiar esta imagen, enseñando ejemplos reales que erradiquen esta imagen.

-Se debe cuidar especialmente los contenidos en temas de salud mental en niños y jóvenes: muchas veces se culpabiliza a los familiares del padecimiento de esta enfermedad (explicando que puede ser debido a un trauma infantil o una educación inadecuada), y muchas veces por parte de la familia al menor. Cuando los medios se refieran a este colectivo se debe tener especial cuidado puesto que la discriminación y la etiqueta pesa mucho más sobre ellos. Sabemos lo importante que es cuando somos niños y adolescentes encontrarnos “dentro del parámetro de la normalidad”, y que una simple característica física diferente, puede aislarnos de un grupo de iguales y de un buen ajuste premórbido, por eso es necesario tener especial cuidado cuando este colectivo padece una enfermedad mental. Se debe procurar dar una información realista, que haga que el joven se sienta aceptado en su contexto más directo y influyente durante estos años, que es su grupo de iguales.



## **CAPITULO IV: DISCRIMINACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

En este último capítulo del trabajo comenzaré la parte práctica centrada en realizar un análisis social sobre la percepción de la enfermedad mental en la población. Comenzaré con una revisión de los principales estudios recientes realizados en la población para medir la discriminación existente hacia la enfermedad mental y finalmente terminaré con una microencuesta realizada a población del Principado de Asturias analizando e intentado demostrar a nivel práctico (mediante la recolección de resultados en encuestas) la discriminación hacia este colectivo.

En esta parte evaluaremos si la legislación explicada con anterioridad y aplicada a los diferentes campos analizados en este trabajo, es o no suficiente y si existe una percepción social errónea sobre la enfermedad mental y las personas que lo padecen que provoque la discriminación hacia ese colectivo.

### **1. REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES ENCUESTAS REALIZADAS A POBLACIÓN EN GENERAL SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL.**

En este apartado realizare una revisión reciente sobre la percepción social de la enfermedad mental. Con el objetivo básico de comprobar si los resultados coinciden con la microencuesta realizada en el Principado, y si estos resultados sirven para demostrar la existencia o no de discriminación.

Nos serviremos del análisis que realiza Manuel Muñoz, es su libro “Estigma y Enfermedad Mental”, publicado en Madrid en el año 2009. Es el libro más reciente, que engloba los resultados de las principales encuestas a nivel mundial sobre este tema.

En materia de percepción social sobre la enfermedad mental y la existencia de discriminación hacia el colectivo de personas que la padecen, existen encuestas e investigaciones desde mediados de los años ochenta a nivel mundial, aunque en España comenzaron a realizarse mucho más tarde. Las encuestas e investigaciones que en este apartado se analizan son realizadas principalmente en Europa y Norteamérica, de estas observaremos tanto las variables analizadas en los mismos, como los resultados y conclusiones de las mismas.

#### **1.1 Variables analizadas**

Las variables que se analizan principalmente en este tipo de estudios son<sup>83</sup>:

-El conocimiento y las atribuciones (interpretación que realizan sobre las características de las enfermedades mentales) que la población en general tiene

---

<sup>83</sup> Cfr. Muñoz M. *Estigma y Enfermedad Mental*, 2009, Madrid, pp: 54-55.

de la enfermedad mental (peligrosidad, causas y conocimiento sobre los tipos de enfermedad, mitos y creencias...).

-El deseo de distancia social de estas personas.

-Prejuicios hacia la enfermedad mental.

## **2.2 Resultados y conclusiones de los estudios**

Los resultados encontrados en estos estudios son los siguientes<sup>84</sup>:

-Desconocimiento de la enfermedad mental y consecuencias.

-Falsas creencias y mitos sobre la enfermedad mental.

-Rechazo y deseo de mantener la distancia con estas personas.

A modo de conclusión podemos destacar como existe un total desconocimiento sobre la enfermedad mental y las características de quien la padece, que provoca a su vez una discriminación hacia los mismos. Se deben fomentar este tipo de investigaciones puesto que, al saber y analizar las distintas variables que influyen en la discriminación hacia este colectivo, podrá servirnos a nivel jurídico para cambiar la normativa existente y fomentar una mejor percepción social para que este grupo deje de ser tan vulnerable.

## **2. MICROENCUESTA REALIZADA EN LA POBLACIÓN ASTURIANA**

Para terminar el presente trabajo y avalar así más mi hipótesis (sobre la existencia de discriminación hacia el colectivo de personas con enfermedad mental), teniendo en cuenta las variables de los principales estudios realizados y los diferentes temas enunciados a lo largo del trabajo, realizar una microencuesta a la población asturiana para observar la percepción social que las personas tienen hacia la enfermedad mental y las personas que lo padecen.

Para lo cual construí una encuesta que procura incluir en ella los diferentes temas susceptibles de discriminación y observar si la gente conoce la normativa en torno a las personas con enfermedad mental. Este último apartado se dividirá en cuatro partes principalmente: explicación de la metodología utilizada (variables analizadas, contenidos, tipo de encuesta, personas encuestadas...), copia del modelo de encuesta realizada, resultados encontrados y conclusiones extraídas de la misma.

### **2.1 Metodología utilizada**

La encuesta realizada ha sido de tipo dicotómica (si/no), constaba de 39 preguntas que podíamos dividir en cuatro bloques de análisis de contenidos principalmente que eran:

---

<sup>84</sup> Cfr. Muñoz M. *Estigma y Enfermedad Mental*, 2009, Madrid, pp: 56-59.

-Conocimiento y mitos sobre la enfermedad mental.

-El mundo laboral de las personas con enfermedad mental.

-Conocimiento y aceptación de los mecanismos jurídicos de protección analizados en el trabajo (modificación de la capacidad y TAI).

-Percepción de los medios de comunicación sobre la enfermedad mental y las personas que lo padecen.

Las variables a tener en cuenta para el posterior análisis son: sexo (hombre/mujer), carrera universitaria o no, personas que trabajan en la salud mental, personas con familiares con enfermedad mental. Finalmente existe otro grupo (población en general) que no tiene ninguna de las características anteriormente enunciadas.

La población encuestada ha sido de 57 personas, repartidas por todo el Principado y el rango de edad encuestado de 25-45 años (más o menos).

La decisión de haber elegido una encuesta dicotómica, rechazando así escalas tipo Likert o Thurstone, fue a causa de que está lo suficientemente demostrado que en encuestas de este tipo donde se evalúa la percepción social de un grupo determinado de personas la gente tiende a dar respuestas intermedias que dan poca opción a un análisis posterior.

## **2.2 Modelo de Encuesta**

### **ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOCIAL**

**Nota informativa:** Agradecerles de antemano su colaboración. Esta encuesta garantiza el anonimato, por lo que se ruega sean lo más sinceros posibles en sus respuestas. Los resultados que aparezcan en la misma solamente serán utilizados con un fin investigador.

**Instrucciones:** No deje ningún apartado sin contestar, conteste redondeando o poniendo un asterisco en la respuesta correcta o escribiendo en el apartado de puntos cuando la pregunta así lo precise.

#### **DATOS INICIALES**

**SEXO:** H / M      **TRABAJA USTED EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL:** SI / NO

**PADECE USTED UNA ENFERMEDAD MENTAL O TIENE UNA FAMILIAR QUE LA PADEZCA:** SI / NO

**LUGAR DE RESIDENCIA:** GIJÓN / OVIEDO / AVILÉS / CUENCA DEL NALÓN / CUENCA DEL CAUDAL / CANGAS DE ONÍS / CANGAS DE NARCEA / POLA

DE SIERO / POLA DE LENA  
/OTRO:.....

---

**ENCUESTA**

1. ¿CONOCES LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL?

SI / NO

En caso de responder afirmativamente por favor indique alguna:.....

.....  
.....  
.....  
.....

2. ¿CONOCES LAS CLASES DE ENFERMEDAD MENTAL QUE EXISTEN?

SI / NO

En caso de responder afirmativamente por favor indique alguna:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. ¿CONOCES LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL?

SI / NO

En caso de responder afirmativamente por favor indique alguna:.....

.....  
.....  
.....

4. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TIENEN PROBLEMAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES? SI / NO

5. ¿TODAS LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SE COMPORTAN DE UNA FORMA IGUAL?

SI / NO

6. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RECONOCEN POR EL FÍSICO? SI / NO

7. ¿PUEDES RECONOCER A UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
8. ¿CREES QUE EXISTEN EN TU ENTORNO MÁS PRÓXIMO (TRABAJO, AMIGOS, ESTUDIOS...) UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
9. ¿ES BUENA LA CALIDAD DE VIDA DE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
10. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TIENEN UN PROBLEMA CON SU LIMPIEZA CORPORAL? SI / NO
11. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SON MÁS AGRESIVAS QUE EL RESTO? SI / NO
12. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TIENEN PROBLEMAS PARA ESTUDIAR? SI / NO
13. ¿EL ESTUDIAR BENEFICIA A LA HORA DE NO PADECER UNA ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
14. ¿TE IMPORTARÍA QUE UN HIJO TUYO SE CASARA CON UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
15. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SON MÁS EXCÉNTRICAS QUE EL RESTO? SI / NO
16. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL PUEDEN LLEVAR UNA VIDA COMPLETAMENTE NORMAL? SI / NO
17. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL PUEDEN FORMAR UNA FAMILIA SIN PROBLEMAS? SI / NO
18. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TIENEN LIMITACIONES A LA HORA DE TRABAJAR? SI / NO
19. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TIENEN BENEFICIOS FISCALES? SI / NO
20. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ESTÁN EXENTOS DE LA JUSTICIA CUANDO COMETEN UN DELITO? SI / NO
21. ¿ALGUNA VEZ HAS TRABAJADO CON UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
22. ¿CREES QUE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL TIENE MÁS DERECHOS A LA HORA DE DESEMPEÑAR UN TRABAJO QUE EL RESTO? SI/ NO

En caso de responder de forma afirmativa por favor nombre cuales:.....

.....  
.....  
.....  
.....

23. ¿CREES QUE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL DESEMPEÑARÍA UN TRABAJO IGUAL QUE BIEN QUE OTRA QUE NO TUVIERA QUE AUSENTARSE EN HORAS DE TERAPIA O DE TOMADA DE LA MEDICACIÓN? SI / NO

24. ¿LA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DEBERÍA TRABAJAR EN UN CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO DONDE SE ADECUARÁN A SUS NECESIDADES? SI / NO

25. ¿TENDRÍAS ALGÚN PROBLEMA EN TRABAJAR CON UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO

26. ¿HAY LEYES ESPECÍFICAS EN EL MUNDO LABORAL QUE BENEFICÍAN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

SI / NO

En caso de responder afirmativa nombre alguna:.....

.....  
.....  
.....  
.....

27. ¿SABES LO QUE ES LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA?

SI / NO

28. ¿CREES QUE A LA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SE DEBERÍA INCAPACITAR Y QUE DECIDIESE OTRA PERSONA POR ELLA EN LAS DECISIONES IMPORTANTES?

SI / NO

29. ¿LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SON HOSPITALIZADAS, AL MENOS UNA VEZ EN LA VIDA?

SI / NO

30. ¿PUEDES HOSPITALIZAR A UNA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SIN SU CONSENTIMIENTO LEGALMENTE?

SI / NO

31. ¿CREES QUE PUEDEN OBLIGARTE HA APLICAR UN TRATAMIENTO CONTRA ALGUNA ENFERMEDAD (CÁNCER, GRIPE, ETC) SI TU TE NIEGAS? SI / NO

32. ¿PUEDE SER UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL MEDICADA SIN SU CONSENTIMIENTO LEGALMENTE? SI / NO

33. ¿SABES LO QUE ES EL TAI? SI / NO

34. ¿LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN UTILIZAN A MENUDO PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LAS SERIES, PELÍCULAS...?

- SI / NO
35. ¿SIEMPRE QUE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SALEN POR LA TELEVISIÓN SUELE SER COMO PROTAGONISTAS DE SUCESOS VIOLENTOS O EXTRAÑOS?  
SI / NO
36. ¿LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN OFRECEN UNA BUENA IMAGEN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
37. ¿SALEN A MENUDO PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LOS TELEDIARIOS CUANDO SON PROTAGONISTAS DE ALGUNA NOTICIA? SI / NO
38. ¿CONOCES CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA TELEVISIÓN? SI / NO
39. ¿SABRÍAS DONDE ACUDIR SI TUVIERAS UNA ENFERMEDAD MENTAL? SI / NO
- En caso de responder de forma afirmativa indique donde.....  
.....  
.....

### **2.3 Resultados**

Los resultados aparecen por grupo de gente encuestada y segregada por sexos (por ser una variable a analizar), por lo cual aparecerán ocho tablas con las respuestas dadas por los diferentes grupos para las conclusiones posteriores. Observando tanto las respuestas a nivel general como las respuestas por variable que quiero analizar.

## POBLACIÓN GENERAL

SEXO: HOMBRES

Nº DE ENCUESTAS: 15

Items	SI	NO
1	5	10
2	6	9
3	2	13
4	11	4
5		15
6	6	9
7	7	8
8	12	3
9	3	12
10	4	11
11	6	9
12	11	4
13	4	11
14	9	6
15	8	7
16	12	3
17	12	3
18	12	3
19	12	3
20	4	11
21	5	10
22		15
23	10	5
24	4	8
25	2	13
26	4	11
27	7	8
28	5	10
29	7	8
30	9	6
31	4	11
32	10	5
33		15
34	7	8
35	9	6
36	6	9
37	8	7
38	4	11
39	9	6



## POBLACIÓN GENERAL

SEXO: MUJER

Nº DE ENCUESTAS: 11

Items	SI	NO
1	5	6
2	3	8
3	1	10
4	10	1
5		11
6	3	8
7	3	8
8	9	2
9	2	9
10	5	6
11	7	4
12	8	3
13	3	8
14	10	1
15	8	3
16	5	6
17	6	5
18	10	1
19	7	4
20	4	7
21	1	10
22	1	10
23	6	5
24	5	6
25	1	10
26	2	9
27	1	10
28	5	6
29	8	3
30	11	
31	3	8
32	7	4
33	2	9
34	5	6
35	6	5
36	3	8
37	7	4
38	3	8
39	6	5

## TRABAJAN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

SEXO: HOMBRES

Nº DE ENCUESTAS: 2

Items	SI	NO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5		2
6	1	1
7	2	
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14		2
15	1	1
16	2	
17	2	
18	2	
19	2	
20		2
21	1	1
22	2	
23	2	
24	2	
25		2
26	2	
27	2	
28	1	1
29	2	
30	1	1
31		2
32	2	
33		2
34		2
35	1	1
36		2
37	1	1
38	2	
39	2	

## TRABAJAN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

SEXO: MUJER

Nº DE ENCUESTAS: 7

Items	SI	NO
1	7	
2	7	
3	7	
4	6	1
5	1	6
6	3	4
7	4	3
8	5	2
9	5	2
10	4	3
11	1	6
12	3	4
13	1	6
14	5	2
15	2	5
16	7	
17	7	
18	4	3
19	7	
20		7
21	7	
22		7
23	7	
24	1	6
25		7
26	2	5
27	7	
28		7
29	2	5
30	6	1
31	1	6
32	5	2
33	5	2
34	4	3
35	7	
36		7
37	5	2
38	5	2
39	7	

**TIENEN FAMILIARES O PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL**

SEXO: HOMBRE

Nº DE ENCUESTAS: 4

Items	SI	NO
1	1	2
2	3	1
3		4
4	4	
5		4
6	3	1
7	3	1
8	3	1
9	2	2
10		4
11	2	2
12	3	1
13		4
14	3	1
15	3	1
16	3	1
17	3	1
18	3	1
19	3	1
20	1	3
21		4
22	1	3
23	3	1
24	2	2
25	1	3
26	2	2
27	2	2
28	1	3
29	1	3
30	2	2
31	1	3
32	1	3
33		4
34	1	3
35	2	2
36		4
37	2	2
38	1	3
39	3	1

**TIENEN FAMILIARES O PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL**

SEXO: MUJER

Nº DE ENCUESTAS: 6

Items	SI	NO
1	1	5
2	2	4
3	1	5
4	6	
5		6
6		6
7		6
8	6	
9	1	5
10	3	3
11	2	4
12	4	2
13		6
14	4	2
15	2	4
16	4	2
17	4	2
18	4	2
19	3	3
20	2	4
21	2	4
22	1	5
23	5	1
24	3	3
25	1	5
26	1	5
27	1	5
28		6
29	3	3
30	3	3
31	1	5
32	5	1
33		6
34	2	4
35	4	2
36		6
37	4	2
38	2	4
39	5	1

## TIENEN ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

SEXO: HOMBRE

Nº DE ENCUESTAS: 8

Items	SI	NO
1	3	5
2	3	5
3	1	7
4	7	1
5	4	4
6	2	6
7	5	3
8	6	2
9	7	1
10	4	4
11	1	7
12	6	2
13	1	7
14	2	6
15	4	4
16	5	3
17	5	3
18	5	3
19	7	1
20	1	7
21	2	6
22	3	5
23	3	5
24	2	6
25	1	7
26	3	5
27	2	6
28	5	3
29	1	7
30	7	1
31		8
32	7	1
33	6	2
34	4	4
35	7	1
36		8
37	4	4
38	1	7
39	1	8

## TIENEN ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

SEXO: MUJER

Nº DE ENCUESTAS: 4

Items	SI	NO
1	2	2
2	2	2
3	1	3
4	3	1
5	1	3
6	1	3
7	2	2
8	3	1
9	1	3
10	1	3
11	2	2
12	3	1
13	3	1
14	3	1
15	3	1
16	3	1
17	2	2
18	2	2
19	3	1
20		4
21	1	3
22	2	2
23	2	2
24	1	3
25	1	3
26	3	1
27	3	1
28	1	3
29	1	3
30	1	3
31	3	1
32	1	3
33	3	1
34	1	3
35	3	1
36		4
37	1	3
38	1	3
39	4	

## **2.4 Conclusiones**

Primeramente daré unas conclusiones principales y después segregadas por las variables explicadas en la metodología, que han sido tenidas en cuenta para esta microencuesta.

.Conclusiones generales:

-Hay una gran falta de conocimiento sobre la enfermedad mental. La mayoría de la población encuestada no conoce ni tipología (la mayoría simplemente conocen la esquizofrenia), ni apenas nada sobre las causas que puedan producirla.

-Se perpetúan mitos, como el problema con la limpieza corporal y que se pueden reconocer por el físico.

-Apenas nadie sabe contestar a las preguntas sobre legislación laboral, aunque sí hay un grupo significativo que cree que la enfermedad mental impide trabajar en igualdad de condiciones y que sería necesario que trabajaran en un centro especial de empleo.

-La modificación de capacidad (con este nombre) es desconocida, aunque si hay un grupo significativo que sin embargo cree que sí se debería incapacitar.

-Hay un grupo máximo que cree que las personas con enfermedad mental son al menos una vez hospitalizadas en la vida.

-Nadie conoce el TAI, y parece haber un consenso en que sí se puede medicar a una persona con enfermedad mental aunque no a una persona con una enfermedad física.

-Por último también un existe un consenso bastante grande sobre que los medios de comunicación ofrecen una mala imagen y siempre suelen sacar a las personas con enfermedad mental siendo protagonistas de sucesos extraños.

.Variable “sexo”:

-No existen apenas diferencias entre los dos sexos, suelen ser las respuestas bastante parecidas, aunque quizás mínimamente los hombres tienen algo más de conocimiento sobre la enfermedad mental.

-Si se observa una diferencia en el ítem 14 (¿te importaría que tu hijo se casará con una persona con enfermedad mental?), las mujeres suelen ser más sensibles a ello y el porcentaje que responde que no es muy insignificante.

.Variable “trabajar en el campo de la salud mental”:

-En general tienen un mayor conocimiento de la enfermedad mental, aunque desconocen bastante la legislación en materia laboral.



-Sí que aquí se encuentra una diferencia muy significativa entre el hombre y la mujer, ya que los hombres son mucho menos tolerantes que las mujeres y tienen un peor conocimiento de la enfermedad.

.Variable “tener familiares con enfermedad mental”:

-Es donde los resultados son más inquietantes, puesto que tienen una falta de conocimiento total sobre la enfermedad.

-Perpetúan mitos sobre la misma.

-No saben nada sobre la legislación en torno al mundo laboral, a la modificación de la capacidad y sobre el TAI.

.Variable “tener carrera universitaria”:

-Tienen algo más de conocimiento sobre la enfermedad y es uno de los dos grupos (junto al de la salud mental) que menos perpetúan mitos sobre la enfermedad.

-Tienen algo más conocimiento sobre la legislación laboral y sobre los mecanismos de protección jurídica (modificación de la capacidad y TAI).

-Las mujeres tienen algo menos de conocimiento que los hombres.

A modo de conclusión final, podemos extraer que existe un desconocimiento sobre la enfermedad mental, lo que lleva a perpetuar mitos que son los que en última instancia provocan discriminación hacia este colectivo. La legislación enunciada a lo largo del trabajo es desconocida por la población y bastante insuficiente, puesto que no es capaz de terminar con la discriminación de este colectivo.

Lo que sí es destacable, es que parece existir un consenso general sobre la mala imagen que perpetúan los medios de comunicación. Por lo que es necesario crear una legislación, obligando a que los medios de comunicación cumplan las guías de estilo que comente en el apartado dedicado a ellos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES FINALES**

Este apartado se dividirá en dos partes principalmente, una dedicada a las conclusiones sobre todo lo anteriormente expuesto y finalmente unas propuestas de mejora para combatir la discriminación hacía este colectivo.

Mis conclusiones finales sobre este trabajo son:

1. La principal conclusión es que queda avalada mi tesis planteada en este trabajo, y queda probada la discriminación hacía el colectivo de personas con enfermedad mental. Son innumerables los datos recabados a lo largo del trabajo (tanto teóricos como prácticos), que demuestran que el grupo de personas con enfermedad mental es muy discriminado y por tanto vulnerable, susceptible de una mejor protección por parte de la normativa española.
2. Los conceptos de discriminación y enfermedad mental están en constante cambio. Su significado depende del contexto socio-histórico y económico del momento.
3. En torno al concepto de discriminación el Tribunal Constitucional ha recalcado la necesidad de que para cumplir el “Principio de No Discriminación” se debe tratar igual al que es igual y diferente al que es diferente. El principal problema con la normativa sobre discriminación es que no llega a la gente y es insuficiente. Ya que el Tribunal Constitucional se tiene que pronunciar sobre el término en muchas ocasiones.
4. El concepto de enfermedad mental no es conocido fuera del contexto médico y está muy influido por los mitos y creencias falsas acerca del mismo. Es importante que el concepto de enfermedad mental sea conocido en otros campos como el jurídico, ya que para crear una normativa en torno a este colectivo es necesario conocer a fondo sus características y peculiaridades.
5. La normativa existente en nuestro país dista mucho de ser acorde con la Convención del 2006, por lo que debemos primeramente introducirla en toda nuestra normativa para terminar con la discriminación del colectivo de personas con enfermedad mental.
6. En el mundo laboral, las estadísticas demuestran la discriminación existente hacía el colectivo de discapacitado. Puesto que el 70% de los contratos se realizan en centros especiales de empleo, contrariando de esta manera los principios de la Convención del 2006. Estas estadísticas tienen el gran problema de que no se segregan por discapacidad, y si esto ocurriera observaríamos que en el colectivo de personas con enfermedad mental es incluso mayor la discriminación existente (solo un 5% de la población con enfermedad mental tienen un empleo regular).

7. La normativa en el ámbito laboral es insuficiente, no es conocida por la población y no funciona para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. Se limita a dictar medidas a todo el campo de la discapacidad, dando la elección al empresario de que discapacidad contratar, por lo que la persona con discapacidad psíquica no suele ser contratado.
8. Otro déficit de la normativa en el ámbito laboral es las insuficientes consecuencias jurídicas que tiene para las empresas no cumplir estas leyes. Ya que resulta destacable que por ejemplo el sistema de cuotas no es aplicado por ninguna empresa y no tiene consecuencias para las mismas. Por otro lado reducir las acciones positivas a los sistemas de cuotas como sucede en nuestra legislación, es insuficiente para combatir la discriminación.
9. El mundo laboral es un sector muy normalizador y que se debe de fomentar que todas las personas dispongan de un trabajo en igualdad de condiciones tanto en el acceso como en el mantenimiento del mismo. No se puede presuponer de antemano que una persona con enfermedad mental no podrá desarrollar el trabajo igual que otra que no lo es, porque estaríamos cayendo en un trato injustificado y arbitrario tal y como dicta nuestro Tribunal Constitucional.
10. La modificación de la capacidad, debería ser utilizada solamente en casos excepcionales puesto que es muy pequeño el colectivo de personas con enfermedad mental que tienen mermada su capacidad de decidir. Hay mecanismos alternativos que deberían primar por encima de ellos, e introducir como los apoyos necesarios para la no modificación de la capacidad que se promulgan en la Convención del 2006.
11. A nivel normativo, las causas de modificación de la capacidad se deberían volver más estrictas puesto que muchas veces podemos depender de que se produzca la misma, por una subjetividad del juez provocada por las creencias falsas que la sociedad tiene sobre la enfermedad mental.
12. Debe de aprobarse el precepto 763.1 de la LEC mediante Ley Orgánica, para que se vuelva constitucional no creando así una inseguridad jurídica. También debe evolucionar y adecuarse según el diferente colectivo hacía al que nos estemos refiriendo.
13. El tratamiento ambulatorio involuntario es un mecanismo de protección jurídico sobre el que no hay un consenso claro al respecto ni sobre su aplicación ni sobre su regulación. Mi opinión está bastante clara, al querer regular el TAI estamos presuponiendo de nuevo que las personas con enfermedad mental no tienen capacidad de decidir, y provocando una clara discriminación hacía los mismos. Si nos planteamos la regulación del posible TAI, también habrá que debatir y regular más profundamente sobre si sería necesario en otras enfermedades físicas.

14. Básicamente creo que la regulación del TAI sería discriminatoria, puesto que no podemos presuponer de antemano que una persona tiene mermada su capacidad de decidir simplemente por la oposición a un tratamiento.
15. Ya no sólo lo regulación del TAI puede presuponerse discriminatoria, sino es que la discusión alrededor de la aplicación o no del mismo viene provocado por la fuerte discriminación que existe hacía el colectivo de personas con enfermedad mental. Puesto que existe una gran falta de concienciación sobre la enfermedad (y por lo cual se niega la persona al tratamiento), porque la gente quiere negar tener una enfermedad mental ya que socialmente no está aceptada y es un colectivo fuertemente discriminado.
16. Los medios de comunicación perpetúan mitos sobre la enfermedad mental, discriminando al presente grupo en la mayoría de las noticias que aparecen por la televisión. Ejercen un fuerte poder sobre la percepción de la gente y el caso de las enfermedades mentales hace un flaco favor a este colectivo, provocando en los televidentes discriminación hacía al mismo.
17. En la normativa debería regularse expresamente el tratamiento de los medios de comunicación hacía las personas con enfermedad mental, creando consecuencias jurídicas cuando estos fomentaran la discriminación. También dentro de la normativa se deberían introducir guías de estilo, que enseñarán a los medios como tratar el problema de la discriminación.

Mis propuestas de mejora serían:

-Fomentar una mayor difusión de la enfermedad mental con campañas de sensibilización que llegaran a toda la sociedad.

-Tener en cuenta el informe del Comité de Naciones Unidas que realiza sobre la situación de la Convención del 2006 de nuestro país, y la necesidad de ser acorde con la misma para terminar y luchar contra la discriminación hacía este colectivo.

-En el mundo laboral:

.Separación de los diferentes tipos de discapacidad en la normativa.

.Normativa con más consecuencias jurídicas hacía las empresas que no cumplan la cláusula de no discriminación.

.Adaptación a lo que dicta la Convención del año 2006, sobre el trabajo de personas con discapacidad en centros especiales de empleo.

-En relación con los mecanismos de protección jurídica:

.Buscar alternativas a la modificación de la capacidad, que sólo se utilice en casos estrictamente necesarios.

.Las causas se vuelvan más estrictas y más claras en respecto a la modificación de la capacidad de personas con enfermedad mental. Creando una legislación, más clara y consecuente al respecto.

.Debemos trabajar la normalización del trastorno mental, terminando de esta manera con la discriminación de las personas que lo sufren puesto que así no sería necesario la discusión alrededor de la regulación o no de un posible TAI.

-En relación a los medios de comunicación:

.Necesaria regulación normativa al respecto.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- Abella Blanco, Verónica: “Vivir plenamente con una enfermedad mental”, 2010, Revista FEAFES.
- Arteiro, Antonio: “Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”, 2010, Revista Cuadernos de Trabajo Social.
- Aznar López, Manuel: *Internamiento civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios*, 2000, Granada.
- Balager, M<sup>o</sup> Luisa: *Igualdad y Constitución Española*, 2010, Madrid.
- Ballester, María Vittoria: “Igualdad y acciones positivas. Problema y argumentos en una discursión infinita”, 2006, Revista Doxa.
- Barrera, M<sup>a</sup> Ana: “Análisis del concepto y propuestas de revisión”, 2003, Revista Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho.
- Beer, Conan: *Psicología*, 2000, Madrid.
- Boe.
- Cangas, Adolfo y Navarro, Noelia: *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*, 2012, Almería.
- Cámara, Alberto: “Poder del empresario y prohibición de discriminación en el empleo”, 2001, Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Código Civil
- Código Penal
- Constitución Española
- Cordero Gordillo, Vanesa: *Igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo*, 2011, Valencia.
- Diccionario Larousse, 2010, Madrid.
- DSM-IV: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Ferreiros, Carlos-Eloy: *El tratamiento ambulatorio: cuestiones legales y prácticas*, 2007, Madrid.
- FEAFES: *Salud Mental y Medios de comunicación: Guía de Estilo*, 2006, Madrid.
- FEDEAFES: *Guía de estilo. Cómo abordar la Salud Mental en los medios de comunicación*, 2012, País Vasco.

- Guimón, José: *Prejuicios en contra de la psiquiatría*, 2001, Madrid.
- Guimón, José: *La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los derechos humanos*, 2004, Bilbao.
- González Granda, Piedad: *Propuestas de Mejora en el Marco Jurídico-Social de Protección del Discapacitado Psíquico por Enfermedad Mental*, 2009, Madrid.
- González Granda, Piedad: *Régimen Jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental*, 2010, Madrid.
- González Prado, Héctor y Pérez Pérez, Marino: *La invención de los trastornos mentales*, 2007, Madrid.
- Junta de Extremadura: “Hacia una salud mental positiva: una guía de estilo para medios de comunicación”, 2011, Revista de la Conserjería de Sanidad y Dependencia.
- Lamarca Iturbe, Iñigo: “El papel de la sociedad en la Integración de las Personas con Enfermedad mental”, 2009, Revista Norte de Salud Mental.
- Lemos Giraldez, Serafín: *Psicopatología General*, 2000, Asturias.
- Lidón Heras, Leonor: *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2011, Madrid.
- Muñoz López, Manuel: *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, 2009, Madrid.
- OMS: *Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, 2006, Madrid.
- OMS (Guillermo Escobar Roca): *Personas con discapacidad: VII Informe sobre derechos humanos*, 2010, Madrid.
- Otero Castrillon, Carmen: “Igualdad, Género y Medidas de acción-discriminación positiva en las políticas social comunitaria”, 2002, Revista De Derecho Comunitario Europeo.
- Palacios Rizzo, Agustina y Bariffi, Francisco: *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2007, Madrid.
- Palacios Rizzo, Agustina: *El modelo social de discapacidad: orígenes, características y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2008, Madrid.

- Procuradora General del Principado de Asturias: *La salud mental y los derechos de las personas afectadas en Asturias, Informe Monográfico a la Junta General del Principado de Asturias*, 2010, Asturias.
- Robledo, Verónica; Ruiz , M<sup>a</sup>Jesús; Fundación AFIM: “La enfermedad mental como estigma”, 2010, Revista FEAFES.
- Villanueva, Mercedes: “La discriminación interna de las personas con discapacidad: el desarrollo de carreras profesionales”, 2008, Revista Estableciendo puentes en una economía global, Salamanca.
- Rodríguez Cuenca, Antonio; Fernández Rodríguez, José María; Bastida Ribas, Luis y Palacios González, M<sup>a</sup> Dolores: *Salud Mental: Cátedra de Amparo de Derechos y Libertades*, 2011, Asturias.
- Ruiz Castillo, María del Mar: *Igualdad y no discriminación. La proyección sobre el tratamiento laboral de la discapacidad*, 2010, Albacete.
- Salas Murillo, Sofía: *Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad*, 2010, Zaragoza.
- Sancheé, José: *La psicología de los grupos*, 2000, Madrid.
- Terrerros, José Luis: *Los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2007, Madrid.
- Web del Observatorio de la Discapacidad.