



# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



## CONCEPTUAL STATEMENT

### Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad



### Positioning of the Spanish Society of Psychiatry on the United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities

Sociedad Española de Psiquiatría

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la Asamblea General de la ONU en 2006 y ratificada por España en 2007, supuso un avance definitivo en la visión de las personas con discapacidad al situar lo relacionado con esta importante realidad en el terreno de los derechos humanos. Así, los principios de respeto a la dignidad, la autonomía, la no discriminación, la igualdad entre hombres y mujeres y la accesibilidad, entre otras, se convierten en ejes sobre los cuales pivota la CDPD, de tal modo que sitúa la discapacidad, no en la persona, sino en la sociedad que no permite desarrollar su potencialidad debiendo favorecer al máximo la misma. La visión cambia; lo importante no es saber de qué carece una persona sino cuales son sus capacidades con el objeto de potenciarlas y favorecer la igualdad.

Por otro lado, el modo de afrontar la discapacidad se modifica desde un modelo basado en el paternalismo, en el que en mayor o menor medida había que tutorizar a estas personas, a otro de potenciación de la autonomía personal.

Cuando la Convención señala el término discapacidad deja claro a qué personas se refiere: “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 los demás”.

En lo que concierne a la discapacidad basada en trastorno psíquico (mental), dejando de antemano clara la postura ya mencionada de la satisfacción que produce el reconocimiento de sus derechos, especialmente abandonados en tiempos pretéritos en los pacientes con enfermedad mental, conviene matizar algunos aspectos que suscitan dudas o controversias, tanto en la acepción como en la aplicación práctica de la misma.

Así, especial referencia debemos realizar al artículo 12.4 de la CDPD y a las observaciones del Comité<sup>1</sup> sobre las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica en las cuales debe respetarse “la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida”. Los citados términos son repetidos en diferentes ocasiones a lo largo de la Convención y, si bien como principio rector en beneficio de persona con discapacidad nos adherimos plenamente a los mismos, sí nos lleva a plantearnos la pregunta ¿respetar la voluntad siempre, incluida la voluntad sin libertad por estar modificada por causa patológica? ¿Respetar la voluntad siempre, incluso cuando vaya contra los propios intereses de la persona o contra los de otros a sabiendas que en situación de falta de psicopatología no se hubiese pronunciado la persona en determinado sentido? ¿Respetar la voluntad a pesar de que ello suponga la intervención de las Fuerzas de Orden Público con el con-

siguiente estigma que supone para la persona? Creemos que sería necesario concretar qué se entiende por voluntad y preferencia y, posteriormente, determinar si también se incluye la voluntad patológicamente alterada.<sup>2</sup>

Para que exista una verdadera autonomía de la persona, esta debe regirse por el principio de libertad. Sin embargo, la persona que por su patología cognitiva, de la conciencia, del pensamiento, de la percepción o de la afectividad toma una decisión, no siempre va a ser libre para la misma; ¿no se le debería apoyar a sabiendas de que no es propia de la persona en cuestión y que su génesis es patológica?

Ya señalaba Henri Ey en sus Estudios Psiquiátricos (estudio nº 4) que “las enfermedades orgánicas son amenazas a la vida, las ‘enfermedades mentales’ son ataques a la libertad... La psiquiatría es una patología de la libertad, es la *Medicina aplicada a las disminuciones de la libertad*”.<sup>3</sup> En definitiva, la Psiquiatría tiene por objeto restituir la libertad a las personas, es decir, restituir la autonomía con el fin de que puedan decidir libremente. Por tanto, aquellas personas con afectación de la voluntad secundaria a trastorno psíquico o discapacidad psíquica son personas vulnerables mientras que se encuentra descompensado el trastorno de base, requiriendo protección hasta que, en los muchos casos en que esto resulte posible, el tratamiento psiquiátrico restituya su capacidad de decidir. Pero, para ello, es necesario en ocasiones la realización de un ingreso y tratamiento involuntario.

Al respecto, el artículo 14 de la Convención indica que “no se prive a la persona de libertad ilegal o arbitrariamente, que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de libertad”. Como vemos, la lectura de la Convención deja entrever la posibilidad de que la “privación de libertad sea de conformidad con la ley”; sin embargo, la declaración del Comité sobre el mencionado artículo (Libertad y seguridad de la persona) de la Convención, señala:<sup>4</sup>

“El Comité ha pedido a los Estados Parte que protejan la seguridad y la integridad personal de las personas con discapacidad privadas de libertad, en particular eliminando el uso de tratamientos forzosos, la reclusión y diversos métodos de restricción en las instalaciones médicas, incluidas las restricciones físicas, químicas y mecánicas” (párr. 12).

“La detención involuntaria de personas con discapacidad por motivos de riesgo o peligrosidad, presunta necesidad de atención o tratamiento u otras razones relacionadas con la deficiencia o el diagnóstico de salud es contraria al derecho a la libertad y equivale a una privación arbitraria de la libertad” (párr. 13).

Observamos una interpretación restrictiva del Comité que entendemos que no hace sino dejar desasistida a la persona vulnerable con especial necesidad de cuidado. Su falta de libertad transitoria mientras se encuentra descompensada la enfermedad, impide la toma de decisiones de acuerdo a la voluntad libre. Entramos en un círculo vicioso: si la persona no accede a la sanidad, no se cumple uno de los derechos recogidos en la Constitución española de 1978 en su artículo 43.1, “se reconoce el derecho a la salud”. La persona que no tiene capacidad de decidir, ya sea transitoria

o permanente, deja de estar en igualdad de oportunidades que el resto de población, de tal modo que la Convención, o su interpretación por el Comité, da menos oportunidad para restituir su salud y, por tanto, su libertad y su autonomía a quien más lo necesita. A modo de ejemplo pensemos en los casos de una persona con autismo o discapacidad intelectual que se autolesiona y se pega golpes en la cabeza; una persona que en el contexto de una depresión quiere suicidarse; una persona con un trastorno bipolar que en fase de delirio maniaco toma conductas de riesgo que la llevan a la ruina a ella y a su familia; una persona que agrede a su pareja en el contexto de intoxicación por una droga, etc. Entendemos como médicos que nuestra labor está del lado de proteger la salud y favorecer el acceso a la misma de la persona vulnerable por su discapacidad. Si no accede al sistema de salud prolongamos el mantenimiento en el tiempo de su situación de discapacidad; es decir, favorecemos la situación de desigualdad respecto a otras personas con otro tipo de discapacidad.

Otra consideración respecto al artículo 14 y las observaciones a España del Comité (2019):<sup>5</sup> recomienda en su apartado a) “prohibir la institucionalización forzosa y los tratamientos forzosos por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones de salud mental se basen en los derechos humanos”. En España no existe una institucionalización ni tratamiento forzoso por motivo de discapacidad. Ambas situaciones se producen exclusivamente en personas con discapacidad mental que, en un momento concreto y de forma transitoria, han perdido la libertad y la capacidad de autodeterminación, siendo vulnerables y necesitando los apoyos para restituir la libertad de la que es merecedora por su condición de ser humano. En definitiva, no se ingresa de forma involuntaria por un trastorno psíquico sino por descompensación del mismo cuando la persona no tiene capacidad para decidirlo por sí misma, como recoge el art 763 Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). Utilizar una generalización como la señalada lleva a la confusión y deja de proteger a quien realmente lo necesita.

Finalmente, el mismo Comité, al tratar en 2019 el artículo 15, vuelve a generalizar ante la permisividad del art 763 LEC que permite el “uso de medidas de contención física, mecánicas y químicas contra las personas con discapacidad psicosocial; estas medidas incluyen, entre otras, la medicación forzosa, medicación, terapia electroconvulsiva y otros tratamientos e internamientos sin contar con el consentimiento libre y con conocimiento de causa”.<sup>5</sup>

Hay que indicar que, en España, el artículo 763 de la LEC permite las medidas que señala el Comité, no porque la persona sea discapacitada, sino porque se considera que, con el conocimiento actual de la ciencia, dichas medidas son necesarias para que la persona retome la salud y, en consecuencia, la autonomía necesaria para tomar sus decisiones.

El Comité menciona la necesidad de “consentimiento libre y con conocimiento de causa”. Justamente es eso lo que se pretende desde la perspectiva de la psiquiatría y, como ya señalaba Henri Ey<sup>2</sup> muchos años antes de la existencia de la Convención, el estudio y la restitución de la libertad para que la persona pueda elegir con el conocimiento de causa que solicita la Convención. ¿A qué se refiere el “conocimiento de causa”? Entendemos que se trata de que la persona pueda optar libremente sobre las diferentes opciones que se le presenten tras el análisis de acuerdo a su

propia experiencia e intereses. Si se pierde esa capacidad de forma transitoria, o no se ha adquirido como ocurre en ocasiones en la enfermedad mental, hay que trabajar hasta el límite del conocimiento actual de la ciencia para proteger a la persona con esa discapacidad en aras a restituir la misma en la medida de lo posible y no potenciar con la inacción la estigmatización a través del uso inadecuado de la "voluntad patológica".

En definitiva, desde la ciencia no entendemos la discapacidad como el todo o nada, el siempre existe o no existe, sino como un estado en el que una persona con trastorno mental se encuentra, en las mayorías de las ocasiones, de forma transitoria y que, en numerosas ocasiones, con las terapias adecuadas, puede ser plenamente autónoma. Eso es justamente lo que se pretende, ayudar a la persona a recobrar la salud y simultáneamente a la libre toma de sus decisiones. El viejo aforismo *no hay enfermedades sino enfermos* se cumple también en la discapacidad mental: hay que ir al caso concreto y evitar generalizaciones que no hacen sino transmitir la idea de que la Convención no acaba de recoger las particularidades de la capacidad mental y sus características.

Por todo ello, reconociendo el indudable valor que tiene la Convención y apoyando las iniciativas en favor de los derechos de la personas con discapacidad en general, y la discapacidad mental en particular, entendemos que, en los casos de controversia o contradictorios como los ya

mencionados, es necesario un enfoque con sentido común para proteger el mejor interés de los ciudadanos que en momentos determinados, o de forma mantenida en el tiempo, son incapaces de actuar con voluntad y preferencias libremente determinadas.<sup>6</sup>

## Bibliografía

1. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general N° 1 (2014). Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1. 2014.
2. Szmukler G. Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18:34-41.
3. Ey H. Estudios psiquiátricos, 2 volúmenes. Buenos Aires: Polemos; 2008.
4. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Statement on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/12/2, Annex IV; 2014.
5. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 9 abril 2019 <http://www.convenciondiscapacidad.es/2019/04/10/observaciones-finales-sobre-los-informes-periodicos-segundo-y-tercero-combinados-de-espana-del-comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-9-de-abril-de-2019/>.
6. Appelbaum P. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself. *World Psychiatry*. 2019;18:1-2.