



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Olabarriá González, Begoña; Sánchez Monge, José Ma
PROMOVIENDO LA PSICOTERAPIA COMO PRESTACIÓN REAL EN LA CARTERA DE
SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) Y LOS DERECHOS DE
ATENCIÓN DE USUARIOS CON TRASTORNOS MENTALES Y SUS FAMILIARES/CUIDADORES
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, núm. 114, 2012, pp. 419-428
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024499023>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PROMOVIENDO LA PSICOTERAPIA COMO PRESTACIÓN REAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) Y LOS DERECHOS DE ATENCIÓN DE USUARIOS CON TRASTORNOS MENTALES Y SUS FAMILIARES/CUIDADORES

Declaración conjunta de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)¹ y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares Y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

1. Presentación

Las entidades que elaboran y suscriben la presente Declaración quieren trasladar a las Administraciones Sanitarias competentes, las entidades científico-profesionales, las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental y a la opinión pública, su preocupación por las insuficiencias y carencias que se vienen produciendo en los servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), particularmente en lo que se refiere a la psicoterapia² en sus diferentes vertientes y aplicaciones para los usuarios de los mismos. Así mismo en lo que se refiere a la necesidad e ineludible desarrollo de programas de cuidado a los familiares/cuidadores de las personas que presentan trastornos psicopatológicos con procesos crónicos y/o con fases críticas recurrentes.

Esta Declaración busca al tiempo formar parte de un proceso de empoderamiento de las personas usuarias de los servicios dedicados a la atención a la salud mental y sus familiares, enmarcada en la reciente aprobación por el Pleno del Senado de una Proposición no de Ley sobre la adaptación de legislación española a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006), que había sido suscrita por España en 2007. También

¹ La AEN es Miembro de Honor de FEAP desde su constitución.

² Def. Psicoterapia, FEAP: “se entenderá por Psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”.

el Pleno de la Cámara Baja ha aprobado recientemente la importante adaptación española a esta Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

El cumplimiento de los principios de la Convención que han de guiar la acción planificadora, de actuación profesional y el desarrollo de los derechos de los/as usuarios/as supone la modificación de importantes leyes (entre ellas la *Ley General de Sanidad*, la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, y la *Ley de extracción y trasplante de órganos*) así como la ampliación de las prestaciones y servicios. Destacan entre ellos los que se refieren a “actividades fundamentales” y al acceso a conocer y participar en la elección de prestaciones y tratamientos por los/as usuarios/as.

Si atendemos los datos epidemiológicos que nos ofrecen las autoridades sanitarias, podremos comprender la relevancia de los trastornos mentales en nuestras sociedades así como el abanico de prestaciones que requieren. Y ello puede a su vez ayudarnos a impulsar líneas de cambio para mejorar en la atención, primordialmente con la incorporación de la psicoterapia rigurosa, científica, de calidad en la atención por una parte, y por otra, a desterrar prejuicios sociales y concepciones erróneas sobre los abordajes técnicos.

Así, sabemos hoy que:

- Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos mentales. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional. Office for Europe

(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas

y respiratorias. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986

(http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, accessed 11 May 2009)

En Europa:

- Los trastornos mentales son la segunda causa de carga en las familias por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

- La depresión figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6,2% de la carga causada por todas las enfermedades. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- En la Unión Europea 18,4 millones de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años padecen cada año una depresión importante. European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, European Commission, 2008.

(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf, accessed 11 May 2009).

- El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Declaration of Alma-Ata. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978

(http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, accessed 11 May 2009).

- El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del PNB de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- En los países europeos el presupuesto para Salud Mental supone el 5,8% del presupuesto total en salud. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

- En muchos países europeos las bajas por trastornos mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009).

En España:

- El 9% de la población padece en la actualidad algún trastorno mental. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

Algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro. (¿Seguiremos abordando este tema sobre la base del crecimiento del gasto farmacéutico en psicofármacos?). Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe uno adecuado. (Y el psicofarmacológico exclusiva o principalmente). Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 2008, de 3.005 millones de euros. (Partida muy importante y única creciente: psicofármacos). Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. (Mayoritariamente los tratamientos previstos son psicofarmacológicos exclusiva o principalmente). Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

- La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad y sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación por 33 y en las toxicomanías por 86. (Los tratamientos psicoterapéuticos, que promueven el desarrollo personal y la autonomía del paciente, son escasamente aplicados). Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009).

El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con trastorno mental crónico creen que las personas con trastorno mental crónico suponen un riesgo si no se las hospitaliza. El 99% de los y las profesionales no lo cree. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the socialdeterminants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

- Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los trastornos depresivos: 26,23%; a continuación los Trastornos de Ansiedad: el 17,48%. La prevalencia de la Esquizofrenia es del 1,02%. (Una parte indeterminada, pero sabemos cuantitativamente irrelevante son tratados con psicoterapia, cuyos resultados resultan altamente significativos y estables en estos trastornos). CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the socialdeterminants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

A lo largo de los últimos 25 años, particularmente tras los cambios promovidos desde el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), los avances en España en materia de atención a la Salud Mental han sido importantes. Actualmente la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad viene sustentando y promoviendo líneas de acción en los servicios de SM del SNS que enriquecen el discurso y las metas, pero no tanto las realizaciones.

A lo largo de los últimos 25 años, particularmente tras los cambios promovidos desde el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), los avances en España en materia de atención a la Salud Mental han sido importantes. Actualmente la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad viene sustentando y promoviendo líneas de acción en los servicios de SM del SNS que enriquecen el discurso y las metas, pero no tanto las realizaciones.

Las personas con trastorno mental han dejado de sufrir una reclusión sin límite, injusta e innecesaria. Se han cerrado la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos y se han creado servicios diversificados, entre ellos de consultas ambulatorias y de rehabilitación. La integración de las personas con trastorno mental ha mejorado sustancialmente. Se han creado equipos multiprofesionales de Salud Mental que en ocasiones han buscado trabajar desde un modelo comunitario de atención.

Sin embargo, la “caída” del foco de interés en estos temas en la planificación sanitaria, la “quiebra” de la metodología comunitaria en los trabajos de los equipos, la atomización de las intervenciones profesionales, la pérdida de la perspectiva de red, las carencias en los procesos de coordinación interinstitucional y de caso, etc., junto al hecho de que todavía los recursos son escasos, posiblemente favorezca que la psicoterapia vea gravemente disminuida su aplicación a los/as usuarios/as de los servicios del Sistema Nacional de Salud en beneficio de los tratamientos psicofar-

macológicos, absolutamente mayoritarios y predominantes, de manera que confieren concepciones excesivamente biologicistas a la asistencia que se presta.

La concepción de la persona como mero objeto receptor pasivo del tratamiento forma parte de la *cultura asistencialista* predominante en los servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Frente a ella, es preciso promover en la relación con las personas que tienen problemas de salud mental, que son en última instancia los/as potenciales usuarios/as de los servicios, procesos que impliquen adecuados y suficientes niveles de información sobre las opciones de tratamiento, así como facilitadores de participación en la toma de decisiones, el establecimiento de una relación sobre el reconocimiento de la autonomía, dignidad, confianza y respeto, en que la contribución del profesional y la del propio usuario/a siendo diferentes, sean ambas imprescindibles en el proceso del tratamiento. Es decir, desde su elección hasta su desarrollo y evaluación, lo que supone un reconocimiento mutuo y discriminado de autonomía y capacidad, que se aleja de concepciones de control alienante y pérdida de responsabilización por parte de los/as usuarios/as. Queremos decir con esto que sin ello se convierten en meros “receptores” pasivos de la actuación profesional.

Ello se une a que, en cualquier caso, las opciones de información/elección sobre los tratamientos al posible usuario/a y sus familias, brillan por su ausencia, por lo que queda sustraída la posibilidad de elección informada del usuario/a que presenta síntomas psicopatológicos y por tanto, queda anulada concretamente la opción de la psicoterapia.

Por otra parte en ocasiones se utiliza el término psicoterapia para describir acciones realizadas en los servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, seguramente acciones bien intencionadas pero que no cumplen los requisitos de rigor y cientificidad necesarios para ser calificadas como tal. Ej: se identifica una charla o una conversación del profesional con una persona como un tratamiento psicoterapéutico clínico-asistencial. Y de manera absolutamente mayoritaria en el Estado, las condiciones de tiempo/espacio necesarias para la prestación de la psicoterapia son tan limitadas, que resulta gravemente dificultada su realización, cuando no directamente imposibilitada.

Por todo ello, lamentablemente a fecha de hoy los datos en torno a la psicoterapia prestada en el territorio estatal, considerados estos globalmente, son escasos y frágiles, tanto en cantidad y/o calidad, cuando no inexistentes, salvo en algunas Comunidades Autónomas como Andalucía, el Principado de Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha o Navarra.

Incluso la formación continuada de los facultativos de los servicios de Salud Mental (competencia de las Comunidades Autónomas), cuenta con absoluta preponderancia de la psicofarmacología y las intervenciones biologicistas (aunque también existan importantes diferencias entre Comunidades Autónomas), mientras la carencia de líneas estables y coherentes de formación y actualización en psicoterapia es generalizada, con notables y escasas excepciones.

Además, en los servicios de Salud Mental las personas que tienen trastornos mentales y sus familias, continúan sin ocupar el lugar protagonista de primera línea que les correspondería. Posiblemente se trata de restos de modos de ejercer los prejuicios que corresponden a la estigmatización tras la caída de los muros de los hospitales psiquiátricos.

En nuestro país la conjunción de elementos tales como la existencia de una Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que incluye la psicoterapia como prestación común y básica -por tanto susceptible de ser prestación de 1ª opción o complementaria a otras en los tres niveles de Atención Sanitaria –Primaria, Secundaria y Terciaria-, el modelo de atención comunitaria con equipos interdisciplinarios ratificado en la Estrategia en Salud Mental de Sistema Nacional de Salud (2009-13, que actualiza la del 2006), la aplicación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* y la defensa de los derechos de las personas con trastorno mental, todo ello entrecruzado con la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, aceptado por el Congreso y el Senado, puede configurar un marco de cambios que consideramos imprescindible.

Esta Convención de las Naciones Unidas (2006) seguramente supone un punto de inflexión en la historia de la asistencia, particularmente de la discapacidad, pero no sólo.

Su importancia radica en que sienta como base un enfoque de derechos humanos, cuya principal consecuencia es considerar que los/as usuarios/as son titulares de derechos y no objeto de políticas asistenciales, muchas de las cuales (y/o ciertas prácticas profesionales enmarcadas en las mismas) conforman genuinos ejemplos de vulneración de derechos.

Plantea la necesidad de diseñar políticas orientadas a la efectiva realización de los derechos en el terreno clínico-asistencial con el objetivo principal de promover su autonomía.

Por otra parte, el RD 1030/2006 dejó aprobada la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, lo que ha supuesto sin duda una muy importante aportación en términos de Salud Pública y de homogeneización de derechos de los/as potenciales usuarios/as y las prestaciones en los servicios del SNS. Su publicación fue objeto de una generalizada valoración. En él se establece también el procedimiento para su actualización.

La Cartera de Servicios comunes que se establece en esta norma pretende garantizar tanto la equidad como la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, recogiendo los principios establecidos en la Constitución Española. La propia norma explicita que los servicios contenidos en dicha Cartera no tienen la consideración de mínimos, sino de básicos y comunes, es decir, los fundamentales y necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada,

integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, que queda obligado a su prestación.

Pues bien, la vigente Cartera de Servicios incorpora expresamente entre las prestaciones obligadas del Sistema Nacional de Salud la psicoterapia. Sin embargo, la psicoterapia científica, que la Cartera de Servicios venía a promulgar, que facilita el empoderamiento de los usuarios de Salud Mental sobre su propio proceso, no cuenta con el desarrollo e implantación que corresponde en los Servicios de Salud Mental y en general en el Sistema Nacional de Salud no está teniendo el desarrollo ni el nivel de ejecución que correspondería a su carácter de prestación básica y común de la Cartera de Servicios del SNS. Mientras, el consumo y el gasto en psicofármacos continúan su ascenso.

2. Propuestas

Por todo lo anterior, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) exponen que:

- Es imprescindible el ejercicio y aplicación de la psicoterapia científica, rigurosa y de calidad en los servicios de Salud Mental. En los tratamientos de Psicoterapia llevados a cabo por un profesional convenientemente cualificado y acreditado para ello, la participación directa de los/as potenciales usuarios/as en la relación y proceso terapéuticos les coloca como partícipes responsables de su proceso, en línea con la búsqueda tanto externa como interna de su autonomía y su desarrollo vital. Promueve la participación del usuario/a como protagonista en su proceso de cambio, que se sostiene en los propios recursos y capacidades sobre nuevas bases emocionales, relacionales, cognitivas y comportamentales que se desarrollan durante el proceso del tratamiento psicoterapéutico
- Es necesario que las personas tengan acceso real en los servicios de Salud Mental a la opción de la psicoterapia como tratamiento posible de primera elección ante trastornos mentales, así como complementario.
- Es obligado que los gestores sanitarios contemplen la obligada implantación de psicoterapia científica, rigurosa y de calidad como tratamiento de primera elección y complementario en los Servicios de Salud Mental, tanto ambulatorios, como hospitalarios y de rehabilitación.
- Es obligado que los gestores entiendan por psicoterapia lo que verdaderamente es: una opción clínico-asistencial que supone alta cualificación, cuya prestación debe contar con las debidas garantías de rigor científico y condiciones de aplicación, del rango que corresponde, no menor y equiparable al de cualquier

prestación de los profesionales sanitarios. Sólo la psicoterapia debe ser consignada como tal en los registros de actividad sanitaria.

- La Formación Continuada de los facultativos de los Servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud debe contemplar líneas estables y coherentes de formación y actualización en Psicoterapia. La persona que presenta trastorno mental debe poder ejercer el derecho a participar en la elección de tratamiento, entre ellos la psicoterapia y ser protagonista como corresponde en su proceso terapéutico, que debe ser concebido en el marco de su autonomía y como instrumento para su desarrollo personal. En este sentido, la psicoterapia cobra una dimensión de alta relevancia clínico-asistencial dentro del marco de los derechos de los pacientes.
- Es preciso abrir el abanico de prestaciones incorporando de manera significativa la psicoterapia de calidad, rigurosa y científica, en los servicios de Salud Mental y en los tres niveles de Atención, Primaria, Secundaria y Terciaria, lo que permitirá la necesaria disminución del consumo de psicofármacos y situar en 1ª línea de su propio proceso terapéutico a la persona, tal y como corresponde en los procesos de empoderamiento.
- El papel que otorgará a los/as usuarios/as de los servicios la participación en el proceso de elección y el protagonismo implicado en los tratamientos psicoterapéuticos durante el proceso de recuperación, invierte el proceso de autoestigmatización y dota a las personas de reconocimiento, lo que debería ser objetivo de todo proceso de atención en Salud Mental.
- La importancia de atender en los Servicios de Salud Mental las elecciones, experiencias, opiniones, relaciones significativas, discurso, etc. de las personas con trastorno mental, es central. A su vez, su percepción, valoración y vivencias de la atención y el trato que reciben deberían ser a su vez básicas para reorientar los servicios

La especial atención a los aspectos éticos en la intervención profesional en Salud Mental, que han de desarrollar prácticas que promuevan el desarrollo de derechos fundamentales de los/as usuarios/as impidiendo su vulneración, y que busque la equiparación de la atención al resto de pacientes del Sistema Nacional de Salud, debería ser resaltado como regla de los equipos profesionales y en la formación continuada de los mismos. Por tanto, el de la libre elección informada de la Psicoterapia como opción de tratamiento.

- Las familias cuidadoras de personas que tienen trastornos mentales con crisis recurrentes o crónicas cuentan frecuentemente con graves dificultades e incompreensión institucional, tanto en los servicios sanitarios como en su medio laboral y en el medio social, lo que se suma a la sobrecarga de los cuidados que realizan. Resulta necesario atender con programas específicos de cuidado a estos cuidadores.

Posiblemente nos encontramos en un momento en que podemos poner en marcha nuevas condiciones que promuevan un cambio epistemológico de la cultura asistencial en Salud Mental.

Hasta ahora las personas con problemas de salud mental y sus familias no han participado en la toma de decisiones cuando acuden a los servicios de salud mental del Sistema Nacional de Salud, como señala el Proyecto de Colaboración sobre Empoderamiento del Usuario de Salud Mental de la Oficina Regional para Europa de la OMS y de la Comisión Europea. Ni siquiera han podido solicitar un tratamiento de psicoterapia, cuando está recogido desde hace años en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.

A corregir todo ello comprometemos nuestro esfuerzo.

En Madrid a 8 de Enero de 2012

*Por la Federación Española de Asociaciones
de Psicoterapeutas (FEAP)*

Fdo: Begoña Olabarria González

*Por la Confederación Española De Agrupaciones de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)*

Fdo: José M^a Sánchez Monge