

LA REHABILITACIÓN EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS, EL ANALFABETISMO, LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y LA INCLUSIÓN SOCIAL UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

César Sotillo

Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y
de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Médico psiquiatra del INSM "HD-HN"

La Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948 adoptó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos "como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos"¹, estableciéndose de esta manera el compromiso de todos los estados integrantes a respetarlos y defenderlos sin distinción. Es en este mismo espíritu, que se estipula como derecho fundamental el derecho a la educación, y así vemos que en el Artículo 26 se especifica que "toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos" y que "La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz"¹. Esta declaración fue avalada y reglamentada en sus aspectos más generales por diversas convenciones internacionales, entre las que destacan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en donde

con la visión de alcanzar la total realización de este derecho, los Estados participantes en este pacto reconocen en el artículo 13 que: "(a) La educación primaria debe ser obligatoria y disponible gratuita para todos; (b) La educación secundaria en sus diferentes formas, incluyendo técnica y educación secundaria vocacional, debe ser hecha general y disponible y accesible para todos por todos los medios apropiados, y en particular por medio de la introducción progresiva de la educación gratuita; (c) La educación superior debe ser hecha accesible por igual para todos, sobre las bases de capacidad, por los medios apropiados, y en particular por medio de la introducción progresiva de la educación gratuita; (d) La educación fundamental debe ser animada o intensificada, tanto como sea posible, para aquellas personas quienes no han recibido o completado el período de su educación primaria; (e) El desarrollo de un sistema de escuelas a todos los niveles debe ser activamente perseguido, un adecuado sistema de compañerismo debe ser establecido, y las condiciones materiales del personal de enseñanza debe ser mejorado continuamente" , confirmando además el derecho de los padres a escoger la educación para sus hijos².

El derecho a la educación es pues, un derecho fundamental e indispensable para el crecimiento y desarrollo de los estados, y así ha sido entendido por los diferentes organismos internacionales, como son, entre otros, la Convención sobre los Derechos del Niño³, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos dentro del Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"⁴, el Protocolo a la Convención Europea para la Protección

La Rehabilitación en el Marco de los Derechos Humanos, el Analfabetismo, la Alfabetización en Salud Mental y la Inclusión Social

de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales⁵, la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos⁶, ratificando en todos ellos que la educación primaria debe ser obligatoria y gratuita enfatizando el hecho de que nadie puede negar a un niño la educación primaria. El Estado tiene la obligación de proteger este derecho de la intervención de terceras personas; existe una elección libre de educación sin interferencia por parte del Estado o de terceras personas; y las minorías tienen el derecho a ser enseñados en el idioma de su elección dentro de instituciones fuera del sistema oficial de la educación pública. La educación es, ambos, un derecho humano como tal y un medio indispensable de realización de otros derechos humanos y así la Comisión sobre Derechos Humanos, en uno de los reportes estipula que la realización del derecho a la educación es un prerrequisito para la erradicación de la pobreza y que es esencial para el ejercicio de todos los otros derechos humanos, derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales⁷. La Asamblea General de Naciones Unidas proclamó el 1° de enero de 1995 la Década de Naciones Unidas para la Educación de Derechos Humanos expresando su convicción de que la educación de derechos humanos debe constituir un proceso a largo plazo, por medio del cual las personas aprenden el respeto por la dignidad de otros.

El Plan de Acción para la Década contiene una definición comprensiva de educación de derechos humanos: "esfuerzos en entrenamiento, en difusión y en información dirigidos a la construcción de una cultura universal de derechos humanos por medio de impartir el conocimiento y habilidades y moldear actitudes". Estos esfuerzos son dirigidos a "fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales; el total desarrollo de la personalidad humana y el sentido de su dignidad; la promoción del entendimiento, la tolerancia, la igualdad de género, y la amistad entre todas las naciones, personas indígenas, grupos raciales, nacionales, étnicos, religiosos y lingüísticos; facilitando a todas las personas a participar efectivamente dentro de una sociedad libre; y la promoción de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz"⁸. Los objetivos generales de la década son los siguientes: evaluar las necesidades y formular

estrategias efectivas para el conocimiento de la educación de los derechos humanos, tanto en el aprendizaje formal como en el informal; construir y fortalecer programas y capacidades para la educación de derechos humanos a niveles internacional, regional, nacional y local; desarrollar materiales de educación de derechos humanos; fortalecer el papel y la capacidad de los medios de comunicación para promover la educación de los derechos humanos; y distribuir la Declaración Universal de los Derechos Humanos dentro del número máximo posible de idiomas, y dentro de otras formas apropiadas para varios niveles de literatura y para el discapacitado⁸.

Este derecho a la Educación como derecho fundamental extendido hacia la educación en derechos humanos, nos brinda el marco para una educación inclusiva y es dentro de este sistema, que la Organización de las Naciones para la Educación (UNESCO) tiene una responsabilidad primaria. En concordancia con su mandato, la UNESCO da prioridad a la implementación del derecho a la educación y, en particular, la educación básica para niñas y niños. La organización ha adoptado un conjunto de marcos legales que aseguran el disfrute del derecho a la educación para cada uno. Dentro de ellos, está la Convención en contra de la Discriminación en la esfera de la Enseñanza (1960), dirigido a asegurar el acceso a la educación para todos, incluyendo personas pertenecientes a grupos vulnerables⁹.

Es así que el 23 de abril de 1992, fue proclamada La Década Asiática y Del Pacífico de Personas Discapacitadas por la Comisión Económica y Social de Asia y del Pacífico (ESCAP), y aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1992. La Década proveyó la oportunidad, para 56 países y áreas de la región de ESCAP, de consolidar los esfuerzos iniciados por la anterior Década de las Naciones Unidas para Personas Discapacitadas (1983-92) a través de efectivas nuevas políticas de iniciativas y acciones a niveles nacional, subregional y regional que proveen un contexto para reforzar la cooperación técnica entre los países desarrollados, así como entre las regiones en desarrollo y países desarrollados, en la resolución de problemas claves que afectan las vidas de las personas con discapacidades,

especialmente en los campos de rehabilitación, educación y empleo⁹. La Agenda de Acción elaborada para este fin, establece las categorías políticas incluyendo: coordinación nacional; legislación; información; conciencia pública; accesibilidad y comunicación; educación; capacitación y empleo; prevención de causas de discapacidad; servicios de rehabilitación; aparatos de ayuda; y organizaciones de autoayuda, con reportes bienales a la Comisión a lo largo de la Década. En mayo del 2002, ESCAP puso en curso una iniciativa para proclamar una segunda Década⁹.

Por lo general, se dice que analfabeto es aquel que no sabe leer ni escribir. Pero en los últimos años ha surgido el término analfabetismo funcional. Con éste término se denomina a las personas que, si bien leen y escriben, no tienen el dominio suficiente para emplear estos conocimientos en los requerimientos de la vida diaria. Por ejemplo, el saber deletrear una oración no garantiza la comprensión de un simple artículo de un periódico. Y saber escribir oraciones cortas tampoco es garantía de poder escribir una carta o un relato simple.

Tomando en cuenta el analfabetismo funcional, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, OECD en inglés) emplea una definición más ambiciosa del analfabetismo. Según la OCDE, una persona es alfabeto o letrada cuando puede leer, comprender y redactar un texto simple sobre su propia vida diaria¹⁰.

La misma OCDE conduce, desde hace algunos años y a nivel internacional, programas para medir la calidad de educación. Este test, llamado PISA (Programme for International Student Assessment), incluyó al Perú en el 2001. Arrojó que el 54% de los alumnos peruanos eran analfabetos funcionales, pues no lograban comprender el sentido elemental de los textos que leían¹⁰.

Entendemos que en la actualidad alfabetizar es construir en forma grupal a partir de creencias, experiencias, habilidades, destrezas y talentos el conocimiento e información, que se plasma en herramientas básicas de interés para su desarrollo humano y rehabilitación. Estos instrumentos básicos, como son la lectura, la

escritura, el cálculo y la incorporación y rescate de valores para la convivencia humana dentro del marco del respeto mutuo van a permitir al iletrado acceder a los adelantos tecnológicos de la rehabilitación y por ende, mejorar la calidad de vida de los y las participantes en los programas de alfabetización.

En la Quinta Conferencia Mundial de la OMS de la Promoción de la Salud se señaló que la alfabetización de la salud no es sólo una característica personal, sino también un factor determinante de la salud de la población¹¹.

La inequidad en la salud de las diversas poblaciones es un término genérico usado para designar diferencias o variaciones en el pronóstico de la salud entre los diversos grupos poblacionales. Algunas inequidades en la salud reflejan variaciones aleatorias (p. ej. causas inexplicables), mientras que otras resultan de la dotación biológica individual, las consecuencias de decisiones personales, organización social, oportunidades económicas o facilidad de acceso a centros de salud. Las inequidades en la salud usualmente se refieren a las diferencias en el pronóstico de la salud entre los diversos grupos de población, en desmedro de las poblaciones vulnerables y que generalmente producen un clima de injusticia social¹².

¿Cuáles son las poblaciones vulnerables? Estamos hablando de los grupos indígenas, las personas que viven en comunidades distantes y pobres, personas que viven en la pobreza en general, los inmigrantes, los trabajadores temporales, los refugiados, personas con divergencias en su orientación sexual, personas sin vivienda o con viviendas precarias, personas iletradas o sin educación y las personas con discapacidades dentro de las que incluimos los discapacitados mentales. Es discapacitada una persona que adolece de un trastorno permanente o recurrente sea físico, del desarrollo, sensorial, mental o del aprendizaje y que se encuentra en desventaja debido a tal impedimento. En líneas generales, las personas con una discapacidad tienen una expectativa de vida reducida, una mayor prevalencia de alteraciones severas en su salud, una morbilidad y mortalidad mayores que la población general^{13,14}. Además, los problemas mentales son más frecuentes en personas con cualquier tipo de discapacidad¹⁵.

La Rehabilitación en el Marco de los Derechos Humanos, el Analfabetismo, la Alfabetización en Salud Mental y la Inclusión Social

Por otro lado, la salud de una población se ve influida por muchos factores incluyendo la edad, los riesgos hereditarios, estilo de vida, redes sociales y comunitarias, condiciones de vida, condiciones de trabajo, acceso a la atención de salud etc., pero, es determinante la cantidad de recursos físicos, sociales y personales que tenga para identificar y lograr sus aspiraciones personales, satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente¹⁶. Los determinantes de la salud pueden ser agrupados en siete amplias categorías: ambiente socio económico, ambiente físico, desarrollo de la adultez temprana, prácticas personales en materia de salud, capacidad individual para manejar con éxito destrezas, sustrato biológico y genético, y existencia de servicios de salud¹⁷. Dentro de los determinantes, existen los estructurales que estratifican a las personas y grupos en clases sociales con el consecuente resultado de una inequidad en la distribución de los recursos para vivir. Estos determinantes estructurales son: Educación, condiciones laborales, desarrollo infantil, condición étnica o aborígen, exclusión social, género y redes sociales seguras.

En las últimas décadas, en el campo de la prevención de la salud se han venido desarrollando ciertos conceptos fundamentales para que las personas tengan éxito en el manejo de su propia salud. Ello requiere un rango de destrezas y conocimientos acerca de la salud y de su cuidado incluyendo el hallar información idónea, el entendimiento, la interpretación de las comunicaciones sobre aspectos de la salud, la búsqueda de una apropiada atención y saber tomar decisiones trascendentales sobre su salud¹⁸.

Helen Osborne manifiesta que la educación en salud es de por sí un factor en el cuidado de la salud y que los clínicos deben estar alertas de que el analfabetismo es un problema en algunos pacientes y sugiere que la acción tiene que ser tomada sobre una base organizacional más que individual¹⁹. Hay estudios que demuestran que cerca de la mitad de la población de los Estados Unidos de Norteamérica, tienen dificultad en leer el material médico escrito de manera que se pregunta ¿por qué no escribir el material en forma más clara y simple? Además ¿qué hay de la persona que ha mostrado una dificultad en la

compresión para leer? ¿Hay acceso a programas de alfabetización? Los autores escriben que "Una vez identificados los problemas de analfabetismo, los pacientes deben recibir información adecuada a su nivel educacional". Esto sugiere que tienen que agregarse herramientas accesibles a la información escrita como dibujos, modelos de demostración, videos y audios. Es también parte de la tecnología proveer métodos cibernéticos tales como pantallas interactivas. Sin embargo, al buscar soluciones a los problemas de analfabetismo en el cuidado de la salud, es necesario tanto una aproximación administrativa como clínica. Se requiere enseñar a los profesionales de salud destreza que les permitan una comunicación clara y simple con sus pacientes, tanto verbales como escritas y elaborar sistemas que permitan mantener tales destrezas. Es pues importante comunicarse de tal forma que el público usuario de nuestros servicios nos entienda y es en este sentido que tenemos que estar permanentemente alertas¹⁹.

El bajo nivel educativo es un problema mucho más grande de lo que muchos clínicos se imaginan. De acuerdo a las estimaciones nacionales norteamericanas, el 21 al 23% de todos los adultos en los Estados Unidos de Norteamérica carecen de las destrezas educativas básicas para funcionar independientemente en la sociedad²⁰. Muchos no pueden leer una anotación de cita, una prescripción o un termómetro. Pero aun así, muchos profesionales de la salud asumen que sus pacientes pueden leer y entender una variedad de material y directivas de salud. Muchos efectos de interacciones entre medicamentos, errores en la medicación o pérdidas de citas son el resultado de que el paciente no puede leer bien. Desafortunadamente los proveedores de salud podrían atribuir estos eventos a una desconfianza deliberada más que a un malentendido de la palabra escrita. Los clínicos pasan por alto los problemas de analfabetismo por diversas razones. Primero, ellos asumen que los pacientes leen adecuadamente y por tanto nunca evalúan sus destrezas educativas. Segundo, ellos asumen que el último grado escolar del paciente refleja con precisión su habilidad lectora. Tercero, la mayoría de pacientes con bajo nivel educativo se describe a sí mismo como un buen lector y escritor del idioma, sin embargo tal estimación

es bastante irreal²⁰. El primer paso para abordar este problema es reconocer que existe. Nosotros creemos que el clínico debe evaluar de manera rutinaria las habilidades educacionales de sus pacientes. En Estados Unidos existe un dispositivo de detección denominado Estimación Rápida de la Alfabetización de Adultos en Medicina (REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) que permite conocer el nivel de lectura, rápido y fácilmente. Una vez identificado el nivel educacional del paciente, él debe recibir la información escrita acorde y ayuda adicional si lo requiriera²⁰.

Particularmente en la salud mental se ha comenzado a dar mayor énfasis y sustento a la necesidad de alfabetización. Este campo, ha sido definido como la adquisición de los conocimientos, creencias y habilidades que puedan permitir a una persona reconocer, manejar o prevenir el desarrollo de problemas de salud mental. El término “alfabetización en salud mental” fue introducido por primera vez en Australia por Anthony Jorm y deriva del término educación para la salud que originariamente significaba la capacidad funcional de las personas para acceder y utilizar información sobre salud²¹. En años recientes esta definición se ha ampliado e incluye el desarrollo de cada vez crecientes destrezas complejas tanto sociales como cognitivas en relación con el empoderamiento personal y colectivo para la promoción de la salud. Reforzar el conocimiento en salud mental parecería que conlleva una serie de beneficios: prevención, temprano reconocimiento e intervención y reducción del estigma asociado con la enfermedad mental²².

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas, entendidas como alteraciones mentales de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, que han de ser atendidas con diversos recursos asistenciales de la red de atención sanitaria y social, como los disponibles para atender a personas con esquizofrenia u otras psicosis, quienes presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta también otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad²³. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas.

En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de estas personas. Más aún, en personas con adicciones a drogas y alcohol, el bajo nivel educativo está asociado con mayor gravedad sintomática. En este sentido, los mecanismos que subyacen en esta relación entre analfabetismo y mal pronóstico en salud mental tienen que ser estudiados con el fin de establecer futuros programas de intervención²⁴.

Recientemente los investigadores han sugerido que la educación en salud mental no es una dimensión única sino que más bien representa los conocimientos y creencias acerca de los desórdenes de salud mental que emergen de sistemas de creencias previamente existentes en el individuo. La alfabetización en salud mental representa una nueva área de investigación. Comparado con la educación en salud, los investigadores y políticos aún no han articulado un modelo comprensivo que organice la alfabetización en salud mental alrededor de una gradiente en la evolución de las destrezas y capacidades que construyan el empoderamiento de la salud mental. Hay trabajos recientes en este campo realizado en Australia como la campaña Beyondblue (más allá de la tristeza), donde se muestra la eficacia de adoptar una iniciativa de enfoque multinivel a través de varios dominios. Los recursos de internet tales como “moodgym” (gimnasio del estado del ánimo), “blue pages” (páginas tristes) y “paquete de primeros auxilios en salud mental para la comunidad” ofrecen esperanzas de un tratamiento accesible²⁵. Pero estas estrategias se mantienen fuera del alcance de muchos miembros de la comunidad, debido a sus lazos con otras culturas. Los recursos que se requieren para ser alfabeto en computación, tener acceso a internet y ser competentes en el idioma oficial (inglés en caso de Australia) hace que queden fuera de estas facilidades muchos grupos vulnerables, especialmente los indígenas²⁶.

La Rehabilitación en el Marco de los Derechos Humanos, el Analfabetismo, la Alfabetización en Salud Mental y la Inclusión Social

Nos enfrentamos pues a pruebas de que la alfabetización es crítica pero es pasada por alto en la evaluación y tratamiento de personas con desórdenes mentales. Finalmente, el bajo nivel educativo puede no ser reconocido en los equipos de salud mental debido a la sorprendente falta de investigación empírica en esta área.

El término rehabilitación implica llevar a un ser humano que ha sufrido o sufre un evento devastador en su salud de un estado de deterioro y minusvalía a un estilo de vida donde desarrolle a plenitud todos sus recursos personales y disminuya sus carencias o las circunscriba de tal manera que le permitan mantener una calidad de vida digna. Saraceno²⁷ define la rehabilitación como "el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo para su recuperación".

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos dentro del Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1988), en su artículo 10, párrafo 1, declara que: "Cada uno debe tener el derecho a la salud, entendido esto como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

Además, están establecidas normas relacionadas a grupos específicos dentro de otros instrumentos, como los Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y el Mejoramiento del Cuidado de la Salud Mental. El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó en el 2000 el Comentario General número 14 sobre el derecho a obtener el más alto estándar de salud, en el cual declara que este derecho está muy relacionado y es dependiente de la realización de otros derechos humanos, incluyendo el derecho a una alimentación adecuada, a una habitación adecuada, al trabajo, a la educación, a la vida, a la no-discriminación, a la libertad de asociación, la libertad de reunión pacífica, la libertad a no ser sujeto de tortura y de tratamiento cruel, inhumano o degradante, la libertad de no interferencia arbitraria con la privacidad y la libertad de buscar, recibir e impartir información.

En su sesión de 1989, la Comisión sobre Derechos Humanos reafirmó el derecho a disfrutar del más alto estándar en salud física y mental y a que todos los derechos humanos se apliquen a todos los pacientes sin excepción alguna y esto se ratificó en el 2002.

Dentro del sistema de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es primariamente responsable por la preparación y supervisión de las medidas internacionales relacionadas con el derecho a la salud y en el preámbulo de su Constitución estipula que "el disfrute del más alto estándar que se pueda alcanzar en salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de condiciones de raza, religión, creencia política, económica y social". La definición de OMS de salud incluye "bienestar físico, mental y social".

De acuerdo a estos mandatos la rehabilitación psicosocial integral es necesario concebirla como la integración del enfermo mental crónico a su sociedad, allí se tiene que facilitar que vuelva donde "siempre ha estado hasta antes de la crisis", y de donde muchos quizás "no deberían haber salido" y donde "siguen los suyos y lo suyo". No sólo hay que "facilitar" que vuelva y lo reciban, sino que hay que "acogerlo" y hacerlo "participar de todo y con todos" para que "se establezca y mantenga" logrando tener "las mismas oportunidades para integrarse" como y con cualquier ser humano de su sociedad, es decir, "con nosotros y donde nosotros".

Concebida así, la rehabilitación social integral constituye la base de la prevención terciaria en salud mental y el desafío principal para la plena integración en el sistema socio-sanitario globalizado. La rehabilitación psicosocial integral está basada en un modelo amplio y flexible de salud mental con una comprensión más psicosocial de la enfermedad.

El progreso hacia una genuina reforma en la salud mental no ocurrirá hasta que las comunidades entiendan que las experiencias de las personas que viven con o son afectadas por desórdenes mentales tienen que ser mejoradas plenamente, es decir en todas las dimensiones de su diario vivir.

La sensibilización de la comunidad tiene que incluir una comprensión sobre la naturaleza de las enfermedades mentales, su tratamiento y recuperación²¹.

Tanto los pacientes iletrados con desórdenes mentales crónicos como sus familiares están en su mayoría inmersos en los grupos poblacionales denominados de pobreza extrema.

Las políticas de salud, en relación con la salud mental, están enmarcadas dentro de los Principios para la Protección de Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento del Cuidado de la Enfermedad Mental (NU). El 17 de diciembre de 1991 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó estos principios. Ellos definieron las libertades fundamentales y los derechos básicos de personas con desórdenes mentales tales como el derecho a vivir dentro de la comunidad (principio 3), los medios para identificar el desorden mental (principio 4), el consentimiento al tratamiento (principio 11), facilidades en la admisión al centro de atención (principio 15), medicación y tratamiento (principios 9 y 10), derechos y condiciones de las instituciones de cuidado de la salud mental (principio 13) y procedimientos de protección a la persona con desorden mental principio 18)²⁸.

Los Principios tienen la intención de servir, entre otras cosas, como una guía a los Gobiernos, agencias especializadas, organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales y no-gubernamentales, e individuos, y estimular el esfuerzo de superar dificultades económicas y otras prácticas que afectan la aplicación de normas para la protección de las libertades fundamentales y los derechos humanos y legales de las personas con enfermedad mental²⁰.

Es también importante que los servicios sean desarrollados para satisfacer las necesidades de salud teniendo en cuenta los aspectos culturales de los diferentes grupos²³.

Por último, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Temática "Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Health and Well-Being" ("Promoviendo la inclusión social y la lucha contra el estigma para una mejor salud y bienestar") realizada en Estados Unidos de Norteamérica, en primer

lugar, es necesario considerar los determinantes sociales de inequidad y en segundo lugar, las medidas que provean el soporte necesario a las personas con enfermedades mentales para prevenir su estigmatización y exclusión social²⁹.

Referencias

- 1 ONU. Resolución 217 A (III): Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General 10 de diciembre de 1948.
- 2 CESCR Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 3 de Enero de 1976. Disponible en: www2.ohchr.org/spanish/law/ceschr.htm. Acceso: 2012.
- 3 ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. Disponible en www.unicef.org/peru/spanish/convencion_sobre_los_derechos_del_niño_final.pdf. Acceso: 2012
- 4 OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador). 1988. Disponible en www.oas.org/juridicos/spanish/tratados/a-52.html Acceso: 2012
- 5 Convención Europea de Derechos Humanos. Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales. 1950. Disponible en <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=005&CM=7&DF=05/06/2012&CL=ENG> Acceso: 2012
- 6 Organización para la Unidad Africana OUA. Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos. 1986. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297> Acceso: 2012
- 7 UN-Economics and Social Council. Proposals for a multi-year programme of work
- 8 ONU/Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Decenio de las Naciones Unidas para la educación en la esfera de los derechos humanos. 2004. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/issues/education/training/decenio.htm>. Consultado en 2012
- 9 UNESCO. 50 años de lucha contra la discriminación en la enseñanza. 2010. Disponible en http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/right-to-education/single-view/news/50_years_of_combating_discrimination_in_education/ Consultado en 2012.
- 10 OECD. Informe PISA 2009: Lo que los estudiantes saben y pueden hacer: rendimiento de los estudiantes en lectura, matemáticas y ciencias. Ed. Santillana. España. 2009. doi: 10.1787/9789264174900-es

La Rehabilitación en el Marco de los Derechos Humanos, el Analfabetismo, la Alfabetización en Salud Mental y la Inclusión Social

- 11 WHO. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de Junio 2000. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf. Acceso: 2012.
- 12 Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*. 1994;15:487-509.
- 13 Kerr M. Improving the general health of people with disabilities. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004; 10:200-206.
- 14 Bittles A, Petterson B, Sullivan S, Hussain R, Glasson E, Montgomery P. The influence of intellectual disability on life expectancy. *Journal of Gerontology and Biological Science/Medicine*. 2002. 57:M470-472.
- 15 Ailey SH. Beyond the disability: recognizing mental health issues among persons with intellectual and developmental disabilities. *Nursing Clinics of North America*. 2003;38(20), 313-29.
- 16 Raphael D. Introduction to the social determinants of health. In *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 2008. pp. 2-19. (2nd ed.). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- 17 Nutbeam D. Health promotion glossary. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Division of Health Promotion, Education & Communications. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_pdf. 1998. Acceso: 2012
- 18 Keleher H, Hagger V. Health Literacy in Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health*. August 2007; 13 (2).
- 19 Osborne H. Dealing with illiteracy. *Letter. American Psychiatric Association. Psychiatr Serv*. June 1998;49:835.
- 20 Glenn D, Richard C, Christensen R. Literacy and Mental Health Care. *American Psychiatric Association. Psychiatr Serv*. 1998 Jan; 49:7.
- 21 Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA*. 1997;166: 182.
- 22 Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. National Integrated Framework for Enhancing Mental Health Literacy in Canada. Final Report. July 2008. Disponible en <http://camimh.ca/key-reports/mental-health-literacy/> Acceso: 2012
- 23 Liberman RP. La Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Ed. Martínez Roca. 1993.
- 24 Lincoln A, Paasche M, Cheng D, Lloyd C, Caruso C, Saitz R et al. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction, *J Gen Intern Med*. 2006 August; 21(8): 818-822.
- 25 Primary Health Care Reform in Australia - Report to Support Australia's First National Primary Health Care Strategy, Australian Government Department of health and ageing Aug-2009.
- 26 Nagel T. Indigenous women of the Top End, Remote mental health, women's mental health. *Summer 2005; 7(4): 23-25*.
- 27 Saraceno B, Montero F. La rehabilitación entre modelos y práctica. En "Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación española de Neuropsiquiatría. 1993.
- 28 OEA/Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Relatoria sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas: Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental. 2004. Cuadernos de Promoción de la Salud N°8.
- 29 Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Thematic European Commission and Portuguese Ministry of Health. Thematic Conference. 8th, 9th November, 2010. Lisbon. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf. Acceso: 05 de setiembre del 2013.