

M^a Del Mar Guirado Ruiz

**DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS
ENFERMOS MENTALES**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Blanca Deusdad Ayala

Grau de Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

INDICE

	Pág.
A. MOTIVACIÓN.....	2
B. DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES: EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	6
3. LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CONTEXTO DE CATALUNYA.....	11
4. DE LA TORRE DE LOS ENFERMOS A LA CASA DE LOS IGUALES.....	14
5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	20
6. BIBLIOGRAFÍA.....	23
C. JUSTIFICACIÓN REVISTA.....	27

A. MOTIVACIÓN

Las experiencias desafortunadas vividas durante la infancia y los conocimientos que fui adquiriendo a lo largo del grado hicieron que sintiera mucha curiosidad e interés por el campo de la salud mental.

Inicialmente para conocer más este ámbito y saber cuál es el papel de un Trabajador Social y que funciones ejerce, escogí hacer prácticas dentro de este ámbito con la intención de empezar a resolver algunas dudas, pero me pareció tan interesante que tuve muy claro que el trabajo de final de grado quería hacerlo de algo relacionado con salud mental, y fue la tutora Blanca Deusdad quien me ayudó finalmente a concretar un poco más el tema.

En muchas ocasiones me ha resultado difícil comprender por qué algunas personas que padecen una enfermedad mental grave han reaccionado o se han comportado en algunas situaciones de forma diferente a como yo hubiera reaccionado, y quizás por eso en algún momento de mi vida sentí un poco de desconfianza e inseguridad hacia estas personas.

Entonces comprendí que la inseguridad que me proporcionaban era por la falta de conocimientos que yo tenía respecto a las enfermedades que padecen, y esto fue lo que me llevó a redactar un trabajo sobre la salud mental, para conocer mucho mejor el ámbito y ponerme en el lugar de estas personas.

Por otro lado también escogí este tema porque me resultó muy interesante conocer que métodos o tratamientos se habían utilizado anteriormente para tratar las enfermedades mentales y los tipos de tratamientos que se utilizan ahora y el porqué de tanta evolución. Yo tenía un concepto de hospital psiquiátrico muy antiguo donde los pacientes no tenían derechos, puertas con ventanas pequeñas, pacientes vestidos iguales... y pensaba que actualmente todavía seguían existiendo ese tipo de lugares con el mismo funcionamiento de años atrás, pero gracias a este trabajo comprendí que los métodos para tratar estas enfermedades son muy diferentes a las anteriores.

B. De la institucionalización a la desinstitucionalización de los enfermos mentales

RESUMEN

La desinstitucionalización es un concepto que llegó a España a lo largo de los años 80 a través de la Reforma Psiquiátrica con la intención de cerrar todos los manicomios (Desviat, 2011; Sánchez 2011). Por desinstitucionalización entendemos un proceso que pasa de mantener a las personas que padecen una enfermedad mental en hospitales psiquiátricos a darles una atención digna e integrada en la sociedad a través de modelos teóricos basados en mejorar la calidad de vida. La intencionalidad de este artículo científico es abordar el proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales a través de la *entidad tutelar*, concepto que forma parte de la terapia comunitaria actual. El estudio bibliográfico sobre el tema permitió identificar algunas cuestiones iniciales: ¿Qué alternativas en salud mental existen actualmente para hacer frente a la problemática de la institucionalización? Los resultados demuestran que, la entidad tutelar en salud mental incide de forma positiva en la problemática de la institucionalización y que los enfermos mentales mejoran su calidad de vida gracias a la entidad tutelar.

La metodología utilizada se ha basado en la observación participante, entrevistas a pacientes del ámbito y la búsqueda de documentación relacionada con el tema.

PALABRAS CLAVES

Salud mental, institucionalización, desinstitucionalización, reforma psiquiátrica, entidades tutelares.

ABSTRACT

Deinstitutionalization is a concept that came to Spain along the 80 through the psychiatric reform intended to close all asylums (Desviat, 2011; Sánchez 2011). By deinstitutionalization understand a process that happens to keep people with mental illness in psychiatric hospitals to give them a decent and integrated into society care through theoretical models based on improving the quality of life. The intent of this

scientific paper is to address the process of deinstitutionalization of the mentally ill through the tutelary concept that is part of the current community therapy entity. The literature review on the topic identified some initial questions: What alternative mental health currently exist to address the problem of institutionalization? The results show how the entity foster mental health impacts positively on the issue of institutionalization and what mental patients improve their quality of life thanks to the supervisory body.

The methodology used was based on participant observation, interviews with patients and search field documentation related to the topic.

KEY WORDS

Mental health, institutionalization, deinstitutionalization, psychiatric reform, tutelary entities.

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es declarada en 2005 como una prioridad fundamental en el interior de la Unión Europea (Declaración de Helsinki, enero de 2005), los estados miembros reconocen la salud mental como un aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida. La Declaración hace hincapié en el respeto de los derechos humanos y en la implementación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria.

Los trastornos mentales y las adicciones son un problema de salud con una carga sanitaria, social y económica muy elevada y creciente en los últimos años en la mayoría de países. Según la Organización Mundial de la Salud, 2 de cada 5 casos de incapacidad en el mundo son por trastornos mentales, los cuales también originan hasta uno de cada tres del total de los contactos con los servicios de salud, tanto en países desarrollados como no desarrollados. A lo largo de la vida, 1 de cada 4 personas, niños y adultos, presentarán síntomas susceptibles de ser diagnosticados como trastorno mental (Observatori del Sistema de salut de Catalunya, 2012).

Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la sexta causa de muerte en España con un total de 17.145 del total del número de defunciones, siendo en porcentaje un 4,3 %. En las mujeres este porcentaje es mucho más elevado (47,8 %) en comparación con los hombres (25,3 %). (INE 2012).

En España según cifras del Instituto Nacional de Estadística es importante destacar que, aunque las enfermedades mentales no sean la primera causa de estancias prolongadas en hospitales, sí que destaca el elevado número de estancias hospitalarias con un 9,5 % en comparación con el número total de altas que solo tiene un porcentaje del 2.5 %. (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2013).

A través del informe evolutivo sobre los trastornos y enfermedades mentales realizado por el INE se observa que el número de altas aumenta en el año 2012 (65.664 número total) en comparación con los años anteriores (año 2000 presenta un total de 50.981), es decir, se observa una evolución progresiva del número de altas, posiblemente gracias al nuevo modelo comunitario que rechaza la idea de que los usuarios con enfermedad mental permanezcan durante un largo periodo internos en instituciones.

La atención a los enfermos mentales ha constituido históricamente una preocupación en los distintos países, no solo a nivel sanitario, sino también a nivel social, familiar y profesional. Desde la segunda mitad del siglo XX, esta preocupación se ha manifestado en un gran esfuerzo por modificar y superar las antiguas estructuras manicomiales, auténticas subculturas desarrolladas tras los muros de las instituciones, dando lugar a organizaciones complejas aisladas de la sociedad y denominadas por Erving Goffman (1992) como “instituciones totales”. A través de la Reforma Psiquiátrica que se inició en España gracias a La Ley de Sanidad de 1986, se inicia un nuevo modelo que critica el modelo de internamiento anterior y se centra en una intervención de ámbito comunitario.

Este proceso de desinstitucionalización de personas que padecen una enfermedad mental es de gran importancia ya que es un tema que afecta a gran parte de la sociedad. El nuevo modelo de atención en la comunidad se basa fundamentalmente en la máxima integración social de este colectivo, pero esto no quiere decir que la integración social de personas con enfermedad mental solo se determine por la calidad de las instituciones destinadas a ello. La integración debe manifestarse en el día a día de estas personas y para ello es importante que la sociedad en la que nos encontramos también colabore evitando el mantenimiento de barreras físicas y psicológicas que discriminan y excluyen a las personas con enfermedad mental.

En definitiva el conjunto de la sociedad debe involucrarse en la problemática de la enfermedad mental. La integración social de las personas que padecen enfermedad mental es cosa de todos.

Este artículo científico pretende explicar el proceso de desinstitucionalización de las personas que padecen una enfermedad mental, para ello inicialmente se contextualiza el concepto de institucionalización con las teorías de autores conocidos como Goffman (1992) y Foucault (1997), entre otros. Seguidamente, se explica la desinstitucionalización desde las entidades tutelares y como se constituyen en el contexto de Catalunya. Finalmente para contrastar la información se realizan entrevistas a personas que padecen una enfermedad mental, que actualmente se encuentran incapacitados judicialmente, es decir, que tienen una tutela como forma de protección jurídica.

2. DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES: EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Para comenzar este artículo considero que es importante definir el concepto de “salud mental”, es decir, que se entiende cuando nos referimos a salud o a enfermedad mental.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) elabora la siguiente definición: La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Es decir, la salud mental es un estado positivo que gracias a este la persona es responsable, consciente de sí misma, capaz de dirigir sus actuaciones, razonablemente libre de preocupaciones y capaz de afrontar las tensiones habituales de la vida diaria.

A partir de esta definición es necesario añadir que la “salud mental” y la “enfermedad mental” no son solo conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un desorden mental reconocido como bien dice la OMS, no indica necesariamente que se goce de salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no constituye siempre y necesariamente un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

Por otro lado, la salud mental es un concepto que presenta dificultades a la hora de definirla, ya que las diferentes evaluaciones de los síntomas y los procesos cognitivos, afectivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (Carballeda y Barberena, 1998). Es decir, el que una persona sea considerada enferma, no sólo depende de alteraciones de su enfermedad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de actuaciones. Esto demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de salud mental, así en todas las sociedades se realiza una diferencia entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de forma distinta según el contexto social en el que se realiza.

Alvaro, J.L (1992) diferencia cuatro fases en relación al desarrollo socio-histórico de las representaciones populares de la enfermedad mental: “La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; La segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; La tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos.”. Con esta referencia quiero remarcar que lo social tiene importantes influencias en el campo de la salud mental. Actualmente, gracias a la Asociación Estadounidense de la Psiquiatría, aunque los criterios para diagnosticar una enfermedad varíen, se ha logrado un punto de referencia básico conocido como manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de Mayo de 2013.

Las enfermedades mentales han sido de gran interés a lo largo de la historia, de manera que el contexto social de cada época ha condicionado la existencia de diversas formas para tratar esta problemática, una de ellas es el internamiento y los procesos de institucionalización.

Como explica Foucault (1997), la práctica del internamiento ha sido común en toda Europa des de la Edad Media, aunque no estuvo limitada exclusivamente a la locura, el internamiento también iba dirigido a pobres, marginados, desocupados y delincuentes, entre otros. Es especialmente a mediados del s.XVII y durante todo el s.XVIII, cuando

se origina esta práctica del internamiento persistiendo casi a finales del s.XX. Foucault (1997) reconoce este periodo como “el gran encierro”. Durante esta época de internamiento los internados se concebían como alteradores del orden social y eran encerrados simplemente por mecanismos de control social y no con fines médicos.

Durante el s.XVIII los trastornos mentales eran entendidos como el alejamiento voluntario de la razón que debía de ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Este proceso ha de entenderse como una vida institucionalizada para los enfermos mentales de la época. Goffman (1992) entiende la institucionalización como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”, como he mencionado anteriormente, lugares conocidos como “instituciones totales”.

Entonces por institucionalización podemos entender un proceso en el que los internos se vuelven totalmente dependientes a las instituciones, aceptando las normas implantadas y la forma de vida dentro de estas. Los internos se sienten totalmente aislados de la sociedad i comparten una rutina diaria, administrada formalmente. En estas instituciones los individuos realizan todos los aspectos de la vida en un mismo lugar, realizan actividades programadas todos juntos de manera obligatoria sin poder disfrutar de un derecho básico como es el derecho a la intimidad. En otras palabras, las instituciones psiquiátricas, son lugares absorbentes simbolizadas con obstáculos (muros, pabellones, celdas, puertas cerradas, etc.) que se oponen al contacto e interacción de los internos con la sociedad, haciéndoles sentir inferiores, débiles y controlados en todo momento.

Con relación a esto Galende (1994) cita (citado en Amico, 2004):

“El manicomio fue desde el comienzo la torre de los pobres, el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad; Se trata de practicar el ideal del orden por medio de la segregación de la marginalidad, el control y la disciplina. El manicomio marca el límite interior-exterior. El muro restablece la polaridad de los espacios públicos y privados”.

Por lo tanto como he explicado anteriormente el objetivo de los establecimientos manicomiales fue dar un lugar definido de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad, para limpiar la ciudad, aunque ello supusiera la negación de los derechos

individuales de los internos, la estigmatización y la aplicación de formas de represión inadecuadas supuestamente para la “curación” de los pacientes con enfermedad mental, evitando planteamientos de inserción y atención dentro de la comunidad.

Un concepto que se ubica en este proceso de institucionalización, y que actualmente sigue siendo una importante barrera para la integración social de los enfermos mentales, es el de *estigma*. Goffman (2008) lo define como una marca, una señal, un atributo deshonoroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien manchado. En casos más extremos de estigma estas personas son excluidas de la sociedad, de la vida social y además producen una serie de emociones negativas en el resto de la sociedad, como miedo u odio.

Goffman (2008) explica que el medio social es el encargado de establecer categorías de las personas que se encuentran en esta. Esto quiere decir, que cuando un individuo reconoce a otro, reúne unas primeras apariencias que permiten prever en que categoría se encuentra y que atributos tiene. Estos atributos reconocidos en el individuo pertenecen a su identidad social real, es decir, son las características por las que realmente son reconocidos por otros individuos.

Entonces el estigma es un atributo que hace que una persona se vuelva diferente a los demás, la convierte en menos apetecible e inferior con respecto a la figura de una persona total y corriente. Goffman (2008) aclara que el concepto de estigma no tiene que entenderse como algo esencial sino relacional. Entonces, en el caso de la enfermedad mental, este no es un atributo desacreditador sino que, el atributo que en apariencia identifica a una persona como enferma mental es lo que hace confirmar la normalidad de las otras personas.

Las personas que padecen enfermedad mental a menudo se enfrentan a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la enfermedad, y por otro al estigma, a las reacciones que tiene la sociedad discriminándolos por el desconocimiento de su enfermedad. Esta discriminación se origina a través de un conjunto de etiquetas, estereotipos y prejuicios creando una situación de poder donde los estigmatizados están por debajo de los estigmatizadores. (Arnaiz y Uriarte, 2013).

Es a partir de la segunda mitad del s. XIX y principios del s. XX, que empiezan a surgir diferentes críticas hacia los hospitales psiquiátricos, tanto por su situación y

condiciones, como por su poca efectividad en cuanto a la recuperación y mejora de calidad de vida de los pacientes. Pero no es hasta después de la Segunda Guerra Mundial, como bien dice Manuel Desviat (2011), cuando se creó un movimiento más persistente para transformar la atención institucionalizada en el campo de la psiquiatría. Este intento se basaba en una reconversión e incluso en el cierre de los hospitales psiquiátricos, buscando un nuevo contexto donde situar a las personas con enfermedad mental y atender sus problemáticas, contexto conocido como comunidad.

En España no fue hasta el año 1985 cuando se incorporó la corriente de la psiquiatría comunitaria, a través del “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica”¹ que estableció los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, proceso conocido como desinstitucionalización psiquiátrica.

Entonces, por desinstitucionalización, entendemos el proceso en que las personas con una enfermedad mental encerradas en instituciones, conocidas como hospitales psiquiátricos, para su “supuesta” curación pasan a recibir una atención más digna y un tratamiento a través de la comunidad con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Estudios de Gran Bretaña, Estados Unidos y Australia demuestran que tanto las personas con enfermedad mental como sus familiares prefieren la desinstitucionalización y el cuidado en la comunidad, siendo vital el apoyo de parte de esta. (Zarate, Ceballos, Contardo y Florenzano, 2006).

Un recurso que se origina a partir de la Reforma Psiquiátrica en España y que se incluye dentro de la red de servicios de ámbito comunitario son las *entidades tutelares*. Como se ha comentado anteriormente las instituciones psiquiátricas eran lugares donde los enfermos mentales vivían su día a día bajo una constante autoridad y control de estas con la intención de cuidarlos más allá de su enfermedad. Las entidades tutelares tratan de alejarse de esta visión y de los servicios que se prestan en los hospitales, residencias... empleando un papel de referente socializador que debe de velar, fiscalizar y normalizar aspectos inherentes a la persona en su dimensión civil, contractual, demandante, aspirante, acreedor de prestaciones sociales y calidad de vida, responsable de su administración económica, de autorizaciones para actividades de ocio,

¹ Informe recogido en la Ley General de Sanidad de 1986.

intervenciones sanitarias, compras y ventas, programas de rehabilitación, alternativas clínicas o educativas, ... (García, 2003).

3. LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CONTEXTO DE CATALUNYA

Actualmente en Catalunya la salud mental y la psiquiatría se rigen por el “Pla Integral d’Atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2014 – 2016)”, este nuevo plan establece como prioridad la lucha contra el estigma, la mejora de la atención infantil y juvenil con problemas de salud mental, la mejora de la atención y promoción de los derechos de las personas en entornos asistenciales, la participación y el asociacionismo, el soporte a las familias y a las personas con problemáticas de salud mental, la inclusión social, la inserción laboral y el soporte en el ámbito judicial i penal.

Esto no quiere decir que los principios que rigen la Reforma Psiquiátrica y el “Pla Integral d’Atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions “, recojan la necesidad de un cierre abrupto de los hospitales psiquiátricos actuales, ya que hay pacientes que por la enfermedad mental severa que muestran y la ausencia de familiares para su cuidado, deben de ser internados temporalmente para su tratamiento y su cura, un claro ejemplo es el Instituto Pere Mata situado en Tarragona (Reus), donde todavía existen pabellones abiertos para los pacientes más graves. Lo que si se tiene en cuenta en esta reforma es la creación de lugares alternativos para el tratamiento de los enfermos mentales en el ámbito comunitario.

Los servicios de salud mental comunitaria permiten que los enfermos mentales crónicos puedan tener la oportunidad de interaccionar con la sociedad de la que forman parte, que pueda ejercer libremente sus derechos para trabajar, formar una familia, estudiar, etc. Desde el Trabajo Social es importante fortalecer estos lazos con la comunidad para así evitar la cronicidad de los enfermos mentales a través del aislamiento dentro de las instituciones.

En Catalunya el 12,4% de la población de 15 años y más tiene riesgo de padecer un trastorno mental (el 9,6% de los hombres y el 15,1% de las mujeres). (Informe de salud de 2013, Departamento de salud). Por otro lado, los trastornos mentales son la quinta causa de muerte en Catalunya con un porcentaje del 5,98 % (3.733 defunciones), las mujeres destacan con un 8,13 % por encima de los hombres con solo un 3,86 %. (Análisis de la mortalidad en Catalunya, Departamento de salud, 2012).

En relación a la atención hospitalaria en adultos (unidades de hospitalización de agudos y subagudos), en el año 2012 las unidades de agudos de salud mental de Cataluña notificaron 16.338 altas. La estancia media de estas fue de 17,50 días, oscilando entre los 8,06 días y los 26,77. Las unidades de subagudos de salud mental de adultos de Cataluña, en el año 2012, realizaron un total de 2.561 altas, con una estancia media de 69,09 días. Esta duración de las hospitalizaciones psiquiátricas de subagudos se está reduciendo progresivamente en los últimos años. Los reingresos a 90 días en las unidades de subagudos son, en términos generales, bajos, y se sitúan en torno a un 3%. (Observatori del Sistema de salut de Catalunya, 2012).

En el año 2012, las personas tuteladas en Catalunya eran un total de 5.067. El crecimiento anual del número de tutelas es de un 11% en promedio y el año pasado fue de un 9,4%. De los cargos tutelares establecidos el 81% del total corresponde a la tutela, seguidamente de la curatela con un 14%. Actualmente en Catalunya existen un total de 65 entidades tutelares, de las cuales 49 tienen financiamiento público y dentro de estas 39 ofrecen respuesta a las propuestas del juez y/o unidad de tutelas. El diagnóstico principal por el cual se establece la tutela en Catalunya es la discapacidad intelectual con un 42%, la siguiente causa es la enfermedad mental con un 37%. En el año 2012 se dieron de baja a 387 tutelas que equivale al 7,63% de tutelados. La causa principal de baja fue la defunción con un 91% y la segunda causa fue un traspaso de tutela con un 6%. (Memoria sobre la actividad de tutelas, Generalitat de Catalunya, 2012).

Las entidades tutelares son aquellas personas de carácter jurídico (fundaciones, asociaciones,...) sin ánimo de lucro que tienen como finalidad la protección y los cuidados de las personas legalmente incapacitadas. Es decir, son las encargadas de cubrir el vacío en el que se puedan encontrar las personas declaradas incapacitadas judicialmente en el caso de que no tengan familiares o parientes próximos, o estos no fueran idóneos para el ejercicio de esta función. Estas entidades se hacen cargo de personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o demencias (tercera edad).

Para procurar que las entidades tutelares realicen esta función de forma adecuada en Catalunya son reguladas por una normativa legal de ámbito estatal y autonómico, además de la normativa ética y moral que las constituyen, que les permite realizar su función en base a unas características de autonomía, independencia, eficacia y transparencia.

Como he comentado anteriormente, para que una entidad tutelar se haga cargo de una persona es necesario que este legalmente incapacitada. La incapacitación es un proceso judicial que mediante una sentencia reconoce que alguien no tiene la capacidad de autogobernarse. Por lo tanto incapacitar quiere decir proteger los derechos, defender y velar por esa persona que no tiene cuidado ni de sí misma ni de sus bienes.

El tipo de instituciones tutelares existentes en Catalunya, según la Ley 25/2010 del 29 de Julio, son las siguientes:

- **Tutela:** es la institución principal de protección de las personas incapacitadas, la cual tiene que asegurar protección, administración i guarda de sus bienes y, en general, el ejercicio de sus derechos, representándola en todos los actos que lo requieran, en función de la extensión i los límites de incapacitación según la sentencia correspondiente.
- **Curatela:** es la institución que se designa más frecuentemente para la persona declarada parcialmente incapaz. Tiene como función asistir o complementar su capacidad en la realización de aquellos actos jurídicos patrimoniales que supongan la asunción de obligaciones por parte de esta persona, de los que comporten el gravamen de sus bienes, de los que impliquen la renuncia o la no adquisición de derechos y también de aquellos otros que no pueda llevar a cabo válidamente por haberlo establecido así la sentencia de incapacitación.
- **Defensor judicial:** es una institución tutelar de carácter temporal y de función limitada, ya que es nombrado por el juez de primera instancia en tanto no se produce el nombramiento de la persona que debe ejercer el cargo de tutor /a o cuidador /a o mientras ésta no ejerce sus funciones, y en los supuestos en que existe un conflicto de intereses entre el tutor, el curador o el administrador patrimonial y la persona del incapacitado.
- **Administrador patrimonial:** es una institución que se puede nombrar en interés de la persona declarada incapaz o parcialmente incapaz y sometida a tutela que tiene como funciones administrar el patrimonio del incapacitado (caso en que esta función no corresponde al tutor) o administrar determinados bienes recibidos por la incapacidad mediante donación, herencia o legado cuando el

donante o testador lo hayan dispuesto así nombrando la persona que ha de administrar estos bienes.

Esta ley también ofrece nuevas formas de medida de protección dirigidas a conseguir un mayor reforzamiento de la autonomía personal:

- **Poder preventivo:** apoderamiento hecho antes de tener pérdidas de capacidad y que puede seguir vivo una vez llegada la incapacidad.
- **Asistencia:** protección a la persona para cuidar de sí misma o de sus bienes cuando la falta de capacidad no es suficiente para promover una incapacidad.
- **Patrimonio protegido:** ya regulado por el Estado y ahora incorporado al derecho catalán, creándose, además, un registro en la disposición adicional primera. Conlleva la afectación de unos bienes aportados a título gratuito para la persona que lo constituye y también quedan afectados los rendimientos, a la satisfacción de las necesidades de una persona que tiene una discapacidad psíquica o física de cierta gravedad o en una situación de dependencia severa, para atender sus necesidades vitales.

4. DE LA TORRE DE LOS ENFERMOS A LA CASA DE LOS IGUALES

A través de las historias de vida que se obtuvieron mediante entrevistas, a personas que padecen una enfermedad mental y que actualmente están tuteladas por la Fundación Pere Mata, se consiguieron los resultados que se explican a continuación.

Cuando se les preguntaba por los diferentes ingresos que han experimentado a lo largo de su vida a causa de la enfermedad mental, todos reconocen que fue una experiencia dura, muchos de los entrevistados estuvieron muchos años internos en el Hospital Psiquiátrico de Pere Mata, como se expone en las citas siguientes:

*“Bueno, una mica dur, una mica dur... no coneixia ningú, era un lloc molt gran.
(Pere, 50 años)”*

“yo allí estaba muy triste, todo el día llorando, sin ganas de comer... (Josefa, 73 años)”

Recordaban algunos puntos importantes que se relacionan con la visión de internamiento que tiene Goffman y el resto de autores que se han comentado

anteriormente. Como explicaban los usuarios al llegar al lugar sentían miedo porque era un lugar totalmente desconocido y otros usuarios de allí comentaban que llevaban muchos años de ingreso, como se explica en las citas siguientes:

“Era molt diferent, no és com ara... a veure, bé... però hi havia més gent que a banda de la malaltia ja... que ja portaven més de 20 o 30 anys allí i això em va espantar una mica.” “No, “bueno”... hi ha gent que et ficava por i hi ha gent que deia que no passava res que allò era... eren uns dies... i “bueno” entre entrant i sortint vaig arribar a estar allí, pues ja et dic entre 8 o 10 anys. (Pere, 50 años)”

Por lo tanto, estos usuarios que se entrevistaron, como otros, vivieron los inicios de su enfermedad tras los muros de la institución, haciendo ingresos continuos o estancias prolongadas de muchos años. Explicaban que anteriormente el tratamiento de personas con enfermedad mental no es como ahora que todo se basa fundamentalmente en la reinserción social de los enfermos mentales, sino todo lo contrario, para poder tratar una enfermedad mental, como puede ser la esquizofrenia o una depresión, era necesario un internamiento de larga estancia, que implicaba estar durante varios años encerrado en un lugar y con una pauta de medicación que te mantenía durante el día aturdido, como se cita a continuación:

“jo crec que els antics medicaments eren molt més tranquil·litzants que els d’ara, els d’ara són més... no sé, igual és més estabilitzant que no és tranquil·litzant però... (Pere, 50 años)”

Otro aspecto que resultó interesante relacionado con el momento de ingreso, fue el tema del control y la monotonía dentro de estas instituciones, uno de los usuarios explicaba:

“No me han controlado en ningún momento, los fines de semana yo podía salir a mi casa a estar con mi familia (David, 47 años)”

En el momento de la entrevista, el usuario explicaba que él no estaba controlado que podía salir los fines de semana para disfrutar de su familia. Pienso que quería referirse a que no tenían un control continuo donde los profesionales estaban pendientes constantemente o quizás no quiso reconocer que durante el ingreso estuvo controlado bajo una serie de normas que de alguna forma le hacían sentir débil e inferior, pero el

hecho de que solo pudiera establecer contacto con el exterior y sus familiares durante los fines de semana es claramente una medida de control y una norma que le impuso la institución.

En relación a esto, otro usuario comenta:

“Solo me dejaban pasear y hacer terapias, pero no podía salir cuando yo quisiera, solo con permiso claro (Josefa, 73 años)”

Por lo tanto, las formas de control en la institución estaban presentes constantemente.

Por otro lado los usuarios explican experiencias que concuerdan bastante con la imagen deteriorada de las instalaciones de los hospitales psiquiátricos anteriores, conocidos también como manicomios. Según explicaba uno de los usuarios no había mucho control en la limpieza todo estaba muy sucio, en especial los lavabos y esto también fue un aspecto que hizo que el periodo de ingreso fuera más duro y difícil, a continuación una cita dónde se cita lo comentado:

“Malo, sucio, muy guarros con gente... vi (inteligible) en los lavabos... bahh estaba todo hecho un desastre (David, 47 años)”

Dentro del mal estar que ocasionaba estar encerrado, los usuarios explicaban que había algo positivo que hacía que los días fueran más llevaderos allí dentro, este aspecto positivo fue el conocer a personas de su misma condición, es decir, que cada usuario compartía su experiencia allí dentro con el resto y como eran experiencias muy similares relacionadas con la enfermedad mental se sentían identificados y apoyados, como se explica en la siguiente cita:

“Si jo hagués estat ingressat i no hagués trobat cap persona amb esquizofrènia o malalta del que sigui no hauria sigut igual. (Pere, 50 años)”

Pienso que es cierto, que una persona que vive una mala experiencia en algún momento de su vida, el hecho de que pueda compartir los momentos de esta con otras personas que están pasando por una misma situación es una acción beneficiosa para ambos. Pero cuando los usuarios explicaban que el poder relacionarse y compartir experiencias con personas también diagnosticadas con una enfermedad mental les ayudaba y no se sentían tan solos, creo que también va relacionado con el proceso de estigmatización

que lleva a cabo la sociedad en relación a los temas basados en enfermedad mental e instituciones psiquiátricas. A continuación se explica en la siguiente cita:

“Sí, em vaig sentir a gust perquè com hi havia més gent que tenia la mateixa “enfermetat” “pues” em defensava una mica a mi també... no sé... parlaves amb una persona i sabia del que parlaves i com parlaves i lo que parlaves tu “pues”... (Pere, 50 años)”

Pero el convivir con otras personas que también están viviendo una experiencia similar a la tuya no tiene solo una parte positiva, también existe una parte negativa que hace que la convivencia sea imposible durante el periodo de ingreso como se explica en la siguiente cita:

“Pos estuve casi 7 años, que había chicos que se metían conmigo y me decían cosas y tengo una hermana que me decía puta, vete a la mierda, te voy a pegar, y yo con mi boca “callá (Josefa, 73 años)”

Los usuarios explican que hicieron buenos amigos durante el ingreso, pero que también observaban peleas y que con otros compañeros quizás no lograron una amistad o simplemente una buena convivencia, como se explica en la siguiente cita:

“No había intimidación, porque lo hacíamos todo en grupo (Josefa, 73 años)”

Dentro del hospital psiquiátrico también se realizaban labores por las que los usuarios eran retribuidos, es decir, todo se realizaba tras los muros de la institución, hacían una vida totalmente paralela a la sociedad. Vivían y convivían dentro, el rato de ocio y el trabajo también se realizaba dentro, sin olvidar que la curación de la enfermedad y el seguimiento de los diferentes profesionales también se realizaba desde dentro, como se explica en la siguiente cita:

“Yo entraba a las 10 salía a las 12, luego salía a las 15 y salía a las 17, planchaba pañuelos, doblaba calcetines, ropa y ganábamos 2.000 pesetas al mes (Josefa, 73 años)”

Los castigos también estaban presentes en el lugar, cuando se saltaban alguna norma o no hacían caso a los profesionales, como se cita a continuación:

“A mi hermana la castigaron 3 horas por la noche en el comedor... (Josefa, 73 años)”

Actualmente siguen existiendo estos castigos como medida de control para impedir que un usuario pueda sobrepasarse cada día un poco más, personalmente pude observar como castigaban a un usuario del Instituto Pere Mata por una conducta inadecuada, los enfermeros se lo llevaron a la planta de arriba le pusieron el pijama y lo dejaron en enfermería unas horas como forma de castigo.

Otro aspecto relacionado con el concepto de estigma detectado en las entrevistas con los usuarios es cuando hablaban de su enfermedad mental. Intentaban justificar, en varias ocasiones con sentimiento de vergüenza, que su enfermedad no era peligrosa, ni agresiva, ni nada que pudiera determinarla como algo fuera de lo “normal”, que en muchas ocasiones percibían y perciben información errónea en relación a su enfermedad. Esta información que decían que percibían y el estar constantemente diciendo que su enfermedad no es del todo una esquizofrenia, que solo es un pequeño “rasgo” mental, que no es tan grave, que la enfermedad mental ya no es como en años anteriores, que son personas tranquilas... todo ello es a consecuencia de los estereotipos que la sociedad etiqueta e impone a las personas que padecen una enfermedad mental, discriminándoles y haciendo que se sientan avergonzados e inferiores por el hecho de padecer una enfermedad mental. A continuación se exponen unas citas dónde se detecta lo explicado:

“Però tampoc... “bueno” tinc... però no es esquizofrènia... com en diuen això? Home sí, sembla que sigui esquizofrènia però és un “rasgo... psíquico mental” o “algo” així (inintel·ligible)... esquizofrènies que estan més fotudes, no és tant, però “bueno”... és avui en dia també, es el que diuen que avui en dia no és el mateix que fa 50 anys, l’esquizofrènia.... Perquè jo mateix he estat mirant, m’he interessat perquè dius “bueno” tens una “enfermetat” pues també... mira-la, estudia a veure que és... i “bueno” hi ha a molts “puestos” que ho tenen d’una manera que no és la correcta, som gent tranquil·la... (Pere, 50 años)”

El principal estereotipo relacionado con la enfermedad mental es el de calificarlas como personas implicadas en temáticas de violencia y además extremadamente peligrosas, especialmente en el caso de la esquizofrenia. El usuario que más hincapié hizo en este aspecto fue un usuario diagnosticado de esquizofrenia.

Finalmente se les preguntó a los usuarios sobre el tratamiento que reciben actualmente, basado en la integración social, y proporcionado desde la comunidad. Los usuarios

coinciden en que la entidad tutelar que actualmente se responsabiliza de ellos, ha sido algo beneficioso para afrontar la enfermedad mental, cuando hacían una comparación con el pasado y con la situación actual explicaban que se encuentran mucho mejor en todos los aspectos y creen firmemente en que ha sido gracias a la protección jurídica tutelar, como se explica en la siguiente cita:

“Molt bé, lo de la tutela, bé, sí. A veure a mi ja em va bé a banda de que em toca per la malaltia i tal, perquè no tinc la família aquí que m’ajudi i ho trobo molt bé.” “Sí... que ho rebo bé, perquè tinc la oportunitat d’una ajuda i no la “rechazaré”, no...(Pere, 50 años)”

Es un método que les ha ayudado mucho en el aspecto de la autonomía personal, la intimidad, el poder ser más “libres” y sentirse mucho más capacitados, sobre todo en aspectos relacionados con el mundo laboral, como se explica en las siguientes citas:

“Yo desde que he salido de allí estoy mucho mejor, me encuentro más fuerte y estoy mejor, porque como no me meto con nadie, ni hablo con nadie, ni me pego con nadie... (Josefa, 73 años)”

“Sí, més autònom, més autònom i amb més, no sé... amb més llibertat de feines, de dir: “bueno” m’agradaria fer aquesta cosa i abans no la podia fer perquè era una feina o una cosa o un afer impossible i ara noto que si, que em moc millor en aquest camp. (Pere, 50 años)”

En definitiva el salir fuera de la institución y seguir su tratamiento desde el exterior ha sido claramente una mejora para todos los usuarios, como se explica en la cita siguiente:

“Des de, que estoy aquí en casa tengo más calidad de vida y sobre todo, más intimidad. Estos cinco o seis meses que estoy en casa estoy más despertado, que no es una monotonía o ver otros conflictos con grupos de gente... (David, 47 años)”

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Actualmente gracias a la nueva percepción del tratamiento de las enfermedades mentales en el ámbito comunitario, es prácticamente impensable que una persona realice ingresos de larga estancia dentro de una institución.

Gracias a la información que proporcionaron los usuarios se confirmó que el modelo basado en la institucionalización, anterior a la reforma psiquiátrica, no era un modelo adecuado para la curación del paciente. Este modelo solo alejaba a personas de la sociedad a la que pertenecían favoreciendo la creación de un proceso de estigmatización que hacía que la sociedad los viera con otros ojos y los rechazaran solo por tener una enfermedad mental y haber estado en un hospital psiquiátrico o manicomio.

Pienso que el origen del estigma y de los estereotipos hacia la enfermedad mental se originó siglos atrás a causa de una incomprensión sobre ese tipo de enfermedades y desgraciadamente en la actualidad este estigma sigue presente en la sociedad, muchas personas no quieren reconocer que padecen una enfermedad mental porque eso implica el cierre de muchas puertas: sanitarias, laborales, relaciones sociales...

El modelo actual comunitario ha permitido que muchos pacientes con enfermedad mental vivan una vida mucho más libre y autónoma, dentro de sus posibilidades. Se observa una gran evolución en el modelo de curación de las enfermedades mentales, se ha logrado que las personas sigan formando parte de la sociedad a la que pertenecen, que vivan su día a día en su hogar con sus seres queridos y que sean los profesionales los que se adapten a su caso gracias al enfoque multidisciplinar e individualizado que se ofrece actualmente.

A pesar de la favorable evolución del modelo sanitario y social que intenta garantizar una calidad de vida y una integración social de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental, todavía falta que la sociedad acabe de eliminar todos los estigmas y las etiquetas en relación a este tipo de enfermedades. La incomprensión y la falta de información sobre el tema hace que todavía se siga mirando a estas personas con la mirada de siglos anteriores, para ello es importante que el modelo actual siga sensibilizando y concienciado a toda la sociedad de lo que es una enfermedad mental y sobre todo de que es una enfermedad más que todos estamos expuestos a padecerla en algún momento de nuestras vidas.

Es importante señalar que, el concepto de estigma que se originó en siglos anteriores y que Goffman (2008) lo define como una marca, una señal, un atributo deshonroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien manchado, es cierto que, actualmente el concepto de estigma se ha suavizado notablemente y aunque todavía el estigma esté presente en nuestra sociedad, en comparación con siglos anteriores el rechazo de la sociedad hacia este colectivo ha disminuido.

Durante la elaboración de este artículo científico es de gran importancia destacar que la información obtenida a través de entrevistas realizadas a enfermos mentales tutelados por la Fundación Pere Mata ha sido de una gran relevancia para la realización del trabajo a pesar de la escasa información obtenida.

Una gran dificultad que surgió fue la falta de confianza con algunos entrevistados a la hora de hablar de su vida personal y los temas relacionados con la enfermedad mental, esto fue el motivo principal que impidió obtener mucha más información interesante. Otra dificultad surgida en el momento de las entrevistas fue la falta de tiempo para realizarlas, ya que se llevaban a cabo dentro del horario que los referentes tutelares de la fundación tenían establecidos con los usuarios para realizar su trabajo y por lo tanto, las entrevistas se realizaban en el menor tiempo posible para no entorpecer las visitas entre profesional y usuario.

Gracias a la observación participante que realicé dentro de la fundación y en los diferentes pabellones que todavía quedan abiertos recordando la vieja idea del hospital psiquiátrico y el concepto de institucionalización, se reconoce que la estructura por fuera sigue perteneciendo al pasado con diversas rejas y muros que impiden el contacto con el exterior, aunque por dentro se observa simplemente una residencia donde un grupo de personas con demencia y enfermedad mental residen que no tiene nada que ver con la idea que puedes hacerte desde fuera.

Todavía se siguen ejerciendo algunas medidas de castigo con la intención de lograr que no realicen conductas inadecuadas como no comportarse al salir, enfrentarse con los profesionales o compañeros, o gastarse la paga desmesuradamente. Estos castigos se resumen a ponerse el pijama y permanecer unas horas en enfermería sin poder moverse de allí, no salir en las siguientes salidas programadas o no darle la paga semanal que le corresponde en el momento de alguna salida. Estos castigos mínimos se utilizan con la

finalidad de ejercer un control sobre los usuarios para evitar situaciones conflictivas que vayan más allá de una simple mala contestación y sobre todo, como proyecto para trabajar la autonomía personal de los usuarios. Por lo tanto estas normas o “criterios” que los usuarios deben de cumplir forman parte de su rehabilitación personal.

Otra cuestión que se observó, en el caso de usuarios tutelados por la fundación, fue el encontrar dentro del hospital psiquiátrico usuarios que desde que entraron en el círculo de la institución Pere Mata siguen estando allí dentro y de forma indefinida. Pero realmente que estos usuarios lleven tanto tiempo internados dentro de la institución se entiende que es porque el proyecto de rehabilitación que se probó con ellos no resultó positivo para el alta, es decir, que con ellos se trabajó previamente todo un proyecto individualizado con la intención de lograr que pudieran seguir su tratamiento desde una perspectiva comunitaria, en una residencia o incluso en una vivienda personal. En el caso de que el proyecto no funcione y de que esta persona no sea apta para hacer un día a día de forma autónoma implica continuar dentro de la institución.

Con este artículo se pretendía llegar a conocer como el método comunitario incidía positivamente en la institucionalización de los enfermos mentales y que se había conseguido hasta ahora para llegar hasta la desinstitucionalización y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental. El ámbito comunitario que actualmente es la base del funcionamiento de la salud mental en España es muy amplio y existen muchos recursos y herramientas que lo constituyen, es por esto, que decidí centrarme en las entidades tutelares y conocer que se han hecho desde estas para abordar la problemática.

Pienso que aún quedan muchas cosas por hacer para mejorar todavía más los métodos para tratar las enfermedades mentales. Como he comentado anteriormente es necesario una mayor sensibilización por parte de la sociedad, que todos nos concienciamos y nos impliquemos en la comprensión de estas personas, por otro lado, desde los servicios es necesario que se promueva una atención que sea respetuosa con la autonomía personal de la persona, que favorezcan la participación como ciudadanos en la sociedad y que se promueva una prevención en relación a las enfermedades mentales y sobre todo seguir elaborando proyectos para la lucha contra el estigma.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro, J. L; Torregrosa, J.R; Garrido, A. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. (1ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Amico, Lucia (2004). *Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental*. Rev. Margen. Vol. 35. Consulta: 20 Febrero 2015. <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>.
- Arnaiz, Ainara; Uriarte, J.J (2006). *Estigma y enfermedad mental* .Rev. Norte de salud mental. Vol. 26, 49-59. Consulta: 26 Marzo 2015. <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/438/433>.
- American Psychiatric Association. *DSM-V*. EE.UU (Wilson boulevard). Consulta: 5 Marzo 2015. <http://www.psychiatry.org/dsm5>.
- Carballada, Alfredo; Barberena, Mariano (1998). *Trabajo Social, Política Social y Salud*. Revista Margen. Consulta: 16 Marzo 2015. <http://www.margen.org/catedras/apunte11.html>
- Desviat, Manuel (2011). *La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad*. Rev. Española de Salud Pública. Vol. 85 nº5. Consulta: 12 Marzo 2015. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272011000500002&script=sci_arttext
- Desviat, Manuel. (2010). *Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España*. Rev. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 23, 253-263. Consulta: 12 Marzo 2015. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272011000500002&script=sci_arttext

- Domenech, M.; Tirado, F. J.; Traveset, S. y Vitores, A. (1995). *La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones*. Educación Social: Revista de intervención socioeducativa. Vol.12. Consulta: 20 Febrero 2015.
http://ddd.uab.cat/pub/artpub/1999/108169/edusoc_a1999n12p20iSPA.pdf
- El Observatorio de Salud Mental (2005). *El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 25. Consulta: 25 de Febrero.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352005000100004&lng=es&nrm=iso
- Foucault, Michael (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. (4ª ed). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, Emiliano. (1994) *Políticas en salud mental: Modernidad, individuación y manicomios*. Lugar editorial.
- Garcia, Carolina (2013). *La Asociación Americana de Psiquiatría publica su “biblia en pleno debate”*. Periódico El País. Consulta: 6 Marzo 2015.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html
- García, Luis Ignacio (2003). *Protección jurídica del discapacitado: entorno a la enfermedad mental*. Rev. Humanismo y Trabajo Social. Vol. 2, 147-170.
https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1429/HUM2_Art6.pdf?sequence=1
- Generalitat de Catalunya. *Incapacitació i tutela*. Consulta: 11 Marzo 2015.
http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_discapacitat/incapacitacio-i-tutela/conceptes-basics/#FW_bloc_09a43e26-0144-11e4-8e21-000c29cdf219_4

- Generalitat de Catalunya. *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Consulta: 10 Marzo 2015.
http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/274085/integral-datencio-persones-trastorn-mental-addiccions-prioritzacio-dactuacions-2014-2016.html
- Generalitat de Catalunya. *Informe de salut (2013)*. Consulta: 8 Abril 2015.
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documentts/arxius/informe_de_salut_2013.pdf
- Generalitat de Catalunya. *Ànlisi de la mortalitat a Catalunya (2012)*. Consulta: 9 de Marzo 2015.
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitarie/s/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/documents_mortalitat/arxius/annex_taulas_2012.pdf
- Goffman, Erving (1992). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (4ª ed). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Goffman, Erving (2008). *Estigma: la identidad deteriorada*. (2ª ed.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Notas de prensa: defunciones según la causa de la muerte*. Consulta: 7 Abril 2015. <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Notas de prensa: encuesta de morbilidad hospitalaria*. Consulta: 7 de Abril 2015. <http://www.ine.es/prensa/np878.pdf>
- Lafuente, Sonia; González, José S.F; Criado, Isabel; Covarrubias, Concha. (2007) *Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol.27. Consulta: 23 Febrero 2015.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352007000200005&lng=es&nrm=iso

- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2012). *Central de salut mental: àmbit de salut mental i adiccions*. Consulta: 7 Abril 2015.
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_salut_mental_2013.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Temas de salud: salud mental*. Ginebra (Suiza). Consulta: 5 Marzo 2015.
http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Sánchez, J. María (2011). *25 años sin manicomios*. Periódico El Mundo. Consulta: 28 Febrero 2015.
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/04/25/neurociencia/1303742506.html>
- Zárate, Carolina; Ceballos, María; Contardo, María; Florenzano, Ramón. (2006). *Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud*. Revista chilena de Neuropsiquiatría. Vol. 44. Consulta: 5 Marzo 2015.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179227200600030000

C. JUSTIFICACIÓN REVISTA

La revista escogida para publicar el artículo científico es una revista conocida como Comunitania, la cual trata temas relacionados con el Trabajo Social y las Ciencias Sociales.

Principalmente se escogió esta revista porque la temática principal que engloba el artículo es un tema que la revista también incluye. Aunque no sea una revista donde se trate en especial el tema de la salud mental es interesante publicar el artículo en Comunitania porque es una revista que publica a nivel internacional y por lo tanto, ejerce interacción entre las diversas naciones a través de sus publicaciones.

La salud mental y el proceso de desinstitucionalización, como se ha comentado anteriormente en el artículo, es un tema que afecta a muchos países y que llegó de forma más tardía a España. Por lo tanto, resulta positivo poder compartir con el resto de países la evolución de la salud mental en España y la figura de la tutela jurídica como un mecanismo de la terapia comunitaria actual que aborda la problemática de la institucionalización.

Es interesante que se pueda compartir esta información no solo a nivel nacional, sino también con otros países, ya que la salud mental y las formas de tratamiento para los usuarios que padecen una enfermedad mental, es un tema de gran interés que afecta a nivel mundial y que actualmente su abordaje sigue siendo un gran reto para muchos países.

Por otro lado, como bien dice el nombre de la revista la salud mental es un tema que implica a toda la comunidad, a toda la sociedad. Se decidió escoger también esta revista, por el hecho de que no únicamente se hace la publicación del artículo, sino que también la publicación se hace con la intención de crear un espacio de debate en relación al tema expuesto, con el propósito de abordar los principales retos sobre el tema que surgen a partir del artículo, dentro del Trabajo Social y las Ciencias Sociales. Así de alguna forma se puede conseguir que una parte de la comunidad se implique a través del debate surgido con la finalidad de investigar y conocer más a fondo las actuales problemáticas de salud mental y que se puede hacer para solucionarlas.