



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**EL ENFERMO MENTAL Y LA ENFERMERÍA  
A LO LARGO DE LA HISTORIA**

**Autora: Sofía Aires de Pablos**

**Tutora: Rebeca Acebes Sancho**

## **RESUMEN**

El presente trabajo fin de grado consiste en una revisión bibliográfica cuyo objetivo general es analizar la evolución de la asistencia al enfermo mental a lo largo de la historia.

Respecto a la enfermedad mental, en las sociedades primitivas existía un pensamiento mágico, durante la edad media predominó el concepto mágico-religioso y posteriormente el cuidado se centró en el aislamiento. A partir del siglo XVII se impuso una visión manicomial del trastorno mental. La asistencia a los enfermos mentales en el mundo occidental comenzó a cambiar en el siglo de la Ilustración, siglo XVIII y comienzos del XIX, cuando Philippe Pinel introdujo el llamado Tratamiento Moral. Dichos cambios se habían ido introduciendo ya en España desde el siglo XV en el Hospital de Inocentes de Valencia y posteriormente en el de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Sin embargo, las condiciones en España desde finales del siglo XVIII supusieron un retraso en la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales. Durante muchos años la psiquiatría española y los enfermeros dedicados al cuidado de los enfermos mentales quedaron anclados en el manicomio. El gran avance vino de la mano de la Ley General de Sanidad en 1986 cuando los servicios de asistencia al enfermo mental se integran en el sistema sanitario general, rompiendo la marginación que durante tantos años sufrieron.

Se puede concluir que el progreso de la asistencia al enfermo mental y de la enfermería especialista de salud mental en España ha sido lento.

**PALABRAS CLAVE:** Historia, salud mental, enfermo mental, enfermería.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

<b>1. Introducción/justificación .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Metodología.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Resultados .....</b>	<b>5</b>
4.1. El enfermo mental en la prehistoria y edad media.....	5
4.2. Hospital de Inocentes de Valencia, Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y su relación con Philippe Pinel y la terapia ocupacional.....	5
4.3. Asistencia manicomial y enfermero psiquiátrico.....	8
4.4. Reforma de la atención psiquiátrica y creación de la categoría profesional de enfermera especialista en salud mental.....	16
<b>5. Conclusiones .....</b>	<b>20</b>
<b>6. Discusión/implicaciones para la práctica.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>23</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>26</b>

# 1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

---

La salud mental ha sufrido a lo largo de la historia una gran marginación en comparación con la salud física. La historia es una herramienta que permite conocer el presente a través del análisis del pasado, el hecho de conocer las situaciones que han ido atravesando los enfermos mentales en el pasado es fundamental para situarles en el contexto actual. Esta marginación continúa hoy en día en países en desarrollo donde la mayoría de las personas con trastornos mentales como la depresión, la demencia, la esquizofrenia o la toxicomanía no están tratadas y son discriminadas y estigmatizadas por la sociedad. Los trastornos mentales se encuentran entre las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial y se prevé que aumente el número de afectados, sin embargo la relación entre la carga de morbilidad y el gasto en salud aún es desproporcionada<sup>1</sup>.

En los últimos años se han puesto en marcha muchas iniciativas por parte de la Unión Europea destacando entre ellas la propuesta «Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe», en la que se define como una prioridad que cada estado miembro europeo disponga de un plan de acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales<sup>2</sup>. Sin embargo, pese a todos los cambios que ha ido ganando la salud mental, aún queda mucho camino que recorrer para que se iguale a la salud física en todo el mundo. Y es que, como se refleja en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

Por otra parte, la enfermería dedicada al cuidado de los enfermos mentales se ha visto afectada por ese estigma social. Según un estudio realizado en España en 2013, casi un 25% de las enfermeras que trabajan en salud mental no son especialistas, en comparación con el ámbito de la obstetricia y ginecología, donde tener el título de matrona es requisito para trabajar en la especialidad. Esta diferencia puede estar motivada por la diferente valoración social de ambos ámbitos de salud, ya que no sólo los pacientes de salud mental sufren estigma social, sino también el colectivo de profesionales encargados de su cuidado. Además, existe una falta de reconocimiento de

la carrera profesional de las enfermeras Especialistas de Salud Mental en la mayoría de las comunidades autónomas (CC.AA)<sup>3</sup>.

Por todo lo comentado anteriormente es justificable la realización de un paseo por la historia del cuidado de los enfermos mentales y la enfermería en salud mental, con el objetivo de reflexionar y continuar trabajando para que los cambios acaecidos en los últimos años continúen su camino; ya que, como manifestó Linda Richards, graduada en la primera escuela de enseñanza de enfermeras en Estados Unidos en 1872, “ Los padecimientos mentales tienen el mismo derecho que los padecimientos físicos a tener una adecuada atención de enfermería ”<sup>4</sup>.

## 2. OBJETIVOS

---

**Objetivo general:** Analizar la evolución de la asistencia al enfermo mental en la sociedad occidental a lo largo de la historia.

**Objetivos específicos:**

1. Mostrar y analizar el avance de la profesionalización de la enfermería de salud mental en España.
2. Mostrar y analizar la falta de integración del enfermo mental en el sistema sanitario español hasta el siglo XX.
3. Comparar las bases del tratamiento moral del siglo XVIII y las bases del tratamiento actual para el enfermo mental.

### 3. METODOLOGÍA

---

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica. La primera etapa consistió en una búsqueda de libros y revistas referentes a la historia de la salud mental en la biblioteca de la Facultad de Medicina de Valladolid y en la biblioteca del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, con el objetivo de comprender mejor el terreno abordado en el trabajo.

Posteriormente, entre los meses de enero y abril de 2016 se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos online con nivel de calidad: BOE (boletín oficial del estado), Cuiden, Google académico, La Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, Medes, REDIB (red iberoamericana de innovación y conocimiento científico), SciELO y Pubmed. Algunos de los términos introducidos fueron: enfermo mental, locura, historia, enfermería psiquiátrica, salud mental, manicomio, cuidados.

Los artículos y estudios seleccionados fueron artículos publicados en revistas del ámbito de ciencias de salud con validez científica contrastada como: Revista Actas Española Psiquiatría, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Revista Española de Salud Pública, Revista de neuro-psiquiatría, Revista Norte de salud mental, Revista Presencia, Revista ROL y Revista Temperamentvm.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: fecha de publicación con más de 5 años de antigüedad, exceptuando publicaciones que por su interés e importancia para realizar el trabajo fueron aceptadas; publicaciones en otros idiomas diferentes al castellano y publicaciones cuyo contenido no respondía a los objetivos del trabajo. Finalmente se seleccionaron 28 fuentes bibliográficas.

La segunda etapa consistió en una lectura crítica de las mismas, tras la cual se seleccionó la información más relevante y se redactaron en un comentario narrativo los resultados y conclusiones.

## 4. RESULTADOS

---

### 4.1 El enfermo mental en la prehistoria y edad media

El cuidado de los enfermos mentales a lo largo de la historia ha ido ligado a la concepción sobre la génesis de dicha enfermedad. Estudios realizados sobre sociedades primitivas o prehistóricas han señalado que existía un pensamiento mágico sobre la enfermedad mental que no adquiría las connotaciones negativas de la demonología. Las causas de la enfermedad psíquica podrían ser de tipo funcional, animista o accidental. Los espíritus se enemistaban, odiaban o perjudicaban por voluntad al individuo. Las investigaciones apuntan a que los actores sociales encargados de realizar las actividades sanadoras y el cuidado de los enfermos mentales son las mujeres cuidadoras, los hechiceros o chamanes y las brujas. La terapia se orientaba hacia cómo expulsar al intruso o recobrar la amistad de los espíritus o su buena voluntad hacia el enfermo; siendo un problema colectivo que afectaba a toda la tribu y no individual del enfermo<sup>5</sup>.

Durante la edad media predominó el concepto mágico-religioso, de tal forma que la explicación ante los comportamientos de la enfermedad mental era la posesión diabólica. Es por ello que la cura consistía en expulsar al demonio del cuerpo del afectado, convirtiéndose la hoguera en un acto purificador y misericordioso<sup>6</sup>.

El siguiente paso fue el encerramiento de todos aquellos denominados “insanos”. Según Foucault, filósofo e historiador francés, en 1656 el rey francés Luis XIV decretó el encierro de todos los elementos marginales de la sociedad<sup>6</sup>.

### 4.2 Hospital de Inocentes de Valencia, Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y su relación con Philippe Pinel y la terapia ocupacional

En el siglo XV en España comenzaron a crearse hospitales dedicados al cuidado de los enfermos mentales como es el caso del Hospital de Inocentes de Valencia creado en 1409 por Fray Juan Gilabert Jofré, religioso de la orden de la Merced. Historiadores de la medicina como Schmitz (1884-1885) y Alexander y Selesnick (1970) coinciden en

atestiguar que la cuna de la psiquiatría estuvo en España, concretamente en el Hospital de Inocentes de Valencia. En primer lugar porque se creó una instalación confortable y adecuada que permitía su internamiento, y en segundo lugar porque se comenzaron a aplicar terapias, evitando el encadenamiento. La base del tratamiento era la terapia ocupacional, la dieta y la higiene<sup>7</sup>.

El hospital de Valencia se mantuvo en actividad hasta 1545 que fue destruido por un incendio, y aunque fue reabierto, tomó el liderazgo el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. El Hospital de Nuestra Señora de Gracia era un hospital general que admitía toda clase de enfermos incluyendo una “casa de locos” que lideró el movimiento reformista psiquiátrico que aconteció en Europa en los siglos XVIII y principios del XIX<sup>7</sup>.

En el siglo XVIII y comienzos del XIX Philippe Pinel, médico francés, comenzó una reforma que marcaría un antes y un después en la psiquiatría del mundo occidental. El cambio consistió en una humanización que liberó a los enfermos mentales del trato carcelario y oscurantismo social que venían recibiendo, se introdujo el llamado “Tratamiento Moral”, basado en un conjunto de terapias sin emplear “palizas ni ataduras”. Poco después William Tuke realizó un trabajo similar en Inglaterra. Dicho tratamiento moral había sido introducido en España en el Hospital de Inocentes de Valencia y en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. En 1791, el Comité de Mendicidad de la Asamblea Constituyente Francesa, encargó al médico Giuseppe M. Iberti un informe sobre el hospital de Zaragoza, “Detalles sobre el hospital de Zaragoza”, que fue publicado en *La Médecine Éclairée*<sup>8</sup>.

El hospital de Zaragoza fue totalmente destruido por los bombardeos que tuvieron lugar en la Guerra de la de la Independencia en 1808. Como consecuencia de su destrucción se perdieron también los archivos e información relativa al cuidado de los enfermos. Sin embargo, en el informe de Giuseppe M. Iberti se encuentran referencias acerca del funcionamiento y terapia aplicada<sup>8</sup>.

En cuanto a la admisión de los enfermos, era necesario un certificado firmado por los oficiales de justicia, el cura y el médico del lugar, con la declaración de indigencia del enfermo y de sus familiares<sup>8</sup>.



Los hombres y las mujeres se encontraban separados en dos departamentos diferentes con puertas cerradas. Además, existían 60 jaulas, donde permanecían los enfermos más “*furiosos*”<sup>8</sup>.

La base fundamental del tratamiento era la ocupación y el trabajo. También se realizaban otros remedios como los baños y las sangrías pero no eran tan eficaces. Los empleos que se daban a los enfermos eran de limpieza, cosecha y ayuda en el traslado de otros enfermos, bajo la inspección de guardianes llamados “*padres*”<sup>8</sup>.

Los enfermos más pudientes que pagaban por su estancia dormían en habitaciones con cama, mesa y silla y no se les empleaba en ningún oficio, ya que disponían de servicio doméstico; y por ello, tal y como dice el informe Iberti “*curaban muy raramente*”<sup>8</sup>.

Dicho informe llegó a manos de P. Pinel quién alabó la labor allí desempeñada. Pruebas evidentes son que el propio P. Pinel afirma en su obra “*Memoria Sobre la Manía*” (1794) que el trabajo realizado en los asilos españoles “*servía para curar a la mayoría de ellos*”. En 1804 P. Pinel alaba nuevamente al trabajo realizado en los asilos españoles en su obra “*Tratado de la Manía*”: “*Pero todavía tenemos que envidiar a una nación vecina un establecimiento que no sabré alabar debidamente, y que es superior a todos los de Inglaterra y Alemania. Con efecto, la España tiene abierto en Zaragoza un asilo para todos los enfermos, y especialmente para los locos de todos los países, de todos los gobiernos y de todos los cultos, con esta sencilla inscripción: Urbi et orbis*”<sup>8</sup>.

Sin embargo, existen diferencias entre las terapias utilizadas en el hospital de Zaragoza y las que proponía P. Pinel. Muchos estudios han atribuido la liberación total de las cadenas al Hospital de Inocentes de Valencia y al hospital de Zaragoza, algo que es falso, ya que en Zaragoza existían cadenas. Prueba de ello fue un informe posterior a la destrucción del hospital, fechado el 23 de octubre de 1817, que encargó la propia academia de Paris a la de Madrid, el “*Informe de la Junta de Gobierno del Real y General Hospital de N.ª. S.ª. De Gracia de Zaragoza a la Academia Médica de Madrid sobre el estado de los departamentos de dementes, o locos que existen en el mismo*”. Dicho informe dice: Existían “*jaulas*” para los furiosos que sólo contaban con una ventanilla y una apertura en la puerta para recibir la comida. El suelo estaba inclinado para que pudieran salir sus deposiciones<sup>8</sup>.

En alguna parte del informe se afirma que a ningún loco se le sujeta con cadenas, ni se le golpea; pero en otro punto explica que *“la Providencia hace que en presentándose cualquiera de los Padres con una verga en la mano, los furiosos se convierten en mansos corderos”*<sup>8</sup>. Este hecho fue inmortalizado por Goya en 1794 en su obra ‘‘Corral de locos’’ (Anexo 1), donde aparece el ‘‘Padre de los locos’’ en el Hospital de Zaragoza intentando poner orden con un látigo ante dos enfermos furiosos luchando entre ellos<sup>9</sup>.

El informe también atestigua que existen camas de hierro con correones, grilletes, cepos y cadenas para inmovilizar a los enfermos furiosos. Y finaliza diciendo: *“También se ha adoptado el vestido talar de paño, con mangas muy largas, que rodeadas al cuerpo del demente, y sujetas a la espalda, no le dejan movimiento para ofender a sus compañeros, aun cuando esté muy furioso, como propone el Dr. Pinel”*. Por todo lo expuesto, se puede evidenciar que en 1817 en España estaba vigente el uso de las cadenas y el ejercicio de la intimidación por parte del *Padre de los locos*<sup>8</sup>.

Otra distinción entre lo propuesto por P. Pinel y el hospital de Zaragoza es que en Zaragoza solo aquellos muy coléricos eran vistos por el médico y para P. Pinel debía haber un médico dentro de la institución constantemente que se dedicara a observar al enfermo para entender mejor su historia y prescribir la intervención terapéutica idónea. Además, el hospital de Zaragoza tenía dependencia religiosa y P. Pinel quería que los hospitales fueran dirigidos por médicos<sup>8</sup>.

### **4.3 Asistencia manicomial y enfermero psiquiátrico**

A comienzos del siglo XVIII con la promulgación de las leyes desamortizadoras y tras la destrucción del Hospital de Zaragoza, la tradición asistencial psiquiátrica en España fue en declive hasta finales del siglo XIX. Sin embargo, la situación asistencial era notablemente mejor que en otros lugares de Europa. Como refiere el autor J. Espinosa Iborra, en la España de la Ilustración se daban las condiciones para que se desarrollase el movimiento conocido como ‘‘psiquiatría asilar’’, ya que los ingresos en los hospitales psiquiátricos se hacían con certificado médico reconociendo al loco como enfermo y se aplicaba la terapia ocupacional<sup>10</sup>.

En 1849 la Ley de Beneficencia y el proyecto del manicomio modelo hicieron que el interés por la asistencia a los enfermos psiquiátricos en España aumentara. La Ley de Beneficencia de 1849 concedía al Estado la responsabilidad de la asistencia de los enfermos mentales; sin embargo esta ley fracasó y mediante Reales Decretos (RD) de 27 de junio y 19 de diciembre de 1864, se indica a las diputaciones que se establecieran en las provincias los locales adecuados para asistir a los dementes o se costease su sostenimiento en los manicomios de Valladolid, Zaragoza o Toledo. Como consecuencia los enfermos se amontonaron en los manicomios sin que estuviera claro quién iba a pagar sus estancias<sup>10</sup>.

En 1885 se aprobaron RD en relación a la regulación y control del internamiento de los dementes y hasta la Segunda República la asistencia psiquiátrica se basó en el modelo manicomial. El primer RD, de 12 de mayo de 1885 (Gaceta, de 15 de mayo)<sup>11</sup>, aprobó el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. El segundo, de 19 de mayo de 1885 (Gaceta, de 21 de mayo)<sup>12</sup>, estableció las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado, provinciales y particulares.

Las órdenes religiosas fueron haciéndose cargo de algunos manicomios como el de Leganés, Valladolid y Conjo (Santiago de Compostela); y los únicos manicomios que se habilitaron se debieron a la Orden de San Juan de Dios. La asistencia a los enfermos se vio favorecida, sin embargo en muchas ocasiones el médico debía supeditarse a la dirección administrativa que era la que tenía el poder en la institución<sup>10</sup>.

Mientras que la enfermería avanzaba y se comenzaba a profesionalizar, gracias a la labor de la pionera enfermera británica Florence Nightingale, la enfermería psiquiátrica quedaba anclada en el manicomio, centrándose en la contención y custodia de los internados, velando por el cumplimiento de las normas de la institución y limitada a la aplicación de tratamientos biológicos<sup>13</sup>.

El primer manual encontrado que haga referencia al enfermero en los manicomios es un manual de 1909, Manual del enfermero en el manicomio de Conjo, que describe las características que debía reunir el enfermero encargado del cuidado de enfermos mentales y las actividades realizadas<sup>14</sup>.

En cuanto a las cualidades, el manual dice que *“El enfermero debe ser moral y prudente, cariñoso y amable, inteligente y buen observador, sobrio y arreglado,*

*inclinado a cumplir con su deber amigo del orden y del aseo y que tenga iniciativas*". También añade que debe estar *"Dotado de una paciencia angelical"*. El manual también hace referencia a las actividades realizadas por el enfermero: Observación, limpieza, alimentación, vestido, sueño y sujeción<sup>14</sup>.

En cuanto a la conducta a observar: *"Vuestra misión debe ser noble, consolándolos, exhortándolos, teniendo siempre para ellos palabras de benevolencia, no diciéndoles nada que pueda causarles disgusto, no contradiciéndolos con insistencia ni en son de autoridad y por último no burlándose de aquellos cuyos gestos y palabras inspiren risa"*<sup>14</sup>.

Otra sección la dedica a los tratamientos físicos que deben aplicar los enfermeros: en cuanto a la limpieza de los alienados: *"Una de las cosas en que debe fijarse más el enfermero es en la limpieza de sus enfermos"*. *"Lavándolos cuantas veces sea necesario en el día"*, *"mudando con frecuencia su vestido"*, *"teniendo gran vigilancia en lo que se refiere a su cama"*, *"variando sus ropas y jergones muy a menudo"*, *"y sobre todo tratando de hacer que muchos de estos enfermos lleguen a no ensuciar su lecho lo que se consigue teniendo horas fijas para llevarles al retrete"*<sup>14</sup>.

En la sección de la alimentación: *"En algunos casos es necesario vencer la repugnancia a alimentarse con remedios de dulzura: Cambiar al enfermo de sitio donde comer ordinariamente o mudar el personal encargado de servirle el alimento. Si esto no dice resultado: apelaríamos a la intimidación llevando al enfermo a la ducha, haciéndola funcionar y haciéndole sufrir sus efectos siempre y cuando estuvieran indicados"*. *"En ciertas ocasiones estos medios no dan el resultado que se apetece y entonces es necesario recurrir a la alimentación forzada por medio de la sonda esofágica y que todos conocen por ser de uso común en los manicomios"*. *"En lo que deben fijarse los enfermeros, por ser de su incumbencia, es en la alimentación de muchos enfermos que por falta de voluntad son incapaces de llevar la cuchara a la boca. A estos hay que alimentarles a mano"*<sup>14</sup>.

En la sección del vestido y del sueño en los alienados: *"Debe ponerse empeño en que los alienados anden lo más limpios posibles, en que no les falten botones a sus ropas y sus zapatos se hallen en buen estado. Es indudable que el aseo convierte muchas veces a enfermos con tendencias a hacerse clinequesas en enfermos limpios y aseados"*. *"El sueño de los alienados dura muy pocas horas, por eso es frecuente que se levanten de sus camas antes de las horas reglamentarias, hay que evitarlo, se*

*consigue sabiendo imponerse y teniendo cuidado de que no duerman durante el día en los jardines y salas de recreo*”<sup>14</sup>.

En cuanto a la vigilancia destacamos los artículos 7 y 11 del manual que refieren que los enfermeros tendrán cuidado de ocultar las llaves y de hacer el menor ruido posible al abrir y cerrar las puertas y que deben ejercer gran vigilancia para evitar la fuga de los enfermos y en particular la de los reclusos judicialmente<sup>14</sup>.

En cuanto a los medios de sujeción, se recomienda que se empleen sólo con orden médica y procurando que no molesten al enfermo. Resulta llamativo que dicho manual de 1909 dé gran importancia al enfermero como agente terapéutico para evitar las sujeciones. El manual dice: *“En los establecimientos bien montados estos medios tienen una aplicación excepcional, si se tiene un cuerpo de enfermeros capaces de hacerse querer y respetar por sus enfermos. Cuando se tiene el talento de ganar la afeción y confianza de los enfermos, estos agentes coercitivos son completamente inútiles*”<sup>14</sup>. Esto podría traducirse en los inicios de la relación terapéutica llevada a cabo hoy en día.

En un escrito realizado por el Dr. Gonzalo Rodríguez Lafora sobre el Manicomio Provincial de Madrid publicado en el “Seminario de la Vida Nacional” en 1916 también se destaca la importancia del personal enfermero para evitar las sujeciones. En el escrito se hace una réplica sobre el mal estado de dicho manicomio y se denuncia que no se utilice la hidroterapia porque dice *“ahorraría muchas camisas de fuerza”*. Respecto al uso de las camisas de fuerza recalca que se han suprimido en otros manicomios extranjeros pero *“que para ello es preciso más vigilancia, o lo que es lo mismo, más personal de enfermeros y mejor preparación técnica de los mismos”*. R. Lafora también denuncia que *“en Madrid no haya aún una enseñanza especial para enfermeros de enajenados, ya en el Hospital Provincial o ya en la Facultad de Medicina*”<sup>15</sup>.

El RD de 1885 que internó a los enfermos mentales en los manicomios tuvo vigencia hasta 1931. El RD de 3 de julio de 1931 reguló el internamiento de los enfermos mentales en España desde esa fecha hasta 1983, en que el artículo 211 de la Ley 13/83 lo sustituyó<sup>10</sup>. Actualmente la normativa aplicable es el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (ley 1/2000 de 7 de enero de 2000) que sustituye y amplía el contenido del artículo 211 del Código Civil (a su vez derogado por esta misma ley)<sup>16</sup>.

El objetivo del RD de 3 de julio de 1931<sup>17</sup> era que el manicomio dejara de ser el único lugar para tratar a los enfermos y dio lugar al Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional que reguló la existencia de tres servicios: dispensarios de higiene mental destinados al tratamiento y la asistencia de pacientes, donde el ingreso y salida dependían de su voluntad; dispensarios psíquicos donde la organización estaba delegada en las diputaciones o ayuntamientos; y los servicios sociales de asistencia como estructuras encargadas del seguimiento de los pacientes dados de alta, favoreciendo de esta manera la integración social. Destaca como figura clave la enfermera del servicio social de asistencia, ya que se ocupaba de realizar las visitas a domicilio para hacer un seguimiento de las indicaciones pautadas por el psiquiatra y conseguir la prevención de recaídas<sup>13</sup>.

El RD de 1931 fue modificado y aclarado por otro de 27 de mayo de 1932, por una Orden de 30 de diciembre de ese mismo año y posteriormente por el decreto de 16 de julio de 1935 que suspendió todos los proyectos de reforma en la reglamentación y servicios psiquiátricos oficiales<sup>18</sup>.

En cuanto a la situación de la enfermería psiquiátrica, en 1932, el Consejo Superior Psiquiátrico presidido por Gonzalo Rodríguez Lafora, impulsó la formación del enfermero psiquiátrico. En la Gaceta del 20 de mayo de ese mismo año se publicó la división del personal sanitario subalterno de los establecimientos psiquiátricos y los requisitos para presentarse al examen para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico. El personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos, públicos y privados, se dividía en Practicantes en Medicina y Cirugía con el diploma de Enfermeros Psiquiátricos y Enfermeros y Enfermeras Psiquiátricos. En cuanto a los practicantes, había dos practicantes para cincuenta pacientes y se encargarían de asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia, diurna y nocturna, y auxiliar a los médicos que tengan que prestar asistencia en los establecimientos. En cuanto a los enfermeros psiquiátricos, había uno por cada diez enfermos de vigilancia continua y uno por cada 150 de vigilancia discontinua, y se encargarían de realizar el cuidado directo, siendo el elemento auxiliar principal de la asistencia psiquiátrica intramanicomial<sup>19</sup>.

El examen para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico se realizaba anualmente en Madrid, Barcelona, Santiago y Granada y para poder presentarse se necesitaba un certificado en el que constara que se habían realizado dos años de estudios

en un establecimiento psiquiátrico, ser mayor de 22 años y haber pasado un examen médico y psicotécnico<sup>20</sup>.

Durante esta década, en los años 30, comenzaron a organizarse cursos para enfermeros psiquiátricos en diferentes instituciones españolas como el Manicomio de Valencia, el Hospital Psiquiátrico de Leganés, el Instituto Mental de la Diputación de Barcelona o el Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén. Tomando como ejemplo el Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén, podemos suponer que los citados enfermeros psiquiátricos habían sido formados en un primer cursillo de capacitación que habría comenzado en mayo de 1933. Sin embargo, los exámenes oficiales de carácter nacional para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico no fueron convocados hasta 1936 y fueron interrumpidos por la Guerra Civil<sup>21</sup>.

Durante la Guerra Civil, la población manicomial aumentó, ejemplo de ello es la situación de Madrid. El Hospital Provincial de Madrid se vio abarrotado por dementes, con la imposibilidad de trasladarles a los manicomios de Leganés y Ciempozuelos. En el manicomio de Toledo también se produjo la necesidad de trasladar a la mayor parte de sus pacientes por la situación de amenaza de guerra; además el aumento de internos hacía necesario más personal enfermero, como queda recogido en un archivo de la diputación provincial de Toledo escrito por Gonzalo Pulido García, director del manicomio en esa época, a la diputación:

*“El número de enfermos mentales es actualmente de 148, es suficiente un solo médico”. “Debiendo cuando aumente el número de enfermos aumentarse también el número de encargados de su vigilancia y aseo”. “Es decir que los enfermeros deben estar especializados y que los otros servidores deben llamarse mozos o sirvientes y encargados únicamente de la vigilancia y limpieza de los enfermos y menesteres domésticos en el establecimiento”<sup>22</sup>.*

En dicho documento se revela de nuevo la necesidad de una reforma legislativa en relación con la especialización de enfermeros que como se ha comentado se intentó en 1932. Sin embargo, dicha especialización no se consiguió y la confusión entre enfermero, sirviente o mozo continuó en los manicomios de Toledo, Leganés, Navarra y Valladolid entre otros<sup>22</sup>.

En el caso del manicomio de Jaén, tras la guerra los psiquiatras establecieron una división entre el personal enfermero (encargado del cuidado) y el personal sirviente (mozos de limpieza o de ayuda) y reanudaron los cursillos de capacitación psiquiátrica que habían comenzado durante la época republicana<sup>21</sup>.

Los cursillos de capacitación psiquiátrica de enfermeros en Jaén constaban de una doble vertiente teórica y práctica y se realizaban en el propio ambiente frenocomial. El alumnado incluía los enfermeros que tenían su cargo en propiedad “por guerra”, los enfermeros interinos (excombatientes y alumnos libres) y los practicantes. Después de realizar un examen y probar su capacitación fueron reconocidos con el “título de enfermeros diplomados en psiquiatría”, cuyo carácter era meramente provincial. Es probable que el programa teórico impartido se ajustase al contenido del libro “La asistencia al enfermo mental” de Luis Valenciano Gayá publicado en 1933. Este libro fue de referencia para los primeros cursos de formación de enfermería psiquiátrica documentados durante la Segunda República. De hecho, el único manual dedicado a los cuidadores de enfermos mentales previo al de Luis Valenciano Gayá fue el “Manual del enfermero de los manicomios”, antes mencionado<sup>21</sup>.

Los cursillos de capacitación psiquiátrica se fueron consolidando en las décadas posteriores a la guerra y se mantuvieron hasta la década de los setenta. Estos cursillos y otros de distintas instituciones, trataron de suplir la escasa atención que la administración sanitaria franquista le prestó a la formación de la enfermería, ya que la primera convocatoria para obtener el diploma de practicante y enfermero psiquiátrico no se realizó hasta junio de 1949<sup>21</sup>.

La Guerra Civil también paralizó la institucionalización de la psiquiatría impidiendo que las reformas iniciadas durante la república, antes comentadas, se pudieran llevar a cabo<sup>13</sup>.

Tras el establecimiento del franquismo, los hospitales quedaron en manos de la iniciativa privada o de las administraciones locales, sin recursos económicos y humanos. La atención ambulatoria siguió representada en gran medida por las consultas particulares, con algunas plazas de atención en los dispensarios de salud mental y alguna otra adscrita a las cátedras<sup>18</sup>.

El establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad implantado en 1942 no cubría la asistencia a los enfermos mentales, quedando estos discriminados<sup>18</sup>.



La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, señaló la responsabilidad del Estado en la dirección técnica de la asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de la Gobernación. Esta intervención del Estado fue reforzada en 1955 con la creación de un organismo, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PNAP), encargado de centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica. Frente a estos intentos, la Ley de Bases del Régimen Local de 1945, tuvo más éxito en su aplicación, ya que confirmaba la responsabilidad que las diputaciones provinciales habían venido desarrollando en el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos provinciales<sup>18</sup>.

El lamentable estado en que se encontraba la asistencia psiquiátrica continuó durante los años siguientes, tanto por los problemas comunes de la organización sanitaria del franquismo como por los propios de la asistencia psiquiátrica. La distribución de los recursos era desigual: dos tercios de las camas estaban en los psiquiátricos provinciales, el tercio restante en manos de instituciones religiosas, y un escaso porcentaje, en las residencias privadas<sup>18</sup>.

El PNAP se creó con la intención de reducir el número de pacientes internados mediante la centralización de la asistencia. Entre sus funciones se encontraban la creación de dispensarios, la elaboración de programas de prevención, la formación de personal enfermero, la puesta en marcha de reformas legislativas y las labores de inspección de los establecimientos. Sin embargo, este programa quedó reducido en la práctica a la gestión de algunos hospitales de carácter custodial, la elaboración de algunos cursillos de formación y la publicación de textos sobre asistencia<sup>18</sup>.

Durante este período y durante las décadas posteriores la psiquiatría manicomial siguió siendo el modelo asistencial y lugar de encierro de los pacientes, quedando excluidos todo tipo de corrientes que no fueran las oficiales. Se estableció una separación entre la enfermería psiquiátrica del resto del sistema asistencial, dificultando su crecimiento profesional. La enfermería psiquiátrica siguió reproduciendo antiguos manierismos y rutinas mientras que en el extranjero aparecían distintas corrientes cuyo objetivo se centraba en buscar fundamentos científicos de la profesión. Se empezaron a formular teorías y modelos que concretan el marco teórico de la enfermería actual, destacando la figura en el ámbito de la salud mental de Hildegard Peplau (1952) basada en las ciencias del comportamiento<sup>13</sup>.

A partir de los años 60 se produjo un cambio en la asistencia debido al desarrollo económico. En 1966 entró en vigor la Ley de Bases de la Seguridad Social, elemento básico para la organización de la asistencia sanitaria durante la segunda mitad de la época franquista. Gracias a estos progresos se construyeron hospitales generales de titularidad pública distribuidos por todo el país, sin embargo, la situación de la asistencia psiquiátrica siguió un camino distinto. Por una parte estaba marginada de la cobertura del Seguro Obligatorio de Enfermedad, y por otra no resultaba rentable la apertura de salas para enfermos agudos en los hospitales generales cuando las diputaciones ofrecían la posibilidad de ampliar sus plazas con un coste notablemente inferior. De este modo, las únicas unidades que se abrieron al amparo del RD de 1931 fueron las adscritas a las cátedras con el fin de asegurar la continuidad de las Escuelas Profesionales de Postgraduados y con las que operar en igualdad de condiciones que las clínicas médicas y quirúrgicas, entrando en una dinámica de funcionamiento propia de un hospital general. Estas unidades se dedicaban a procesos agudos con internamientos de breve duración, lo que las alejaba de la praxis del medio manicomial<sup>18</sup>.

Estas circunstancias trajeron consigo tres consecuencias: la saturación de los manicomios provinciales, la carencia de instituciones apropiadas para determinado tipo de enfermedades como el alcoholismo, las toxicomanías o los disminuidos psíquicos; y la modificación en la demanda asistencial, que llevó a la población a consultar la patología psiquiátrica considerada “menor” a los médicos generales, ante la evidente imagen degradada del psiquiatra<sup>18</sup>.

#### **4.4 Reforma de la atención psiquiátrica y creación de la categoría profesional de enfermera especialista en salud mental**

En los años 70 comenzaron a proponerse reformas psiquiátricas cuyos objetivos eran la reintroducción del pensamiento social en la asistencia al enfermo mental, su reintegración a la sociedad para acabar con el aislamiento al que había sido sometido por la ideología del tratamiento manicomial y la diferenciación entre la asistencia médica y la psiquiátrica<sup>18</sup>.

En 1975, la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria envía un informe al Gobierno afirmando que “*dentro de una asistencia sanitaria degradada,*

*caótica y anacrónica, destaca el estado de subdesarrollo e inadecuación del sector psiquiátrico*”<sup>23</sup>.

La propia Dirección General de Sanidad reconocía en los medios de comunicación (diario Ya, 1976) la crisis en que se encontraba la asistencia psiquiátrica. En el año 1976 la OMS creó un grupo de trabajo para elaborar un informe “Sobre el futuro de los hospitales mentales”. El informe presentado en 1978 por el Dr. Montoya Rico demuestra la precaria situación de los hospitales psiquiátricos. Afirma que el ratio medio de personal/cama era 0.25, los psiquiatras apenas dedicaban 3 horas diarias en los hospitales y que el personal de enfermería carecía de formación adecuada. Los recursos económicos eran entorno al 7.6% del gasto total en servicios sanitarios. El número de camas para pacientes mentales existentes en 1974 era de 46.779, lo que representa una tasa de 1,4 camas por mil habitantes y solamente un 20% de ellas tenían una rotación aceptable, el resto estaban ocupadas por pacientes crónicos o de larga estancia<sup>23</sup>.

En una publicación de la Diputación de Valladolid en 1976, se escribía “*Raro es el día que no nos encontremos en las revistas especializadas, de divulgación e incluso en los periódicos, alguno de los calificativos que enjuician la situación actual de la asistencia psiquiátrica, catastrófica, lamentable, deplorable...*”<sup>23</sup>.

En 1985 la secretaria de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica realizó un documento proponiendo una reforma profunda de la atención psiquiátrica. Alguna de las ideas motrices en las que se fundamentaría la reforma, explícitas en dicho documento son:

“Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad”.

“La asistencia psiquiátrica y la atención a la salud mental debe contemplar también la prevención y las tareas de reinserción social”.

“La práctica de salud mental debe estar incluida en la práctica de la atención sanitaria general. Más aún, la conceptualización de la salud integral debe implicar las necesarias nociones teóricas en materia psicológica”<sup>24</sup>.

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en el artículo 20, proyectó las bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica planteando un modelo comunitario y desinstitucionalizador y su total integración en la sanidad general<sup>25</sup>.

Con esta norma España empezó el proceso de cambio en la asistencia psiquiátrica que otros países democráticos desarrollados ya habían iniciado tras la Segunda Guerra Mundial (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Italia...) <sup>25</sup>.

Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. Se integraron todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria y coordinada con los servicios sociales. La organización de la sanidad en áreas sanitarias supuso que se desarrollaran servicios de salud mental en cada área. Los equipos ambulatorios tomaron cargo del paciente y se desarrollaron unidades de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias, residencias de salud mental). A su vez, se crearon unidades en los hospitales generales y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos <sup>25</sup>.

Por otra parte, la LGS también realizó cambios en las normativas legales que afectaban a los enfermos mentales, se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando una legislación específica que pudiera discriminarles <sup>25</sup>.

En cuanto a la especialización de enfermería, desde la orden de 1932 que aprobaba el programa para obtener el certificado de aptitud de enfermero hasta 1970 no tuvo ningún avance. En 1970 se crea la especialidad de Psiquiatría en los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) que regulaba aspectos de la formación y preveía la necesidad de tener un diploma de especialista en psiquiatría para acceder a los puestos de trabajo de dicha especialidad <sup>3</sup>.

En 1987 el RD 992/1987 de 3 de julio, reguló la obtención del título de Enfermero Especialista en diferentes especialidades con carácter universitario, pero no es hasta 1998 cuando se convocan por primera vez plazas para la formación de enfermeros especialistas de salud mental. Dicha formación consistía en un periodo formativo de un año por el sistema residencia, con la constitución de unidades docentes de enfermería de salud mental <sup>3</sup>.

En el 2003, con la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, comenzó a ser competencia de cada comunidad autónoma la

creación de la categoría de enfermería especialista en salud mental y la convocatoria de las plazas oportunas<sup>3</sup>.

Actualmente la especialización de enfermería está vinculada a la formación de Grado en enfermería. El RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería continúa en vigor; aunque se ha desarrollado un nuevo plan formativo posgrado de la especialidad de enfermería de salud mental, plan EIR, que aumenta la residencia a dos años por la orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo 2011<sup>3</sup>.

En 2015 se alcanzó un acuerdo por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las CC.AA sobre el calendario de creación de las categorías de enfermeras Especialistas, en el cual se reflejaba que antes de mayo del 2016 debería estar creada la categoría de enfermera Especialista de Salud Mental en todas las CC.AA<sup>3</sup>. La realidad es que dicho acuerdo no se corresponde con la situación actual. Según el marco normativo y legislativo en las diferentes CC.AA del acerca del reconocimiento de la categoría profesional del enfermero especialista en salud mental, la categoría de enfermera especialista de salud mental solo está creada en siete comunidades: Galicia, Cantabria, Murcia, Comunidad Valenciana, Aragón, Extremadura e Islas Baleares<sup>26</sup>.

La salud mental ha avanzado mucho tras la reforma iniciada en los 80 sin embargo aún tiene camino por recorrer para evitar que el estancamiento que sufre actualmente suponga un retroceso. El artículo 20.1 de la LGS dice: La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización<sup>27</sup>. Sin embargo, como expone Fernando Colina, Psiquiatra, Jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid, la realidad es que se tiende al hospitalocentrismo y la atención en la comunidad ha sido cedida a los servicios sociales. Si antes de la reforma el centro de elección eran los hospitales psiquiátricos ahora son los generales. El camino hacia el que debe avanzar la salud mental es reducir las unidades de hospitalización y fomentar la atención en la comunidad o la hospitalización a domicilio o en red de pisos sanitarios, de forma que la institucionalización del paciente tenga cierta autonomía<sup>28</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

---

- Desde el siglo XV, algunos hospitales de España como el Hospital de Inocentes de Valencia y el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, fueron pioneros en introducir la terapia ocupacional como base del tratamiento de los enfermos mentales, evitando los medios de sujeción como proponía Philippe Pinel; pero, sin eliminarlos. Se puede concluir que en España se daban las condiciones para que la psiquiatría avanzara.
- A principios del siglo XX las funciones del enfermero manicomial consistían en encargarse de que las necesidades de alimentación, sueño, higiene y vestido estuvieran cubiertas; también era el personal encargado de su vigilancia, pero lo más destacable es que se consideraba un agente terapéutico capaz de evitar las sujeciones. Sin embargo, la escasez de personal enfermero y la falta de enseñanza específica para enfermeros psiquiátricos generaba sujeciones innecesarias.
- El RD de 1885 supuso que muchos enfermos mentales sufrieran una privación de su libertad. Pese a los intentos de mejora que proponía el RD de 1931 y el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional, en 1935 se suspendieron todos los proyectos de reforma psiquiátrica. Con la ley de bases de la Sanidad Nacional (1944) y la creación del PNAP (1955) se intentó centralizar y coordinar la asistencia de los enfermos mentales así como hacer al estado responsable, sin embargo estos intentos fracasaron. El resultado es que el enfermo mental quedaba discriminado en la asistencia y continuó en manicomios abarrotados. La reforma de la asistencia psiquiátrica se empezó a forjar a partir de los años 70. En 1985 se presentó el documento de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, la cual se consiguió con la LGS. Se puede concluir que el enfermo mental ha estado marginado del sistema sanitario hasta 1986.

- La formación de la enfermería psiquiátrica se impulsó por primera vez en 1932, el primer examen oficial para obtener el título se convocó en 1936, siendo interrumpido por la Guerra Civil. Durante la década de los 30 comenzaron a crearse cursillos de capacitación psiquiátrica en diferentes establecimientos psiquiátricos, pero no es hasta 1970 cuando se produce un nuevo avance con la creación de la especialidad de Psiquiatría en los estudios ATS. En 1987 se regula la obtención del título de enfermero especialista con carácter universitario y en 1998 se convocan plazas para la formación de enfermeros especialistas de salud mental por primera vez. Actualmente la especialidad de psiquiatría está vinculada a un plan formativo posgrado EIR que cuenta con dos años de residencia. La creación de la categoría de enfermera especialista y la convocatoria de plazas es competencia de las CC.AA. El panorama actual es que sólo está creada en 7 CC.AA.

Se puede concluir que la profesionalización de la enfermería especialista en salud mental ha avanzado a un ritmo inferior que otras especialidades.

## 6. DISCUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

---

Con la elaboración de esta revisión bibliográfica he podido constatar que existe poca bibliografía referente a los cuidadores del enfermo mental en la antigüedad y sobre la enfermería especialista de salud mental; sin embargo, hay suficiente información que tras ser revisada permite concluir que las enfermedades mentales han sido un gran estigma para la sociedad. Considero, que estudiar el pasado de los enfermos mentales y conocer las aberraciones cometidas ayuda a avanzar y concienciar a la población de la importancia que tiene realizar una prevención y un correcto cuidado de las enfermedades mentales.

Como he mencionado antes, la salud mental aún tiene camino que recorrer y debería suscitar mayor interés en cuanto a investigación y destinación de recursos. Como se ha expuesto, en el siglo XVIII se abogó por la terapia ocupacional y comenzó a dar resultados; ahora, en el siglo XXI se debería fomentar más la atención en la comunidad, siempre que se pueda, de tal forma que el enfermo se sienta realizado y sea partícipe de su proceso terapéutico.

Por otra parte, en cuanto a la enfermería especialista de salud mental, se debe conseguir mayor visibilidad y un mayor campo de acción; no debería limitarse a trabajar en las unidades de hospitalización sino abordar también al paciente en su medio.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria; [Internet] 2007. [consulta marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan\\_salud\\_mental\\_Castilla\\_Leon.pdf](http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_Castilla_Leon.pdf)
2. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y consumo; [Internet] 2007. [consulta marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
3. Huizing E, Molino JL, López JA, Pérez AM. Perfil de las enfermeras de los servicios de salud mental de España. Rev. Presencia [Internet]. 2015 [consulta marzo de 2016];11(21). Disponible en: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/presencia/n21/p10180.php>
4. Bobes J, Bousoño M, Gonzalez MP, López JL, Sáiz P.A. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2001.
5. Piñeiro M A, Siles J, Cibanal J, Manuel L. Salud Mental en sociedades ancestrales: Una aproximación mediante la obra de Malinowski, Mead y Bateson. Rev. Presencia. [Internet] 2015 [consulta marzo de 2016]; 11(22). Disponible en: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/presencia/n22/p10412.ph>
6. Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Rev. Neuropsiq. [Internet] 2013 [consulta marzo de 2016]; 76 (4). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1170/1202>
7. López-Ibor J.J. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Rev. Actas Esp. Psiquiatr. [Internet] 2008 [consulta marzo de 2016]; 36 (1):1-9. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>
8. Castelao S, De Paz S. Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2013 [consulta marzo de 2016]; 33 (117), 81-94. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16589/16429>

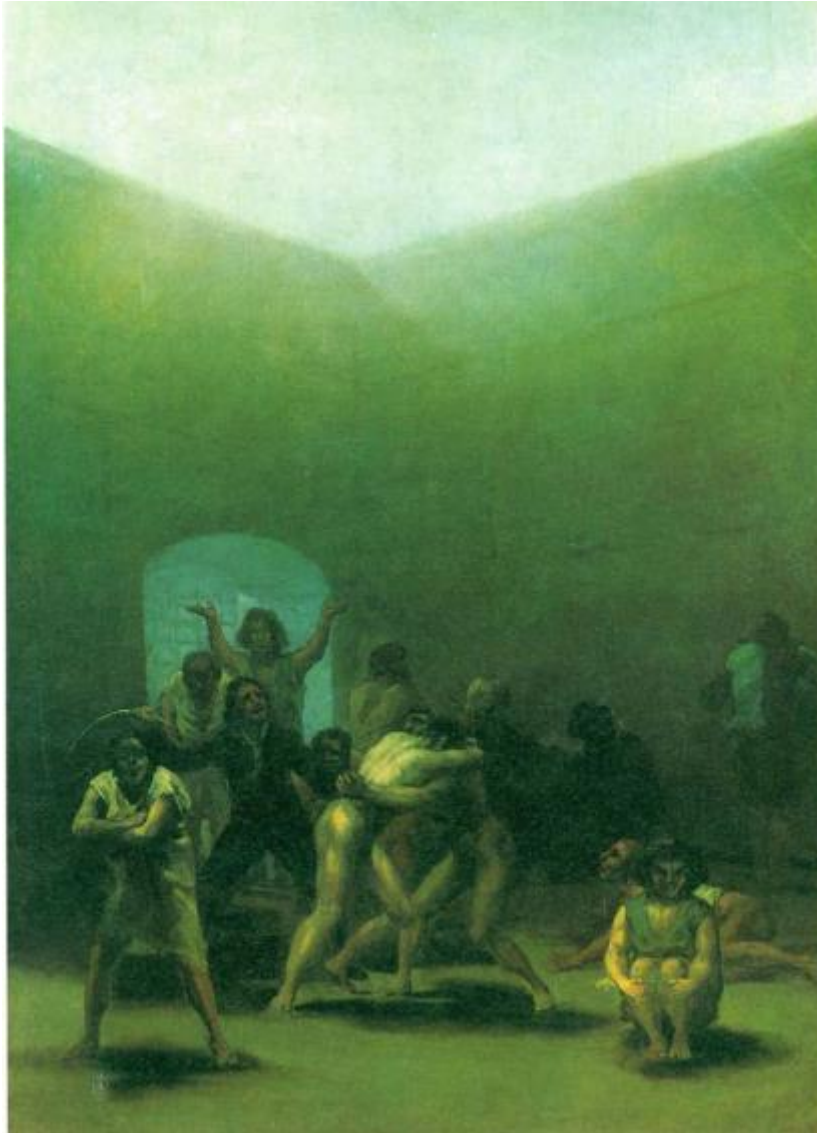
9. Fernández A, Seva A. Goya y la locura. Zaragoza: A. Fernández; 2000. Disponible en: [http://155.210.60.69/InfoGoya/Repositorio/Libros/Fernandez2000\\_GoyaLocura](http://155.210.60.69/InfoGoya/Repositorio/Libros/Fernandez2000_GoyaLocura)
10. Aztarain J. El nacimiento y la consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954). Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2005. Disponible en: <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/75a3f123-4396-4bdf-b487-299ef1c5ec36/146494/asistenciapsiquiatrica.pdf>
11. Gaceta de Madrid. Nº 135. 15 de mayo de 1885. Tomo 2. Pág. 447-450. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1885/135/A00447-00450.pdf>
12. Gaceta de Madrid. Nº 141. 21 de mayo de 1885. Pág. 511. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1885/141/A00511-00511.pdf>
13. Prados MA, Morales A, García J.F. Del manicomio a la salud mental comunitaria en Andalucía. Rev. Temperamentvm [Internet] 2010 [consulta marzo de 2016]; 12. Disponible en <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/temperamentum/tn12/t7505.php>
14. Villasante O. El Manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludeo de la formación en enfermería psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2015 [consulta marzo de 2016]; 35 (126). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n126/historias.pdf>
15. Lafora R. La Polémica en torno a los manicomios, 1916. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2011 [consulta abril de 2016]; 31 (112), 777-789. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n4/14.pdf>
16. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. (Boletín Oficial del Estado, número 7, de 8-11-2000). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>
17. Gaceta de Madrid. Nº 188. 7 de julio de 1931. Pág. 186-189. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/188/A00186-00189.pdf>
18. Dualde F. Legislación y asistencia psiquiátricas durante el franquismo: consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia. Rev. Cronos [Internet] 2007 [consulta marzo de 2016]; 89-136. Disponible en: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/102620/1/2014\\_09\\_15\\_Vol\\_10\\_89-136.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/102620/1/2014_09_15_Vol_10_89-136.pdf)

19. Gaceta de Madrid. Nº141. 20 de mayo de 1932. Pág. 1334-1335. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1932/141/A01334-01335.pdf>
20. Gaceta de Madrid. Nº141. 20 de mayo de 1932. Pág. 1335-1336. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1932/141/A01335-01336.pdf>
21. Villasante O. La formación de “enfermeros psiquiátricos” durante la posguerra española: a propósito de Jaén (1939-1955). Rev. Norte de salud mental [Internet] 2015 [consulta marzo de 2016]; 13(53), 93-103. Disponible en: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/846/840>
22. Vázquez P. Viscitudes del manicomio de Toledo durante la Guerra Civil Española (1936-1939). Rev. Norte de salud Mental. 2014; 12 (50), 116-123.
23. García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud. Madrid: Díaz de santos; 1998.
24. Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Ministerio de sanidad y consumo; 1985.
25. Desviat, M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. Rev. Esp. Salud Pública [Internet] 2011; 85: 427-436. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02\\_colaboracion1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf)
26. Situación actual del marco normativo y legislativo, en la diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español, acerca del reconocimiento de la categoría profesional de Enfermera/o Especialista en Salud Mental a fecha de 10 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.anesm.org/destacados/situacion-actual-del-reconocimiento-de-la-especialidad-de-enfermera-especialista-de-salud-mental-en-las-comunidades-autonomas>
27. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
28. Colina F. Luces y sombras de la salud mental. Rev. Norte de salud mental [Internet] 2016 [consulta abril de 2016]; 13 (54). Disponible en: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/852/845>

## 8. ANEXOS

---

### Anexo 1: Obra de Goya: “Corral de locos”



Fuente bibliográfica: Fernández A, Seva A. Goya y la locura. Zaragoza: A. Fernández; 2000.  
Disponible en: [http://155.210.60.69/InfoGoya/Repositorio/Libros/Fernandez2000\\_GoyaLocura](http://155.210.60.69/InfoGoya/Repositorio/Libros/Fernandez2000_GoyaLocura)