

c0005 **Historia de los cuidados de salud mental**

José Siles

Profesor Titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, Alicante.

**ÍNDICE DEL CAPÍTULO**

o0010 **1 Introducción** 1  
 o0015 **2 De la custodia al cuidado del enfermo mental** 4  
 o0020 **3 Custodia y enajenados o poseídos en el marco del paradigma teológico** 5  
 o0025 **4 Custodia y cuidados en el marco histórico y cultural del paradigma racional tecnológico** 6  
 o0030 4.1 La reforma de la enfermería mental: practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricos durante el primer tercio del siglo xx 7  
 o0035 4.2 Los cuidados de enfermería en salud mental tras la guerra civil 8  
 o0040 **5 Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma hermenéutico** 8  
 o0045 **6 Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma sociocrítico** 9  
 o0050 **7 Conclusiones** 9

st0120 **1 INTRODUCCIÓN**

p0385 El objetivo esencial de este capítulo consiste en describir la historia de los cuidados de salud mental desde la perspectiva de la enfermería. Tarea ardua y casi utópica si no se renuncia al reduccionismo de la enfermedad mental y sus cuidados; es decir, a una visión fragmentada y parcial de una cuestión tan compleja y llana de matices históricos y culturales como la enfermedad mental.

p0390 ¿Cómo afrontar con ciertas garantías el propósito de conocer y comprender un fenómeno tan complejo como la enfermedad mental y los cuidados que esta ha demandado a lo largo de la historia? ¿Qué factores han incidido en la interpretación de la enfermedad mental, sus tratamientos y cuidados desde la perspectiva de la enfermería?

p0395 La estrategia que se va a emplear para presentar la historia de los cuidados de enfermería en salud mental parte de la premisa de valorar, esencialmente, todos los factores que convergen en la forma de interpretar las causas, los tratamientos y los cuidados de la enfermedad mental. Los modelos explicativos nos permiten analizar esta variedad/complejidad de elementos y factores esenciales que conforman la realidad de esta enfermedad y sus cuidados en cada fase histórica. La locura, demencia o alienación ha sido interpretada como un fenómeno caracterizado por una asimetría especialmente impactante respecto a las creencias, valores, sentimientos y, finalmente, conductas dominantes a lo largo de la historia. Es decir, el enfermo mental se interpreta como tal por diversos motivos: capacidades perceptivas alteradas (vivencias en la irrealidad), creencias y valores (alteración de los principios y supuestos sobre los que se establece la base de la convivencia y la coherencia social). El demente no se ajustaba en su comportamiento a las normas que rigen la convivencia en un contexto social dado y, en consecuencia, ha sido sujeto de apartamiento o marginación social de diversas formas. Esto no siempre quiere decir que el individuo que mantiene una postura moral y estética

que choca con la sociedad sea un enfermo mental, pues en más ocasiones de las que se pudiera imaginar es la sociedad la que se halla sumida en una decadencia moral y ética que puede equipararse en muchos aspectos a la enfermedad, como es el caso de los totalitarismos caracterizados por equiparar el disentimiento o libre albedrío con la demencia<sup>1</sup>.

La manera en que las personas (pacientes, profesionales de la salud) intentan comprender las enfermedades mentales se vertebra a través de modelos explicativos arraigados cultural e históricamente. Kleinman sostiene que el modelo explicativo consiste en una serie de nociones compartidas socialmente que contribuyen a comprender los procesos de salud/enfermedad más sus tratamientos y cuidados<sup>2</sup>. Los modelos explicativos resultan particularmente útiles para la comprensión de un tipo de enfermedad muy difícil de asimilar y que a lo largo de la historia ha provocado pavor, confusión y, sobre todo, estigmatización: la enfermedad mental. El miedo, la confusión y la estigmatización que provoca la incapacidad para entender la enfermedad mental también han acompañado desde la prehistoria los tratamientos y cuidados demandados por estos procesos. Asimismo, las causas, los tratamientos y los cuidados de los enfermos mentales se han cimentado en nociones que han sido avaladas por la magia, la religión, la ciencia o las tradiciones populares. Este conjunto de supuestos, ideas acerca de la enfermedad mental y sus cuidados, constituyen la arcilla que ha servido para moldear el tipo de atención dado a las personas afectadas por algún tipo de enfermedad mental y que, históricamente, ha evolucionado desde un tipo de atención-custodia a los cuidados de enfermería.

En consecuencia, se aporta una visión de la enfermedad mental y sus cuidados desde la perspectiva de la historia cultural, entendida por Siles como la especialidad de la ciencia histórica que tiene por objeto el estudio del ser humano inmerso en su cultura a través del tiempo, considerando todos aquellos comportamientos, ideas, sentimientos, símbolos y significados acontecidos en un

contexto social, económico familiar y laboral determinado y que están implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de salud de un grupo humano<sup>3</sup>.

p0410 La enfermedad mental y sus cuidados han estado vinculados a procesos de construcción simbólica, a las representaciones sociales y a los valores. Entre la simbología destacan aquellos que hacen referencia a castigo, cadenas, represión, cárcel, manicomio, sifilicomicio, frenopático, marginación, ocultamiento, pecado, infierno, demonio, etc. Esta simbología da idea de la dificultad que ha tenido el ser humano para interpretar con normalidad una enfermedad que ha provocado tanta desazón como la mental.

p0415 Para conocer las diferentes nociones sobre las que se han construido los modelos explicativos de la enfermedad mental en las distintas fases históricas se puede recurrir al concepto de paradigma debidamente contextualizado. Siguiendo a Kuhn, un paradigma se puede interpretar como un conjunto de principios, supuestos, creencias y valores

que son asumidos colectivamente por un grupo humano de carácter social, político, profesional o científico<sup>4</sup>. Los paradigmas, por tanto, potencian una perspectiva hegemónica respecto al tema que se trate en una comunidad dada. Por tanto, pueden servir para conocer lo que, de forma mayoritaria, se ha entendido por enfermedad mental y sus tratamientos y cuidados en cada fase histórica.

El paradigma a través de la historia contiene, regula p0420 y transmite las creencias, valores, conocimientos y sentimientos<sup>5,6</sup> que sirven para construir las ideas acerca de la enfermedad mental y, consecuentemente, sus tratamientos y cuidados. Es decir, los paradigmas contribuyen a la clarificación y a la comprensión de lo que se puede entender por enfermedad mental, así como sus tratamientos y cuidados en cada momento histórico y cultural. A lo largo de la historia de la humanidad se distinguen, esencialmente, cuatro paradigmas: teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico (cuadros 1-1 y 1-2).

b0010 CUADRO 1-1. Los cuidados de salud mental en los paradigmas teológico y racional tecnológico

st0010	<b>EL PARADIGMA TEOLÓGICO (modelo explicativo predominante: folk)</b>
st0015	<b>HECHICERO-CURANDERO-CHAMÁN-BRUJA-SACERDOTE (elemento funcional)</b>
u0010	• Agente controlador del proceso de enfermedad mental: diagnóstico-tratamiento-cuidados.
u0015	• Interpretador de las causas de la enfermedad.
u0020	• Manipulador externo y subjetivo respecto del estado de salud mental del paciente.
u0025	• Maestro de ceremonias y aplicador de prescripciones en el transcurso ritos mágico-religiosos con la finalidad expulsar demonio, espíritu maligno provocador de la locura.
st0020	<b>LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)</b>
u0030	• Alrededor fuego, cueva, abrigo rocoso, templo, hospital religioso, etc.
st0025	<b>PACIENTE</b>
u0035	• Pecador, impuro, endemoniado o poseído por los espíritus. Objeto de control y marginación social. Destinatario de prescripciones terapéuticas mágicas-religiosas.
st0030	<b>TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)</b>
u0040	• Magia empírica mágico-religiosa experimental.
u0045	• Animismo y/o religiones.
u0050	• Elaboración de concepciones de la locura, demencia como pecado, castigo de los espíritus, demonio, etc.
st0035	<b>CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)</b>
u0055	• Concepto sobrenatural: explicación animista, religiosa.
st0040	<b>PARADIGMA RACIONAL TECNOLÓGICO (modelo explicativo predominante: preprofesional y profesional técnico)</b>
st0045	<b>PROFESIONAL TÉCNICO DE LA SALUD MENTAL (elemento funcional)</b>
u0060	• Agente controlador del proceso.
u0065	• Manipulador externo y objetivo respecto del estado de salud paciente y sus necesidades.
u0070	• Aplicador de prescripciones.
st0050	<b>LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)</b>
u0075	• Manicomio, frenopático, hospital psiquiátrico, casa de reposo, etc.
st0055	<b>CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)</b>
u0080	• Concepto negativo/vacío: salud como ausencia de algo, omisión de manifestaciones clínicas o privación de sintomatología.
u0085	• Empirismo racional (objeto extraño en el cerebro: piedra).
u0090	• Ciencia natural heredera del neopositivismo.
u0095	• Carácter objetivo de la actividad científica y de la causa de la enfermedad.
u0100	• Control externo del proceso.
u0105	• Investigación experimental (búsqueda del objeto perturbador de la salud mental: piedra, tumor, malformación, pruebas estandarizadas, test, encuestas).
st0060	<b>CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)</b>
u0110	• Loco como consecuencia de un elemento de la mecánica corporal que no funciona (cerebro, piedra, electroshock, lobotomías, etc.).
u0115	• Elaboración científico-técnica concepto de enfermedad mental.

b0015

**CUADRO 1-2. Los cuidados de salud mental en los paradigmas hermenéutico y sociocrítico**

st0065

**PARADIGMA HERMENÉUTICO (modelo explicativo dominante: profesional-humanista)**

st0070

**PROFESIONAL DE LA SALUD: ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL (elemento funcional)**

u0120

- Agente de comunicación comprensiva e interactiva del proceso de salud-enfermedad mental.

u0125

- Interpretador de la realidad del paciente.

st0075

**LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)**

u0130

- Hogar del paciente, centro de atención primaria, hospital psiquiátrico, clínica de salud mental, etc.

st0080

**CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)**

u0135

- Concepto situacional elaborado interactivamente (paciente-enfermero).

u0140

- Enfermería como construcción personal.

u0145

- Sociología interaccionista.

u0150

- Hermenéutica y fenomenología de los cuidados.

u0155

- Antropología cultural.

u0160

- Investigación etnográfica.

u0165

- Estudio de significados en sus contextos (métodos y técnicas fenomenológicas, narrativas y biográficas-autobiográficas).

st0085

**CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)**

u0170

- Resultado de la práctica interpretativa. Acto de comprensión individual y subjetiva.

u0175

- Salud-enfermedad mental interpretados según pautas establecidas mediante ideologías, creencias, valores y sentimientos.

u0180

- No existe un concepto exclusivo de salud-enfermedad mental, dado que varía según realidades situacionales y culturales.

st0090

**PARADIGMA SOCIOCRTICO (modelo explicativo dominante: profesional-antropológico-humanista)**

st0095

**PROFESIONAL DE LA SALUD: ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL (elemento funcional)**

u0185

- Agente de cambio respecto del estado de salud-enfermedad del sujeto.

st0100

**LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)**

u0190

- Hogar del paciente, centro de atención primaria, hospital psiquiátrico, clínica de salud mental, escenarios comunitarios comunes habilitados adecuadamente (locales de asociaciones de salud mental), etc.

st0105

**CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)**

u0195

- Concepto positivo (no exclusivamente la ausencia de síntomas o conductas atípicas).

u0200

- Reelaboración del mismo por parte del sujeto.

u0205

- Enfermería de salud mental (cuidados) como construcción social.

u0210

- Dialéctica-subjetividad-objetividad.

u0215

- Potencial de deconstruir-construir nuevas realidades.

u0220

- Investigación crítica y socioantropológica. Deconstruccionismo. Psicoanálisis.

u0225

- Estudios de contextos personales y sociales.

u0230

- Cuidados de enfermería en salud-enfermedad mental enfocados como intervención en práctica social y antropológica del sujeto, la familia y la comunidad.

st0110

**CONCEPTOS DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)**

u0235

- Resultado de la práctica interpretativa. Acto de comprensión y acción individual y subjetiva.

u0240

- Concepto derivado de psicoanálisis y narrativas del sujeto (participa en su construcción).

u0245

- Multidimensionalidad sustentada en radicales antropológicos o antropocosmológicos (Morin): producción (Marx), psique (Freud), amor (cristianismo), ciencia moderna, poesía.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Para dotar de esencialidad este empeño histórico sin caer en reduccionismos es preciso adoptar los paradigmas de una visión estructural que nos permita no perdernos en el detalle, lo puntual o lo anecdótico. Para ello se emplean tres estructuras en cada uno de ellos: unidad funcional, marco funcional y elemento funcional<sup>3</sup>.

1. Por unidad funcional entendemos la estructura social básica de convivencia y socialización transmisora de los conocimientos, creencias, valores, sentimientos, prejuicios, etc., que en cada momento histórico han servido de base conceptual y estética para entender la enfermedad mental y conferirle una lógica terapéutica a sus cuidados. Prácticamente, todas las actividades del ser humano están reguladas por sistemas de creencias (desde al animismo a las religiones y hasta la ciencia actual) que proyectan sus referentes estéticos en lugares, actores

sociales, imaginario social de la enfermedad mental (pintura, arquitectura, escultura, etc.).

2. El marco funcional constituye el espacio en el que se acogia y se cuidaba a los enfermos mentales en cada fase histórica. Estos escenarios estaban vinculados, lógica y estéticamente, a la red conceptual de valores y creencias propiciados por cada unidad funcional. Desde atender al enfermo mental alrededor del fuego en la cueva (prehistoria) hasta los modernos hospitales de hormigón y repletos de simbología tecnológica, pasando por los templos de religiones politeístas o monoteístas.
3. El elemento funcional es el actor social encargado de organizar y dispensar los cuidados a los enfermos mentales. También está conectado lógica y estéticamente a la unidad funcional: hechiceros, monjes, médicos, cuidadores, enfermeras, curanderos, etc.

p0440 Los cuidados varían según la unidad funcional se construya mediante creencias sobrenaturales (animismo, religiones o sucedáneos de las mismas) o se articule en torno a creencias y supuestos racionales de índole laicosolidarios. En asunto de locos o alienados, si la interpretación de las causas se sostiene en argumentos sobrenaturales, los cuidados se adaptan a un ideario que se corresponde con ese imaginario.

p0445 A pesar de la globalización, hoy día sigue prevaleciendo la forma diferente de organizar los cuidados de salud mental según la unidad funcional hegemónica (conocimientos, creencias, valores, símbolos, sentimientos), y estará vigente un tipo u otro de modelo explicativo en cada fase histórica. La unidad funcional ha regulado la motivación y cuidados de salud mental según sectores: popular, folk y profesional<sup>2</sup>.

p0450 El sector popular o profano es el más amplio y variado y está estrechamente vinculado a lo doméstico, lo cotidiano y a las tradiciones regionales. En este contexto, los enfermos mentales se consideran un asunto privado, reciben un cuidado de tipo doméstico y no pierden contacto con la comunidad, dado que el espacio donde tienen lugar suele ser el hogar, y el elemento funcional una persona de la familia, la red social o la comunidad. Los enfermos mentales que no tenían familia ni quien les atendiera, si no tenían conductas que comprometieran la ley o la moral públicas, vagaban por las calles; en cambio, si tenían conductas alteradas podían ser internados en cárceles o centros asilares con fines estrictamente de apartamiento de la sociedad. Una persona podía *perder la razón* por culpa de un mal de ojo u otro conjuro y era alguien de la propia vecindad —generalmente una mujer mayor— la encargada de deshacer el conjuro y restablecer la cordura del enajenado. Cuando la cosa pasaba a mayores y el *demente* cometía alguna tropelía de difícil reparación, generalmente, se traspasaba el límite del sector popular, dada la dificultad para la convivencia con el alienado y la estigmatización que conllevaba la misma, y se iniciaba una nueva fase en el ámbito de lo folk o lo profesional (ámbitos de mayor nivel de especialización). También corresponde a este sector doméstico o popular el patrimonio constituido por el conjunto de conocimientos profanos, creencias, valores, símbolos y tradiciones acerca de los locos/dementes y sus cuidados, que han sido transmitidos generacionalmente y son compartidos por un grupo de personas y familias. El sector popular, aunque minoritario en Occidente, sigue vigente, conjuntamente con el folk, en culturas donde se han desarrollado poco las tecnologías y las ciencias medicosanitarias.

p0455 El sector folk se corresponde con la prevalencia de una unidad funcional en la que los conocimientos, valores, símbolos, etc. se especializan, adoptando una forma no científica, pero que tienen sus rituales, liturgias, escenificaciones y procedimientos altamente vertebrados en un sistema teórico o dogma. Aunque se suelen solapar, podemos diferenciar el sector folk secular o laico (elemento funcional: curandero, sanador) y el sacro o religioso (elemento funcional: hechicero, monje, cura, etc.). Los cuidados mentales en este sector folk están

mayoritariamente vinculados a la herboterapia, la acupuntura, los masajes con los que se pretende expulsar la causa del mal del cuerpo del demente (que en algunos casos se solapa con el sector profesional) o, también, las oraciones o rezos terapéuticos, los sacrificios, el ayuno, los baños purificadores, o distintas formas de castigar el cuerpo para fortalecer el alma. El marco funcional o lugar donde se dispensan los tratamientos y cuidados es el lugar consagrado al rito: cueva alrededor del fuego, templo, hospital o manicomio de ideario religioso, domicilio del curandero o sanador, etc.

p0460 El sector profesional en materia de cuidados de salud mental se desarrolla históricamente en las culturas en las que las diferentes ocupaciones encargadas de la curación de las enfermedades y sus cuidados se han ido organizando burocrática y científicamente. Así, surgen colectivos profesionales que han sido socializados mediante una unidad funcional cuyos conocimientos, creencias, valores, símbolos, etc., se han construido a la luz de la ciencia. La especialización en la enfermería psiquiátrica y de salud mental tiene lugar en este sector y dentro de los paradigmas racionales tecnológicos; por tanto, los elementos funcionales son: practicantes psiquiátricos, enfermeras psiquiátricas, visitadoras psiquiátricas y de salud mental, enfermeras especializadas en salud mental, etc. El marco funcional puede ser el hospital psiquiátrico, el centro de salud, etc.

## 2 DE LA CUSTODIA AL CUIDADO DEL ENFERMO MENTAL

Es preciso clarificar las diferencias existentes entre los conceptos «custodiar» y «cuidar» con la finalidad de identificar y explicar las diferencias existentes entre un modelo de asistencia psiquiátrica represiva, y que se enmascaraba con el sistema penitenciario, y un modelo de asistencia psiquiátrica humanístico cuyo emblema conceptual es el «cuidado». La custodia de los alienados como sujetos a los que era preciso, en primer término, apartar de la sociedad mediante su reclusión en centros inespecíficos para que, en segundo lugar, se les «apaciguara» reprimiendo sus desordenadas conductas con los medios que fuera menester<sup>7</sup>.

p0470 La enorme diferencia entre los significados de «custodiar» y «cuidar» es que se pueden verificar etimológicamente con enorme claridad. Custodiar (custodio) implica cuidar, guardia, vigilancia. En el desempeño de esta función de custodia se utilizaban todo tipo de artilugios para sujetar, contener y reprimir la furia del alienado: grilletes, cepos, palos, baños de agua fría, jaulas, cuerdas, etc. Por otro lado, «cuidar» (*cogitare*), significa pensar, reflexionar sobre acontecimientos y problemas presentes y venideros. Sin embargo, la diferenciación entre ambos términos sólo se ha evidenciado cuando se han producido cambios científicos, desde luego (nacimiento y desarrollo de la psiquiatría desde el siglo XVIII), pero también profundas transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y mentales que con el tiempo harán posible una interpretación profesional y científica del concepto cuidado.

p0475 Para delimitar de forma nítida la existencia de factores ideológicos, culturales y científicos en el proceso de profesionalización de los cuidados de salud mental es preciso identificar los períodos correspondientes a los cuatro grandes paradigmas (teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico) que han ordenado y orientado el pensamiento, la producción científica y, sobre todo, la forma de interpretar la locura desde los tiempos de la custodia y el castigo corporal a los actuales, en los que impera la filosofía del cuidado profesional y humanizado.

p0480 De la utilización del término custodiar para referirse a la relación del personal sanitario con los enfermos surge una doble confusión que lamentablemente ha constituido una realidad histórica hasta tiempos muy recientes: el enfermo mental como sinónimo de pobre, inocente, furioso, preso, delincuente, vago, etc. Como consecuencia de esta primera deformación de la realidad, se ha producido históricamente un segundo error: la equiparación del sistema penitenciario con lo que debiera ser el sistema sanitario o, al menos, una parcela significativa del mismo. Durante mucho tiempo la asistencia a los dementes fue un apartado más de la asistencia de tipo asilar en la que se mezclaban en un auténtico tótum revolútum pobres, enfermos, inocentes y locos furiosos. Sin embargo, la mayor intensidad en la vigilancia y control de los internados era la dedicada a los locos, especialmente aquellos que expresaban su locura mediante la exteriorización de conductas furiosas que a menudo eran consideradas peligrosas sin demasiado fundamento. El trasiego cárcel-manicomio era un asunto común debido a la dificultad que existía en ambos tipos de centros para controlar la escandalosa desmesura de los locos. Pero nadie se planteaba entonces — ni durante mucho tiempo — la necesidad de crear una nueva profesión cuyo cometido fuera el cuidado de estos enfermos, ya que el problema del cuidado psiquiátrico, a diferencia de la cuestión puramente médica, implica una presencia continua y un contacto directo con el enfermo y la intervención de un nuevo tipo de profesionales de enfermería psiquiátrica. Respecto a esta cuestión y desde planteamientos eminentemente críticos, hay que considerar las aportaciones de Foucault, que escribió mucho y de forma profunda acerca de la historia de la locura<sup>8</sup>, acerca de las relaciones de poder y la variada y amplia gama de políticas represivas en cuya aplicación se desarrollan estrategias tales como la ambigüedad entre cárcel y hospital, entre enfermo y delincuente, entre vigilar y castigar<sup>9</sup>. En definitiva, se podría aseverar que para que en una sociedad los enfermos mentales sean tratados exclusivamente como seres humanos con una enfermedad mental serían necesarias ciertas condiciones:

- u0750 • La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas.
- u0755 • Los factores políticos, sociales y el pensamiento científico predominante (paradigmas) determinan la existencia de un tipo de asistencia autoritaria y represiva (custodia).

- u0260 • Los cuidados de salud mental sólo son posibles en el marco de una sociedad democrática socioeducativamente desarrollada.
- u0265 • El nivel social y económico influye en la identificación de las auténticas causas de la problemática de salud mental y, asimismo, determina el proceso de profesionalización de los mismos.

### 3 CUSTODIA Y ENAJENADOS O POSEÍDOS EN EL MARCO DEL PARADIGMA TEOLÓGICO

Desde la perspectiva del paradigma teológico (hegemónico hasta el siglo xviii), la locura se interpretaba como un fenómeno de posesión por parte del demonio al iluminado, hereje, hechizado o beata poseída. Gonzalo de Berceo, en la «Vida de San Millán de la Cogolla» (santo enterrado en el Monasterio de Silos), describe cómo se producen curaciones milagrosas de enfermos y locos (cuadro 1-1).

*«Faziéli el demonio dezir grandes locuras avueltas de los dichos faze otras orruras; avié la maletia muchas malas naturas, ond fазie el enfermo muchas malas figuras.»*

**Gonzalo de Berceo**

Desde estos supuestos de causa sobrenatural de la locura, el exorcismo era la técnica más habitual y el escándalo que suscitaba la conducta provocadora del enajenado era tal que muchos de ellos acabaron en la hoguera tras ser juzgados por la Inquisición. Fueron órdenes religiosas como las de los mercedarios, San Juan de Dios y las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús las encargadas de vigilar la vida y los actos de los enajenados.

Ante la dejadez y maltrato del que eran objeto los inocentes y furiosos, el mercedario fray Gilabert Jofré fundó en Valencia, a principios del siglo xv, el que ha sido considerado el primer centro específico para internamiento de locos o alienados. Desde la Edad Media hasta el primer tercio del siglo xx, los religiosos fueron los encargados de custodiar a los enfermos mentales inspirados en los principios cristianos recogidos en las obras de misericordia. Estos locos, junto con los pobres, peregrinos, enfermos y vagos, eran internados en los denominados «hospitales de pobres», los cuales proliferaron por toda la geografía española, caracterizándose por su carestía de recursos humanos y materiales. En dichos hospitales se identifican dos figuras esenciales en la supervisión del control y auxilio de los dementes: el «padre de los locos», que se ocupaba de los dementes varones, y la «madre de las locas», que hacía lo propio con las mujeres.

En esta época la pobreza podía causar el aislamiento de la sociedad, de los amigos y hasta de la familia, pudiendo el estado de extrema penuria contribuir a la aparición de enfermedades mentales. El poeta sevillano Ruy Pérez de Ribera describe en sus versos esta vinculación entre pobreza y locura, que también ha sido tratada por la historia social<sup>10,11</sup>:

*«Por ésta se pierde toda la cordura aquesta destruye e roba la fama el alma e cuerpo lo quema sin llama e fase buen seso tornar en locura.»*

**Ruy Pérez de Ribera**

p0525 En este paradigma teológico se humaniza el cuidado de «los locos» durante el Renacimiento en la Europa católica y en Latinoamérica: «La filosofía humanística o antropológica de la enfermería, en la perspectiva mencionada, implicaba potenciar la atención holística en el proceso de satisfacción de necesidades de los pacientes considerando el binomio hospitalidad-humanización de la asistencia»<sup>12</sup>.

p0530 Juan Ciudad, fundador de la orden de San Juan de Dios, se dedicó al cuidado de pobres, enfermos, prostitutas y locos en Granada durante el Renacimiento. Su caso es ejemplar para entender el solapamiento entre paradigmas tan aparentemente distantes como el teológico y el sociocrítico, dado que Juan estuvo internado por perder la razón en un manicomio en el que experimentó el tipo de atención recibida por los locos en la época. Es decir, Juan formó parte del estigmatizado grupo de locos a los que luego, en gran medida, dedicaría su obra, una de las premisas del paradigma sociocrítico. Comprendió el gran error que es pretender curar las enfermedades mentales a bases de golpes y desprecio y se propuso ayudarles. Para ello, alquiló una casa vieja en Granada para recibir a cualquier enfermo, mendigo, loco, anciano, huérfano o desamparado. Durante todo el día atendía a cada uno con el más exquisito cariño, haciendo de enfermero, cocinero, barrendero, mandadero, padre, amigo y hermano de todos.

p0535 En la década de 1860, la obra de San Juan de Dios (que tradicionalmente se había ocupado del cuidado de los enfermos mentales) experimentó una gran crisis, en consonancia con el fenómeno desamortizador y la crisis religiosa<sup>13,14</sup>. El italiano Benito Menni, en el último cuarto de siglo, se encargó de revitalizar la enfermería psiquiátrica poniendo en funcionamiento una serie de centros dedicados a cuidados de enfermos mentales: puso en funcionamiento dos sanatorios en Ciempozuelos (1880); el sanatorio psiquiátrico provincial de Zaragoza (1888); el Instituto Mental de Santa Cruz en la villa de San Andrés (1889); el sanatorio psiquiátrico de San Baudilio en Barcelona (1895), y el psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipuzcoa, 1898). La enfermería mental, pues, tenía sus raíces fuertemente implantadas en el ámbito religioso, si bien se realizaron intentos de implantar un sistema sanitario inspirado en los ideales liberales en el que se integrarían los avances científicos de la época. Esto supone que, en la época de Benito Menni, se puede hablar de un inicio de racionalización de los cuidados de enfermería en salud mental. Consecuencia de este empeño fueron las leyes de beneficencia de 1822 y 1849, y la Ley de sanidad de 1855. Sin embargo, debido a la enorme inestabilidad política, social y económica en la que estuvo sumida España durante el siglo XIX, el alcance de estas reformas fue muy limitado. Una muestra de la escasa repercusión reformista la constituye el hecho de que, a mediados del siglo XIX, Juan Bautista Perales, a la sazón médico director del departamento de dementes del Hospital General de Valencia, y que, al parecer, destituyó al padre de los locos por su abuso y desmesura en la aplicación de técnicas represivas, describe en su «Memoria teórico-práctica de las enajenaciones mentales» (1851) las

lamentables condiciones en las que vivían los enajenados: jaulas, desorden, suciedad, cepos, cadenas, grilletes. Los cuidados de salud mental inspirados en reglamentos de órdenes como San Juan de Dios reflejan el gran contenido ético y el enfoque holístico del ideario o unidad funcional de estos cuidadores de motivación religiosa. En la Europa católica y Latinoamérica se ocuparon de los cuidados de los locos desde el Renacimiento hasta la actualidad. Los hermanos de San Juan de Dios están presentes en los cinco continentes y en 50 países.

#### 4 CUSTODIA Y CUIDADOS EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA RACIONAL TECNOLÓGICO

Con el inicio de la profesionalización en los países reformistas, que es donde existía el problema más acuciante de los cuidados de salud en general y de los enfermos mentales en particular, en el ámbito anglosajón se va a ir superando muy lentamente el gran problema de atender a los enfermos mentales como delincuentes y, de forma progresiva, se van a dejar de emplear las cárceles como marco funcional (espacio donde albergar y cuidar a los enfermos mentales) (cuadro 1-1).

El paradigma racional tecnológico parte de la ilustración del XVIII y se continúa con el positivismo de Augusto Comte durante el XIX. Aporta la perspectiva propia del positivismo científico. La causa de la locura era de naturaleza fisicomecánica y el cerebro desplaza al alma como centro de atención de los estudiosos del fenómeno. Los médicos alienistas —inspirados en el francés Philippe Pinel (1745-1826)— se esfuerzan por conocer cada vez mejor el cerebro. El problema de la visión mecánica de la enfermedad mental es que se mantiene una visión reduccionista que va a tener graves consecuencias en los tratamientos: lobotomías, electroterapia, etc.

El trato se humaniza, aunque en su mayor parte — la custodia directa— sigue dependiendo de las órdenes religiosas (especialmente de San Juan de Dios); dicho de otro modo, la profesionalización de la medicina psiquiátrica no va acompañada de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

En Latinoamérica y el resto de Europa, las órdenes religiosas van a seguir ocupándose de los cuidados de los enfermos mentales. La red hospitalaria de órdenes como la de San Juan de Dios siguen dedicándose a la atención especializada de los enfermos mentales en ambos continentes.

Poco a poco, la profesionalización de la medicina va a influir en los tratamientos de los enfermos mentales<sup>15</sup>, aunque la asistencia directa y continuada de los mismos sigue siendo un gran problema, pues en los asilos, manicomios, frenopáticos o sífilicomios no existía personal especializado en los cuidados. Este personal, incluso los primeros practicantes y enfermeras psiquiátricas especializadas, van a estar siempre vinculados a los médicos<sup>16</sup>. La unidad funcional en este paradigma, en lo esencial, es

de tipo racional y científico. El mecanicismo va a influir tanto en la interpretación como en los tratamientos de la enfermedad mental. El marco funcional mayoritario lo constituyen espacios donde el enfermo mental es recluso (salvo el relativamente frustrante movimiento antipsiquiátrico o de desinstitucionalización de la década de 1960): sifilicomio, asilo, manicomio, hospital psiquiátrico, frenopático, etc. El elemento funcional va a estar representado por actores sociales, que van desde los cuidadores sin formación ni motivación hasta las primeras enfermeras especializadas en Estados Unidos, Gran Bretaña, España (practicantes, enfermeros y ATS) y algunos países latinoamericanos.<sup>17,18</sup> En el ámbito anglosajón, influenciados por autores como Foucault, a principios de la década de 1960 se desarrolla el movimiento de la enfermería antipsiquiátrica. El gran problema de este movimiento, de gran contenido humanístico en materia de cuidados, radica en la falta de sintonía con una sociedad que, regida por factores económicos, políticos o ideológicos, no contemplaba como una preferencia la creación de profesionales que permitieran, conjuntamente con la infraestructura necesaria, la dispensación de cuidados a enfermos mentales en sus propios hogares. Dejar a los enfermos mentales solos a cargo de sus familias no era la solución.



FIGURA 1-1. «Casa de locos». Goya, 1812-1819.

f0010

#### 4.1 La reforma de la enfermería mental: practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricos durante el primer tercio del siglo xx

st0140

p0565 Es precisamente en el primer tercio del siglo xx cuando comenzó a desarrollarse la enfermería mental de carácter laico (tanto en los cuidados de los enfermos mentales como en la prevención de los procesos mentales).

p0570 Gracias al impulso reformador desarrollado por los krausistas y a los efectos del informe Vera respecto de las necesidades más perentorias del país, se crea, en 1903, el Instituto de Reformas Sociales, centro que se va a ocupar de diagnosticar los principales problemas de España, entre los que se encuentran la mortalidad infantil y, desde luego, la salud mental. Desde el siglo XVIII los reformadores sociales estudian simultáneamente las cárceles y los hospitales para tratar de mejorar la asistencia a los locos: John Howard y Elizabeth Gourney Fry, en Inglaterra; Teodoro Flidner, en Alemania; Dorotea Lynde Dix, en Estados Unidos, y Concepción Arenal y Gumersindo de Azcárate, en España, donde muchos enfermos mentales eran internados en las cárceles o en manicomios en los que se dispensaba un tratamiento, fundamentalmente, de tipo represivo; terrible realidad que ha sido inmortalizada por obras de pintores como Velázquez, Goya y Picasso (fig. 1-1).

Todavía a principios de siglo se sigue custodiando a los locos en los dos sistemas: el penitenciario y el sanitario. Es en el marco de las reformas impulsadas por el Instituto de Reformas Sociales, con la creación de la Escuela Nacional de Puericultura (1923) y la Escuela Nacional de Sanidad (1924), en el que hay que interpretar el intento de solucionar el problema del cuidado de los enfermos mentales.

En este contexto de proceso reformista de corte krausista se encomendó, en 1926, a una comisión el estudio del problema de los alienados en España, proponiéndose, como una de las principales medidas, la creación de una Escuela de Psiquiatría dotada de toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. Dicha comisión también se encargaría de formular el plan organizativo del centro docente, selección de personal especializado que pudiera aconsejar sobre el tema y señalar las enseñanzas especiales que tuvieran que darse a los practicantes y enfermeros que quisieran dedicarse a la asistencia de alienados. Estos estudios se convertirían en requisito imprescindible para poder acceder legalmente a tales menesteres profesionales. Paralelamente, la Liga Española de Higiene Mental organizó unos comités locales, en 1928, para colaborar con los gobernadores civiles y los inspectores provinciales de Sanidad, con la finalidad de suministrar informes a las autoridades para crear dispensarios locales de higiene mental. Entre los informes figuraban los referentes al personal de enfermería preciso y las características que debería reunir el mismo para realizar una labor eficaz en el cuidado de los enfermos mentales. En 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Sanidad. Entre sus componentes destacaba el delegado de la Liga de Higiene Mental, que debía ser el presidente del Consejo. Este organismo se reunía una vez al mes y estudiaba los problemas de salud mental de la colectividad. Entre sus funciones principales destacaban la adopción de estrategias, ofrecer ideas a la administración para el inicio y organización de actividades eficaces, proponiendo para ello la creación de los medios e instituciones adecuados. De manera que, en 1931, se instituyó, en cada Inspección Provincial de Sanidad, una sección de psiquiatría y enfermedades mentales, determinándose, asimismo, los deberes y funciones de los inspectores en la materia. La fundación, en 1932, del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica supuso un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica contribuyendo a la profesionalización de la enfermería mental en España. El Patronato se ocupaba de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales tratados en los establecimientos oficiales o particulares (que albergaran enfermos mentales de la

p0580

© Elsevier. Fotocopia sin autorización es un delito.

beneficencia). Para la mayor eficacia práctica se disponía de un grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras, de un local de trabajo y de un archivo (normalmente integrado en las dependencias del dispensario de higiene mental de cada provincia dependiente de la Dirección General de Sanidad). El Patronato tenía funciones educativas en la comunidad tales como divulgar las normas de higiene mental. Para ello contaba con el importante dispositivo de las visitadoras psiquiátricas encargadas de cumplir funciones (reguladas mediante Orden Ministerial 16 de abril de 1932) que pretendían mantener una visión global del problema mediante<sup>19,20</sup>:

- u0270 • Complimentar visitas a las familias con miembros afectos de enfermedades mentales.
- u0275 • A los propios enfermos en los establecimientos en los que estaban internados.
- u0280 • Actuar como nexo entre unos y otros (sirviendo de puente de comunicación entre la institución y la familia).
- u0285 • Facilitar la adaptación social y familiar del enfermo.
- u0290 • Colaborar con otros profesionales dentro y fuera del Patronato, tanto a nivel asistencial como docente e investigador.

p0610 En ese mismo año de 1932, que resultó clave para la enfermería psiquiátrica, se implantó la ordenación y regulación del personal sanitario que debía realizar su labor profesional en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. No se trataba de la reglamentación aislada de un grupo profesional concreto, sino que respondía a un proceso progresivo de vertebración general de la sanidad española que tuvo lugar en estos años y que alcanzó su punto álgido durante el período republicano. En este sentido, resulta significativa, respecto al cuidado de los enfermos mentales, la reorientación propugnada por la Dirección General de Sanidad:

*«(...) exige resolver todo cuanto al cuidado directo del enfermo mental se refiere y ha de establecer cuáles han de ser los conocimientos necesarios para desempeñar el cargo de enfermero psiquiátrico (es preciso que desaparezcan de estos centros las personas sin preparación) (...) el enfermo mental es el que requiere cuidados más especializados (...)*»

#### Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932

p0615 Según la citada norma, el personal sanitario en los centros dedicados a enfermos mentales debía ser el siguiente: practicantes en medicina y cirugía con el diploma de enfermero psiquiátrico (para asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia diurna y nocturna y auxiliar a los médicos), y enfermeros y enfermeras psiquiátricas que debían estar al cuidado directo del enfermo mental cumpliendo las indicaciones del médico (constituyeron el elemento auxiliar fundamental en asistencia psiquiátrica intramaneicomial).

## st0145 4.2 Los cuidados de enfermería en salud mental tras la guerra civil

p0620 Tras la guerra civil se produjo una involución que afectó de lleno a la enfermería psiquiátrica, quedando, como



FIGURA 1-2. Pintura de Elena Bonillo en la que se alude a la prevalencia de la tecnología y el mecanicismo en el tratamiento de la locura.

f0015

el resto del colectivo profesional, vinculado a la Sección Femenina con el predominio ideológico de la religión y la Falange que relega a la mujer al espacio doméstico tradicional y al enfermo mental a un trato mucho menos contemplativo (vuelta al autoritarismo represivo). En este contexto, tiene gran auge el desarrollo de técnicas como la terapia electroconvulsiva y, aunque en menor medida, la lobotomía (fig. 1-2). El 14 de abril de 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, cuya principal función es el estudio de la problemática de los enfermos mentales en general y de su cuidado en particular. En esta dirección hay que interpretar la edición de una «Guía para auxiliares psiquiátricos» realizada por dicho patronato y que engloba a enfermeras y practicantes como tales auxiliares, ignorando la anterior reforma que durante la época republicana había diferenciado claramente entre enfermero psiquiátrico y practicante psiquiátrico. En 1962, se promulga la Ley general de hospitales que va a incidir en el proceso de asalarización y tecnificación del personal médico y sanitario. La especialidad de ayudante técnico sanitario psiquiátrico se creó en 1970 (Decreto de 22 de octubre) y constaba de dos cursos de ocho meses de duración.

## 5 LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA HERMENÉUTICO

st0150

Tras la segunda guerra mundial, el desarrollismo dirigido y la potenciación de las políticas del bienestar van a introducir un nuevo enfoque de la locura. Desde el paradigma hermenéutico la enfermedad mental va a interpretarse como un fenómeno producido por causas internas y/o externas, pero que, en todo caso, requieren la comunicación entre el paciente y el profesional. Los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas «desviadas», atendiendo al fenómeno en un

p0625

contexto cultural y antropológico específico. La custodia se va a tecnificar mediante nuevos perfiles profesionales y, gracias al avance de los psicofármacos, se suaviza el control de los dementes.

p0630 En 1977, tras un largo período de deliberación facilitado por la Ley general de educación de Villar Palasí (1970), se produce el ingreso de la enfermería en la universidad. En esta carrera se van a impartir materias de salud mental, psicología, teoría de los cuidados, investigación, etc. Sin embargo, ni la sociedad en general, ni los enfermos mentales en particular, se pueden beneficiar del enorme potencial de unos profesionales que no encuentran en el sistema sanitario el medio adecuado para desarrollar todo lo que pueden dar de sí. Está pendiente todavía la adecuación a nivel normativo y práctico del ambiente laboral a las nuevas titulaciones incluidas en el sistema educativo.

st0155 **6 LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA SOCIOCRÍTICO**

p0635 La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermeros de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario. El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no empezó a impartirse en las universidades hasta 1998. En definitiva, los profesionales de los cuidados mentales, aquellos realmente capacitados para investigar y reflexionar sobre los mismos, nacen con el nuevo siglo. Poseen una formación que los capacita para interpretar los problemas de salud mental como parte integrante de una sociedad cada vez más compleja. El enfermo mental forma parte de una cultura que incide en el proceso de sus problemas de toda índole, incluyendo los conflictos psicológicos y mentales.

p0640 Las causas de la enfermedad mental pueden ser múltiples y hay que buscarlas empleando métodos antropológicos que consideren el factor cultural. Los cuidadores de salud mental deben desarrollar, además de los conocimientos técnicos precisos para la implementación exitosa de los cuidados, toda una serie de habilidades de comunicación que permitan no sólo el diálogo, sino la ayuda desde la perspectiva del psicoanálisis y el deconstruccionismo. Los enfermos participan en la reconstrucción de sus identidades como personas que han sido capaces de eliminar o neutralizar los problemas que afectaban a su salud mental.

Igualmente, los cuidados de salud mental deben aspirar a implicar a los individuos y a la sociedad en la solución de sus problemas de forma integral, participativa y lo más activamente posible. Uno de los ejemplos de este proceso de implicación de los pacientes y la sociedad lo constituye el creciente asociacionismo que se desarrolla entre los diferentes colectivos de enfermos mentales y, asimismo, la adopción de metodologías terapéuticas que son capaces de aprovechar el potencial terapéutico de la participatividad. Las asociaciones de enfermos mentales, familiares y allegados (y, en muchos casos, profesionales

de la salud) constituyen un ejemplo del impacto de los principios del paradigma sociocrítico en la sociedad: la participación del enfermo mental y su entorno en la gestión de su problema de salud mental y la planificación de sus cuidados. Existen asociaciones de enfermos mentales por toda la geografía española y se han llegado a formar federaciones que las aglutinan con el fin de coordinar esfuerzos, estrategias, recursos y objetivos. Algunos ejemplos de estas entidades son: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alicante (AFEMA), creada en 1991; Asociación para Salud Integral del Enfermo Mental (ASIAM); enfermos, familiares y amigos, personal sanitario y otros profesionales; Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES); Asociación Provincial de Allegados y Enfermos Mentales (APAEM); Asociación de Familiares y Allegados de Personas con Esquizofrenia (AFAENES), etc. Todas ellas, en conjunto, persiguen la promoción del enfermo mental, el apoyo a su familia y la defensa de los derechos de ambos.

**7 CONCLUSIONES**

- A modo de conclusión, se puede afirmar que:
- La historia cultural permite un acercamiento real al fenómeno de la enfermedad mental y sus cuidados, dado que permite su observación histórica sin caer en el reduccionismo y permitiendo el análisis del complejo entramado de factores incidentales.
  - El análisis de estructuras como la unidad funcional, el marco funcional y el elemento funcional, conjuntamente con la observancia de los modelos explicativos vigentes en cada época, contribuyen al conocimiento histórico de los cuidados de salud mental sin caer en visiones históricas reduccionistas o parciales.
  - Se distinguen cuatro grandes períodos o paradigmas en la custodia y cuidado de los enfermos mentales: el teológico, el racional tecnológico, el hermenéutico y el sociocrítico.
  - Los períodos teológico y racional tecnológico han preponderado durante la mayor parte de la historia de la enfermería, relegando esta a una actividad vocacional religiosa (fase teológica) y auxiliar (fase racional tecnológica), constituyendo la salud mental un contexto especialmente difícil para el desarrollo científico y humanístico de los cuidados, sobre todo por la enorme dependencia de la medicina psiquiátrica.
  - La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas. En 1977, con el ingreso de enfermería en la universidad, se inicia el camino hacia la consolidación profesional de los cuidadores.
  - La custodia, el control represivo y la marginación de los enfermos mentales constituye un fenómeno característico de regímenes autocráticos y de democracias exclusivamente políticas poco avanzadas social y educativamente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- u0325 • El cuidado de los enfermos mentales se desarrolla en ambientes democráticos avanzados social y educativamente y que mantienen una economía que permite el desarrollo de modelos progresistas de cuidados de salud mental.
- u0330 • La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermos de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario. El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no se llega a impartir en las universidades hasta 1998.

## bi0010 BIBLIOGRAFÍA

- bib0010 1. From E. Miedo a la libertad. 2.ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2009.
- bib0015 2. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. 1.ª ed. Berkeley: University of California Press; 1981.
- bib0020 3. Siles J. Historia de la enfermería. 1.ª ed. Madrid: DAE; 2011.
- bib0025 4. Kuhn, TS. La estructura de las revoluciones científicas. 3.ª ed. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- bib0030 5. Siles J, García E. «Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería.» Enfermería Científica 1995;160/161:10-15.
- bib0035 6. Siles J. «Epistemología y enfermería. Por una fundamentación científica y profesional de la enfermería.» Enfermería Clínica 1997;4(7): 188-94.
- bib0040 7. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De la custodia a los cuidados: Una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. Cultura de los Cuidados 2001;5(9):27-33.
- bib0045 8. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 1.ª ed. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1976.
- bib0050 9. Foucault M. (2000) Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. 2.ª ed. Madrid: Siglo; 2000. XXI.
- bib0055 10. López Alonso C. La pobreza en el pensamiento político en España primera mitad del siglo XIX. Historia Social 1992;1(13):139-56.
- bib0060 11. Porter R. Historia social de la locura. Barcelona: Crítica; 1989.
- bib0065 12. Fernandes de Freitas, G, Siles González J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. Index de Enfermería 2008;17(2):144-148.

- Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6534.php>
13. Eserverri C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. 2.ª ed. Madrid: Universitas; 1995. bib0070
14. Ventosa F. (2000) Cuidados psiquiátricos de enfermería en España. 1.ª ed. Madrid: Díaz Santos; 2000. bib0075
15. González Duro E. Historia de la locura en España. 1.ª ed. Madrid: Temas de Hoy; 1994. bib0080
16. Nolan P. A history of mental health nursing. 1.ª ed. Cheltenham: Stanley Thorne; 1998. bib0085
17. Siles J, Oguisso T, Fernandes de Freitas G, De Souza Campos PF, editors. Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana. 1.ª ed Alicante: ECU; 2011. bib0090
18. Velandia AL. Historia de la enfermería en Colombia. 1.ª ed. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia; 1995. bib0095
19. Siles González J, García Hernández E. Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. Enferm Científ 1996;174/175:49-53. bib0100
20. Herrera Rodríguez F. La titulación de enfermero psiquiátrico en la II República española. Minutos Meranini 1990;167:4-8. bib0105

## LECTURAS RECOMENDADAS

- st0175
- Arenal C. Artículos de beneficencia y caridad. 1.ª ed. Madrid: Victoriano Suárez; 1900. bib0110
- González, Rothvoss M. Anuario español de política social (1934-35). Madrid: Sucesores de Rivadeneyra; 1935. bib0115
- Martínez Alcubilla, M. Diccionario de la Administración española. Compilación de la Novísima Legislación de España en todos sus ramos. Ed. Asilo de Huérfanos de Sagrado Corazón de Jesús, Madrid (época 10 1892-1935); (época 201939-1971). bib0120
- Méndez Álvaro F. Informe leído en la Sociedad Económica Matritense El Siglo Médico, 1862;9. bib0125
- Reglamento para el gobierno de establecimientos benéficos de Alicante, 1862, Alicante. bib0130
- Reglamentos de establecimientos provinciales benéficos (Sección Beneficencia, leg/año: 1110/1909, 127/1925, 67-2/1913, 235-6/1941), Diputación Provincial de Alicante (ADPA). bib0135
- Reglamento de Casas de Beneficencia, Maternidad y Expósitos de Alicante 1910, Sirvent, 1910. bib0140