



Reflexiones y experiencias acerca de la reforma psiquiátrica andaluza

Reflections and experiences on Andalusian psychiatric reform

Dr. Germán Pacheco Borrella

Doctor en Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermera especialista en enfermería de salud mental. Antropólogo social y cultural. Fundador y exdirector de *PRESENCIA, Revista de Enfermería de Salud Mental*. Expresidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). Servicios de Salud Mental Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud (Jubilado). Jerez de la Frontera, Cádiz (España). Contacto: g.pacheco.b@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2023 / Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2023

Resumen

Tras 40 años de reforma psiquiátrica andaluza (década de 1980), comparto reflexiones y algunas de las experiencias vividas durante ese proceso en la provincia de Cádiz. Comienzo aludiendo a los efectos indeseables de la institución manicomial, que contextualizo con reseñas historicistas relativas a la asistencia psiquiátrica. En buena lógica, a esto le sigue la evocación al cómo se fue desarrollando la transformación asistencial, que nos llevó a implantar el modelo de intervención comunitario mientras desinstitucionalizábamos y externábamos a los internados hasta cerrar el manicomio provincial. Luego sostengo que la reforma, en lo cualitativo y cuantitativo, ha sido positiva y aludo a algunos de los logros que así lo atestiguan. Sin embargo, han quedado cosas por hacer por nuevas crisis socioeconómicas y nuevas voluntades políticas, que operan como condicionantes de la salud (mental). Además, esto nos impone un tiempo de zozobra que también se nutre con la primacía del psicofármaco y del biologicismo en menoscabo de las tecnologías psicoterapéuticas, entre las que están los cuidados psicosociales excelentes. Cierro el manuscrito con interrogantes: ¿acaso quieren devolver a la población andaluza al modelo de beneficencia?, ¿peligra el modelo comunitario y/o biopsicosocial?, ¿cuáles deben ser los compromisos inmediatos de las enfermeras de salud mental?

Palabras clave: reforma psiquiátrica, hospital psiquiátrico, desinstitucionalización, asistencia psiquiátrica, salud mental, modelo comunitario, modelo biopsicosocial, cuidados psicosociales, enfermería de salud mental.

Abstract

After 40 years of Andalusian psychiatric reform (1980s), I share my reflections and some of the experiences I lived during this process in the province of Cadiz. I begin by alluding to the undesirable effects of the institution of the psychiatric hospital, which I contextualise with historical overviews of psychiatric care. Logically, this is followed by an evocation of how the transformation of care developed, which led us to implement the model of community intervention while we deinstitutionalised and externalised the inmates until the provincial psychiatric hospital was closed. I then argue that the reform, both qualitatively and quantitatively, has been positive and point to some of the achievements that attest to this. However, new socio-economic crises and new political wills, which operate as conditioners of (mental) health, have left some things to be done. Moreover, this imposes on us a time of anxiety that is also nourished by the primacy of psychotropic drugs and biologicism to the detriment of psychotherapeutic technologies, including excellent psychosocial care. I close the manuscript with some questions: do they want to return the Andalusian population to the welfare model? is the community and/or biopsychosocial model in danger? what should be the immediate commitments of mental health nurses?

Keywords: psychiatric reform, psychiatric hospital, deinstitutionalisation, psychiatric care, mental health, community model, biopsychosocial model, psychosocial care, mental health nursing.

Introducción

En este manuscrito, voy a tratar de plasmar algunas reflexiones y, si acaso, alguna de mis experiencias en tanto que enfermera de salud mental, que ha sido coprotagonista de la reforma psiquiátrica (RP) llevada a cabo en Andalucía, que se inició en 1984 a través de una ley del Parlamento andaluz por la que creaba el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM)¹. Y comienzo mi relato (con presencia voluntaria en el texto) aseverando que la transformación asistencial que es en sí misma la RP pudo realizarse porque confluyeron los siguientes factores: la necesidad de humanizar la asistencia y las condiciones de vida de los internados en los manicomios, el auge de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría (como la antipsiquiatría), las decisivas actuaciones de los profesionales para transformar esos espacios (iniciadas en la década de los años 1970 e insuflados por los cambios sociales acaecidos en la convulsa década de los años 1960), junto con el desarrollo de la psicofarmacología (a partir del descubrimiento de la clorpromazina en 1957) y los cambios sociopolíticos que se sucedieron en la década de 1980 y las novedades legislativas que se promulgaron, que afectaban directamente a la atención a la salud mental (ver nota 1).

También digo que la atención a la locura siempre ha estado cuestionada, no solo en la actualidad, en la que (con la pretendida privatización de la sanidad pública) se corre el riesgo de volver a recluir a los pacientes mentales en manicomios, aunque hoy haya servicios de hostelería y tecnologías que disfracen la “humanización” de la asistencia. Esa reclusión debiera ser evitada a toda costa en una sociedad democrática.

Sin embargo, añado que cualquiera que desee ahondar en ese cuestionamiento puede hacer un breve recorrido histórico, cuando menos, desde el siglo XVII hasta nuestros días, y es probable que verifique que existen algunas constantes que se repiten en cada época. Por ejemplo, que la historia de la asistencia psiquiátrica es en sí misma la historia de las reformas psiquiátricas, y que estas han coincidido con momentos de la historia en los que han tenido lugar cambios sociales que han sido favorecedores de reformas psiquiátricas². En la actualidad, cabe esperar que esto no sea una premonición y que la actual crisis social, económica y política no provoque un retroceso en el tiempo de más de 40 años.

Efectos de la institución total: el manicomio

¿Por qué era tan necesaria esa transformación asistencial que se inició en la década de 1980? En primer lugar, porque los manicomios no cumplían con la función asistencial y de provisión de cuidados para atender las necesidades de los internados. Este núcleo de población lo componían individuos con discapacidades psíquicas y físicas, otros con adicciones y algunos indigentes (puntualmente). Y ciertamente eran un instrumento para el control social, que surgieron como reacción de defensa paranoica de la sociedad ante las conductas de actores sociales cuyos comportamientos no eran admitidos. A este respecto, Foucault³ sostuvo que el confinamiento del alienado, en su origen, obedecía a criterios economicistas, sociales y de la moral imperante más que a los sanitarios. Se cumplía así con lo que fue denominado el tratamiento moral de la locura (siglo XVII)⁴.

En el siglo XVIII, era de la razón, la sinrazón (locura) no tenía cabida. No obstante, con la aparición del positivismo científico se facilitó que la psiquiatría mimetizara el modelo biomédico para la comprensión de los fenómenos mentales, aunque sin demasiado éxito, pero promoviendo la construcción social enfermedades mentales, que aún perdura, a pesar de que todavía se ignora por qué los seres humanos de Honolulu, Cádiz o Kinsasa sufren delirios, por ejemplo. Así comenzó la perspectiva médica de la locura. El problema es que la subjetividad del actor social es inaprensible. De ahí la importancia de la perspectiva fenomenológica de los trastornos mentales y de los cuidados enfermeros de salud mental.

Ya en el siglo XIX, la psiquiatría se consolidó como disciplina médica y, en la segunda mitad de este, emergieron en Europa grandes psicopatólogos, cuyas aportaciones (aún vigentes) permitieron una mayor comprensión de los trastornos mentales (psicosis y neurosis, principalmente), pero no sobre sus orígenes (acerca de los cuales seguimos cegatos), ni su curación (en términos biomédicos). Pese a los avances producidos durante este siglo, en España la asistencia psiquiátrica se fue degradando paulatinamente. Esta aseveración se sustenta en algunos acontecimientos importantes que lo hicieron posible y que solo enunciaré: por ejemplo, que no tuvimos un desarrollo industrial similar al que se produjo en buena parte de Europa (Revolución Industrial del siglo XVIII) y, por tanto, no afloró una burguesía ilustrada ni una clase proletaria que presionaran para reformar la asistencia

psiquiátrica. Además, las desamortizaciones, las guerras napoleónicas y las crisis económicas dejaron un Estado debilitado que no tuvo arrojito para publicar leyes que garantizaran la asistencia psiquiátrica⁵. Por consiguiente, la institución manicomial se consolidó como primera opción asistencial, lo que hizo que se fuera incrementando el número de internados. Y por lo general, ha persistido durante el siglo XX hasta que, en las dos últimas décadas de este, se fueron instaurando los procesos de RP.

Por tanto, los nombrados hospitales psiquiátricos (que son un eufemismo) se instituyen como reductos que cobijaban el sufrimiento mental de quienes expresaban discursos inaceptables para el grupo social de referencia. En definitiva, se establecen como espacios de reclusión y no de cura. Espacio manicomial que fue nombrado por Goffman⁶ como “institución total” que “tiene tendencias absorbentes”, que hace que los roles sociales ejercidos por los internados tengan unas características diferenciadoras del resto de miembros de la sociedad, y la absorción se constata cuando el interno se convierte en un ser gregario, despersonalizado, discapacitado y desocializado⁷, como tuve ocasión de apreciar en varios manicomios españoles.

La despersonalización se expresaba crudamente en el hacinamiento, el gregarismo y la privación de toda señal de identidad, como es el propio nombre, al ser nombrados por un mote: el zapatones, el cuco, el orejones, etc. La discapacidad se revelaba en la permanente ociosidad, con lo que perdían destrezas y habilidades elementales para la vida diaria (recuerdo imágenes desoladoras: internos tumbados al sol en el suelo del patio o apoyados en una pared, mal vestidos, sucios, a solas; rara vez veía a dos o tres hablar entre ellos). La desocialización se mostraba con la ausencia de contactos e interacciones con el exterior. Cuando empezamos a realizar actividades socializadoras, desplazándonos en bus hasta el núcleo urbano de El Puerto de Santa María, salíamos con grupos pequeños para visitar la población con el solo objetivo de tomar contacto con el exterior y valorar qué emociones les deparaba la salida. Pensábamos que la socialización era posible y lo fue.

La transformación asistencial como vía hacia la comunidad

En Andalucía, he ejercido como enfermera de salud mental más de 30 años (1984-2016); por tanto, parti-

cipé activamente en la RP de esta comunidad y mi implicación me llevó a compartir ideas e innovaciones en diversos foros que me permitieron tomar el pulso a las actuaciones para las transformaciones asistenciales que se estaban produciendo. Así, en la segunda mitad de la década de los años 1980, pude constatar que, en muchos de los programas de salud mental de otras comunidades autónomas, no contemplaban el manicomio como una estructura a transformar hasta su erradicación, por su incapacidad para atender los problemas de salud mental de la población¹. En el caso de Andalucía, ese era uno de los objetivos de la RP, y para conseguirlo había que transformar la “institución total” emprendiendo un proceso de desinstitucionalización (PD) de los internados, que empezó a ser efectivo a partir de 1987. Y contemplando la premisa de que había que actuar en dos espacios simultáneos: el manicomio y la comunidad, en esta se desarrollaría la red alternativa que acogiese y permitiera la presencia del paciente mental en su seno; y en el manicomio había que modificar las formas de intervención: considerando la existencia cotidiana y el sufrimiento de los pacientes mentales, porque el problema no era tanto su curación, sino la producción de vida, de socialización y formas saludables de comunicación como la afectividad y la solidaridad⁸. Es decir, la provisión de cuidados enfermeros psicosociales, además de cubrir sus necesidades básicas y asistenciales, a través del equipo interdisciplinar.

Empezamos revisando historias clínicas y haciendo valoraciones psicopatológicas, de necesidades de cuidados y situaciones sociales. Con la información obtenida, realizamos estudios individualizados, que nos permitieron identificar carencias personales y colectivas. Así nos dimos cuenta de que diversos pacientes llevaban muchos años internados, ingiriendo el mismo psicofármaco y la misma dosis, identificados por el apodo, sin identidad legal y sin contactos familiares.

Los primeros pacientes en ser dados de alta fueron quienes no presentaban psicopatología activa, tenían un aceptable nivel de autonomía y conservaban los lazos familiares. Sin embargo, a otros tuvimos que identificarlos antes de su salida, proveyéndoles del carné de identidad (a través del procedimiento excepcional de inscripción fuera de plazo) y después les inscribimos en la Seguridad Social. Tras esto, empezaron a percibir la pensión no contributiva. Pero no siempre fue fácil la identificación, en algu-

nos casos, tuvimos que realizar visitas a los domicilios tratando de localizar a familiares que pudiesen aportarnos información; otras veces, recurrimos a los ayuntamientos a pedir referencias, que no siempre se lograban.

Sería prolijo relatar cuantas acciones efectuamos en el PD de los pacientes, hasta el cierre del manicomio de la provincia de Cádiz el 21 de diciembre de 1994, tan solo apunto que derribamos muros para ampliar los espacios de socialización (los muros mentales son otro cantar), que suprimimos la separación entre mujeres y hombres, individualizamos la ropa y la alimentación (en función de las necesidades dietéticas de cada quien), que hicimos múltiples salidas con los internados para participar en las fiestas populares de El Puerto de Santa María, que externamos a hombres y mujeres a través de un relevante programa de pisos protegidos⁹, otros pasaron a residencias de ancianos, y que muchos y muchas otras regresaron al seno familiar, previo trabajo de acogida en la familia; y que también se vencieron resistencias iniciales de una parte del personal auxiliar con el diálogo, el trabajo en equipo y la formación continuada.

Logros alcanzados con la reforma psiquiátrica

La RP de la década de 1980 supuso importantes avances cualitativos (en la calidad de la atención y de los cuidados) y cuantitativos (en número de dispositivos de atención a la salud mental y de profesionales), junto con otro logro muy notable: la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario público, lo que, con el tiempo, ha supuesto el reconocimiento del derecho de los pacientes mentales para acceder (como cualquier otro ciudadano) a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito (sin costo adicional).

Tengo la convicción de que todo ello favoreció el surgimiento de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico (como sistema de benefactor) a la comunidad, en la que se inserta una red amplia y accesible de dispositivos de atención a la salud mental, cuyo eje vertebrador es el centro de salud mental comunitario. A lo que han contribuido los cambios legislativos autonómicos, nacionales e internacionales, fundamentalmente los encaminados a dar cobertura a las reformas psiquiátricas y a proteger los derechos civiles de los pacientes mentales.

La experiencia acumulada evidencia que allí donde se han desarrollado redes asistenciales, la evolución clínica de los pacientes mentales (y la calidad de vida propia y de los familiares) es muchísimo mejor que cuando eran atendidos en la “institución total”. Y después de cuatro décadas (desde el inicio de la RP), es posible afirmar que se ofrece una atención de salud mental de calidad, con más ofertas terapéuticas, con muchas más personas atendidas y con un mejor conocimiento de cuanto se hace. En suma, está mucho mejor organizada que en tiempos ya lejanos. Pero no es menos cierto que, desde la pandemia de la COVID-19 y con los aires privatizadores que soplan, los servicios de salud mental están sufriendo un franco deterioro aun cuando la demanda ha aumentado exponencialmente en los tres últimos años.

Por otra parte, el aumento de la participación de las familias a través del asociacionismo (aún les queda camino por recorrer), unido a la aceptación de la población del paciente mental en la comunidad, han influido para disminuir la estigmatización de este, aun cuando queda pendiente su erradicación. En los últimos años, cuantos pacientes mentales están siendo atendidos por los servicios de salud mental no han roto el vínculo familiar y social, en su mayoría. Y los que fueron externados (1984-1994) han conseguido una aceptable reinserción en la comunidad (en términos de residencia, calidad y autonomía). Aunque todavía queda por romper ese “techo de cristal” que persiste para la inclusión social de todas ellas y ellos.

Durante los 26 años de mi actividad profesional en el centro de salud mental comunitario de Jerez, pronto se verificó (por el equipo asistencial) la ausencia de las reticencias iniciales (nadie quería significarse como loco) para demandar atención y nuestra presencia no tardó en ser normalizada en el sistema sanitario y en la comunidad misma. Pareciera que esto hizo aumentar las demandas clínicas (en especial de los trastornos de ansiedad), con notables diferencias en las características sociodemográficas de quienes contactaban con nuestro servicio, en relación con los primeros años de la RP y más aún con la población internada en el hospital psiquiátrico. En consecuencia, los servicios de salud mental comunitarios no tardaron en consolidarse a los ojos de la población, y con ellos el modelo de intervención comunitario de atención a la salud mental, que es mucho más equitativo y beneficioso que el modelo de beneficencia, excluyente y custodial.

Ese nuevo modelo exige una estrecha coordinación con los centros de atención primaria de salud. Puedo aseverar que mantuvimos una magnífica relación con los profesionales de los centros de salud ubicados en Jerez, y espero que jamás se interrumpa, porque permite filtrar demandas, coordinar acciones terapéuticas, atender casos compartidos, desarrollar programas sociales y de enfermería en salud mental, formación conjunta, etc. Por todo ello, otro logro de la RP ha sido el garantizar un apoyo real de la red de salud mental a los profesionales de atención primaria.

Sin duda alguna, las enfermeras de salud mental tuvimos una relevante intervención en el proceso de RP andaluza, gracias a nuestra capacidad para poner en práctica la mejor prestación de cuidados y avanzar en el desarrollo del conocimiento enfermero de salud mental (muchas veces siendo autodidactas), a la par que transformamos significativamente la profesión enfermera de salud mental durante las dos primeras décadas (1980-1990)¹⁰, con una influencia más que notable en la profesión enfermera a nivel nacional. Esto nos permitió, en 1987, reclamar la puesta en marcha de nuestra especialidad por el sistema de residencia; y tuvimos la posibilidad de conseguirlo, pero en el IASAM no hubo voluntad política para ello y el proyecto quedó reducido a un curso de formación continuada (ver nota 2). No obstante, desde la AEESME persistimos en tal iniciativa y en exigir el desarrollo del Real Decreto 992/1987, que regulaba la obtención del título de enfermero especialista para los diplomados en Enfermería, y que por desidia política tardó 11 años en implantarse (1998). Si embargo, deseo significar que, a finales de 1995, el Ministerio de Sanidad y Consumo nos convocó a un grupo de enfermeras expertas en salud mental para que redactásemos el primer programa formativo de nuestra especialidad. Y para que viera la luz aceptamos un solo año de formación, pero propusimos un programa denso en contenidos para que solo fuera posible implementarlo en dos años y, efectivamente, poco tiempo después, el programa EIR de salud mental dispone de esos dos años.

Situación del proceso reformador

Expreso seguidamente algunas cuestiones que considero de interés para la reflexión y para la comprensión de la evolución del proceso reformador, dado que la RP andaluza sigue siendo una reforma inacabada, y el porqué de su estancamiento o, si se quiere, la

regresión en las ofertas terapéuticas (en calidad y cantidad) de los servicios de salud mental.

En primer lugar, tenemos la cuestión económica. Estamos situados en un contexto político restrictivo para la sanidad pública y, por ende, para la atención a la salud mental (que se ha agudizado con la pandemia del SARS-CoV-2), dado que las políticas económicas de las comunidades autónomas gobernadas por la derecha política son de corte ultraliberal desde la Gran Recesión de 2008¹¹ y, por tanto, cuestionan el estado del bienestar y priorizan la reducción presupuestaria del sistema sanitario público, descapitalizándolo, mientras inyectan cantidades ingentes de dinero a las empresas sanitarias del sector privado. Las restricciones también atañen a la educación y al desarrollo de la denominada ley de dependencia, entre otras políticas públicas que afectan a la población andaluza más vulnerables o en riesgo de exclusión social. Y sabemos que la ciudadanía que padece trastornos mentales, en su mayoría, podría incluirse en tales categorías sociales. Luego es lícito preguntarse: ¿el objetivo del Gobierno andaluz actual es devolvernos a un modelo sanitario de beneficencia? ¿Cómo se plantea ese mismo Gobierno la atención a las personas andaluzas que padecen trastornos mentales? Parece obvio aseverar que el camino que ha elegido el Gobierno andaluz nos excluye a la mayoría, privándonos del derecho humano y constitucional a la salud (mental).

Una segunda reflexión se relaciona con la apreciación de un discurso de deslegitimación de lo público (en favor del sector sanitario privado), difundido por el poder político, mediático y empresarial; a la par que se produce una desincentivación generalizada del personal sanitario, desde las propias administraciones sanitarias autonómicas, a pesar del déficit de recursos humanos para atender a las necesidades que se derivan de las alteraciones de la salud (mental) que sufre la población andaluza, en nuestro caso. El deterioro programado de la atención primaria y, por ende, de los servicios especializados como son los de atención a la salud mental, que todos venimos observando en forma de déficit de inversiones, despidos masivos, contrataciones precarias, bajas remuneraciones, inestabilidad en el puesto de trabajo, imposibilidad de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados, nos exige una respuesta profesional decisiva en defensa de los usuarios y pacientes de los servicios de salud mental (entre otros), porque las enfermeras de

salud mental no podemos ser ajenos a tales condicionantes de la salud (mental)^{12,13,14,15}.

Por otro lado, al no aparecer la salud mental en las encuestas de opinión como un asunto prioritario para la población (al contrario que otros problemas sociales), no interesa ni a los políticos ni a los medios de comunicación más allá de incidentes puntuales de gran impacto social, habitualmente tratados con bastante superficialidad¹⁶. Aunque desde la pandemia de la COVID-19, y sobre todo en la última etapa vivida, pareciera estar cambiando la tendencia, pero sin previsión de resultados visibles a corto plazo. Más recientemente, parece apreciarse un mayor interés (que no se concreta en políticas sanitarias públicas) por la salud mental de población a partir de la COVID-19 persistente y de los actos suicidas (sobre todo en jóvenes), que está generando cierta alarma social según nos trasladan los mass media.

Hay que añadir la cuestión tecnológica, sobre la que cabe apuntar que la continuada aparición de nuevos psicofármacos está desplazando otros desarrollos terapéuticos igualmente necesarios para la atención a la salud mental. La primacía del fármaco lleva consigo la depreciación del resto de técnicas terapéuticas del equipo interdisciplinar en los resultados del proceso terapéutico. Sin embargo, sigo sosteniendo que la prestación de cuidados básicos y, sobre todo, los psicosociales que practiqué eran y siguen siendo intervenciones terapéuticas como las que más, y que contribuían a aliviar o suprimir el sufrimiento psíquico, tanto que, a veces, a partir de ellas, se pudieron dar altas a diversos pacientes adscritos a mi consulta de enfermería¹⁷. En este punto, traigo a colación la opinión de otros expertos, quienes aseveran que la nómina de los profesionales, año tras año, le sale más barato al sistema sanitario público en términos porcentuales, mientras se disparan los precios de los medicamentos (también con la supresión de la subasta, por parte del Gobierno de Andalucía) y las estancias hospitalarias¹⁸.

Cuestiones para la reflexión

Una de ellas es: ¿se están resquebrajando los principios de equidad, accesibilidad y universalidad en el sistema sanitario público? Si esto es así, ¿cómo va a afectar a los servicios públicos de salud mental? Todavía hoy, hablar de salud mental comunitaria es hacer referencia al trabajo inter y multidisciplinar en la comunidad, es hablar de la continuidad de los cuida-

dos. ¿Peligra el modelo biopsicosocial por el empuje del modelo biomédico y de la industria farmacéutica? Es cierto que la RP en España (y en Andalucía en concreto) no ha alcanzado su máximo desarrollo, pero las críticas que se le hacen tienen que ver más con posicionamientos ideológicos que con sus bases conceptuales, que, entiendo, siguen siendo válidas.

Dependerá de todos los actores sociales implicados ir en una u otra dirección: exigir la culminación del proceso de RP o la búsqueda de alternativas que, tras un análisis exhaustivo, hagan posible proponer un nuevo modelo que dé respuestas a las necesidades actuales de los pacientes mentales, de sus familias y de la ciudadanía andaluza en su conjunto. Sin embargo, ¿existe hoy un modelo alternativo a los principios y objetivos de las RP de los años 1980? ¿Existe alguna alternativa mejor que el modelo de intervención comunitario? ¿Las enfermeras de salud mental formadas por el sistema EIR van a seguir apostando por dicho modelo o se implicarán en otro mejor? ¿Cuáles son los compromisos actualizados que deben asumir las enfermeras de salud mental para garantizar la excelencia de los cuidados en nuestro ámbito? Vuestra es la palabra.

Notas

1. Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil (art. 211 en materia de “Tutela”, que regulaba el internamiento de los incapacitados con la necesaria autorización judicial). Informe de la Comisión Ministerial para la RP (publicado en abril de 1985). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art.20). En la actualidad el internamiento involuntario está regulado por el art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, Enjuiciamiento Civil, en vigor desde el 8 de enero de 2001, salvo modificaciones posteriores planteadas.
2. Entre los años 1.990-91 se impartió en siete provincias andaluzas (Córdoba se descolgó del proyecto) un Curso de Formación Postgraduada de Enfermería en Salud Mental, que fue insuficiente y no por sus contenidos, sino porque frente a los dos cursos y 2000 horas (el 75 % de formación clínica y el 25 % de formación teórica) que proponíamos en el proyecto de residencia (EIR), se estructuró un curso de tan sólo 200 horas de naturaleza teórica y no se pudo obtener un reconocimiento académico oficial.

Bibliografía

1. IASAM. La reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1987.
2. Pacheco-Borrella, G. La transformación de la asistencia psiquiátrica. La Reforma que nunca acaba. En Fornés, J. Gómez-Salgado, J. Evolución histórica y modelos conceptuales en Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Tomo I. Madrid: Fuden-InfoEdiciones, 2007, págs. 63-91.
3. Foucault, M. (1964): Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Madrid: FCE, 1979.
4. Pacheco-Borrella, G. Atención integral a las personas con problemas de salud mental y psiquiátricos. En Mazarrasa, L. y col. Salud pública y enfermería comunitaria. Tomo III. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1996, págs. 1291-1312.
5. Comelles, J. M. La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. Barcelona: PPU, 1988.
6. Goffman, E. (1961): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
7. Pacheco-Borrella, G. De lo custodial a lo terapéutico. *Rev Rol de Enferm*, 1987; 107-108: 63-65.
8. Rotelli, F.M. y col. Desinstitucionalización: otra vía (La Reforma Psiquiátrica en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, Vol. VII, núm. 21, Madrid, 1.987.
9. Pacheco-Borrella, G. Pisos protegidos. Alternativa de rehabilitación para enfermos mentales. *Rev Rol Enferm*, 1990; XIII (148): 35-42.
10. Pacheco-Borrella, G. Vila-Blasco, B. (1995) Evolución de la enfermería en salud mental en Andalucía. *Rev Rol Enferm*, 1995; 198: 37-40.
11. Pastor Bermejo, A. La Gran Recesión de 2008, una crisis cuya factura estamos pagando todavía. Disponible en InfoLibre [periódico digital]: https://www.infolibre.es/veranolibre/gran-recesion-2008-tesis-cuya-factura-pagando-todavia_1_1186807.html [Consultado el 14 de febrero de 2023]
12. Benach, Joan. La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades. Barcelona: Icaria, 2020.
13. Benach, Joan. La desigualdad social es la peor pandemia. [2021] Disponible en: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2491-la-desigualdad-social-es-la-peor-pandemia> [Consultado el 15-sep-2021].
14. Federación Mundial de Salud Mental [FMMSM]. Día Mundial de la salud mental. Salud mental en un mundo desigual. 19-Mar-2021. Documento disponible en: <https://wfmh.global/2021-world-mental-health-global-awareness-campaign-world-mental-health-day-theme/> [Consultado el 27-jun-2021].
15. Markez, Iñaki. La salud mental vive en pandemia. Alejemos la enfermedad. Documento disponible en: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2494-la-salud-mental-vive-en-la-pandemia-alejemos-la-enfermedad> [Consultado el 29-Abr-2021]
16. Pacheco-Borrella, G. La necesidad de los psiquiátricos: más despropósitos para la estigmatización. *Evidentia* 2005 mayo-agosto; 2(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/118articulo.php>. Consultado el 23 de octubre de 2022.
17. Pacheco-Borrella, G. Los espacios de la enfermera de salud mental. *Rev Metas de Enferm*, 1999; 16: 41-49
18. Cruz, E. Alcaraz, M. Espino, A. Nuevos fármacos para la esquizofrenia, ¿la panacea?" *Diario El País*, 14 de diciembre de 1999.