

# El Trabajo Social en salud mental

Eva M<sup>a</sup> GARCÉS TRULLENQUE

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza  
Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo  
Universidad de Zaragoza  
engarcest@yahoo.es

*Recibido:* 6 mayo 2010

*Aceptado:* 18 mayo 2010

## RESUMEN

El Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y autonómico y los planes de salud mental que se han ido implementando.

En este marco, los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar.

**Palabras clave:** Trabajo Social, salud mental, especificidad.

## Social Work in mental health

## ABSTRACT

Social Work in Mental Health has been influenced by the development of psychiatric welfare, the regulatory framework at the national and provincial levels and mental health plans which have been implemented over time.

Within this framework, social workers in the field of Mental Health have been constructing a way of doing things that has shaped their professional profile and role, marked by a specificity unique to this environment. The basic tenets of Social Work in Mental Health have been specialization, ongoing training and interdisciplinary work.

**Key words:** Social Work, mental health, specificity.

**SUMARIO:** 1. De donde venimos: el desarrollo de la asistencia psiquiátrica y el trabajo social. 2. Donde estamos: la atención a la salud mental. 3. Lo propio del trabajador social en salud mental: definiendo la especificidad. 4. El Trabajo Social con personas con trastorno mental grave. 5. Hacia donde vamos: el futuro del Trabajo Social en salud mental. 6. Conclusión. 7. Bibliografía.

## **1. DE DÓNDE VENIMOS: EL DESARROLLO DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y EL TRABAJO SOCIAL**

Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social (Fernández, J., 1997). En los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental.

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales.

Esta influencia que llega a España importada de los EEUU viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales. Al final de la década de los sesenta la Clínica Tavistock de Londres, con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006). Volviendo la mirada a los EEUU, hoy por hoy la salud mental sigue siendo una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda.

El desarrollo de la atención psiquiátrica en España ha tenido un desarrollo similar al que se ha producido en la mayoría de los países desarrollados. Tradicionalmente la asistencia psiquiátrica dependía de las Diputaciones Provinciales y no estaba integrada en el régimen de la Seguridad Social. A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como máximo referente la reforma psiquiátrica italiana, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad.

La evolución del Trabajo Social en Salud Mental, ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. La década de los 70 se caracterizó por la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religio-

sas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial.

La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

En este momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social.

En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias. Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica si no también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

## **2. DÓNDE ESTAMOS: LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL**

En la actualidad, la atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos en territorios determinados (Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juven-

nil, unidades de rehabilitación, hospitales de día,...), habiendo tenido estos servicios una implantación diferente según los diferentes planes de salud mental que se han ido desarrollando las diferentes comunidades autónomas.

A nivel normativo, en el año 2006 se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre (este Real Decreto sustituye al anterior 63/95 en el que la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica estaban contempladas de forma muy general). En el nuevo real decreto, en cambio, se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la Atención Especializada de la siguiente forma:

- Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.
- La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, donde se incluye:
  - Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
  - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
  - Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
  - Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
  - Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
  - Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Tras esta definición de la cartera de servicios, las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

En ese mismo año, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares, impulsa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ya que uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo es la mejora de la atención a la salud mental en España.

La Estrategia se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea, y que fue suscrita por España en 2005, donde se considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta Declaración insta a los sistemas sanitarios a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

Desde este marco de referencia, la Estrategia adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos y constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de salud mental.

Desde la aprobación de la Estrategia, se ha seguido con un trabajo conjunto entre las Sociedades Científicas, las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, intentando aunar esfuerzos dirigidos a la mejora de la atención en Salud Mental y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional. Esta Estrategia fue evaluada en el 2009, revisándose el grado de los objetivos alcanzados por las Comunidades Autónomas, manteniéndose para los próximos años los objetivos iniciales e introduciéndose nuevos objetivos y recomendaciones.

### **3. LO PROPIO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL: DEFINIENDO LA ESPECIFICIDAD**

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos (Guimon, 2008).

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, L., 2006).

Aunque el concepto y el ámbito de la Salud Mental son más extensos que los de la psiquiatría, ésta forma la base fundamental de aquella. Hasta finales del siglo pasado habíamos de la asistencia psiquiátrica para referirnos a las actividades destinadas a prevenir y tratar las enfermedades psiquiátricas. De esta forma lo definían los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental a principios de los 90:

**Definiciones y conceptos generales en Salud Mental.  
Principios de las Naciones Unidas (U.N., 1991)**

- *Asistencia en salud mental*: el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona; el tratamiento y la asistencia y la rehabilitación de un trastorno mental.
- *Establecimiento para la salud mental*: proporciona, como función primaria, cuidados en salud mental.
- *Profesional de la salud mental*: un médico, un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social (...).
- *Paciente*: todas aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental.

Desde esta perspectiva, el trabajador social atenderá a toda población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblaciones establecidas, especialmente a aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada.

¿Dónde recae entonces la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros como trabajadores sociales? ¿Cuál es la expectativa de otros compañeros trabajadores sociales, que desempeñan su trabajo en otros dispositivos respecto a nuestra actividad profesional? Si partimos de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental.

Como en otros momentos hemos defendido el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la práctica del trabajo social, especialmente en los países anglosajones y, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda, M., y Garcés, E., 1998).

En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental.

Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y

social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares.

El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona (Ituarte, A., 1992). Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

### 3.1. EL PUNTO DE PARTIDA: LA INTERDISCIPLINARIEDAD

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada (García, R., 2004).

Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo. El equipo no es un fin en sí mismo, sino es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento (Díaz, E., 2002).

La interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial es definida por Tizón como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social,... Pero este mismo autor plantea cómo debe definirse una remodelación de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo

el intercambio de ideas entre los mismos. Cuando la unidad interna del equipo es efectiva, es normal que un miembro asuma técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que por ello se rompa la cohesión del equipo, se interfiera el rol de sus componentes y se sustituyan los objetivos del equipo. En el equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de forma coordinada. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario (Tizon, J.L., 1992).

Este enfoque interprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir (Ramírez de Mingo, I., 1992).

Igualmente debemos señalar como generalmente la organización y características terapéuticas del equipo son diferentes en la psiquiatría hospitalaria respecto a la psiquiatría comunitaria:

- En los centros en los que predomina el *modelo médico* (hospital), los equipos terapéuticos tienen una estructura más vertical. Lo deseable aquí es la perfecta coordinación de los miembros en el fomento de unas habilidades técnicas precisas.
- En los centros en los que predomina un modelo *psicológico-social* (Hospital de DIA, CSM, módulos psicosociales, comunidades terapéuticas) el equipo es de una estructura más horizontal.

El cambio de la interacción tradicional a la orientación comunitaria del equipo requiere hacer menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permitiendo unificar actitudes en la comprensión del enfermo y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Esto significa que aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 1997).

### 3.2. LA ESPECIFICIDAD COMO TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE SU EQUIPO

En primer lugar es importante diferenciar lo que son funciones del trabajador social con el rol profesional que desempeña.

Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional.

En el caso de los roles, nos referimos a las expectativas latentes en cuanto a funciones, tareas o comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros.



Si bien las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el Centro donde prestan sus servicios, la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo podemos partir de una serie de funciones básicas:

### 3.2.1. *Función de atención directa*

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
  - Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
  - Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
  - Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
  - Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
  - Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
  - Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
  - Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
  - Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.
- Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

### 3.2.2. *Función preventiva, de promoción e inserción social*

Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de:

- Los recursos normalizados.
- Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
- Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.

### 3.2.3. *Función de coordinación*

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002). La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, I., 2006).

En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, N., 1992). En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002). Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos.

El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad par cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él pudieran depender, es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención.

Por otra parte, cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la formación, experiencia y competencia del trabajador social (Guimon, J., 2002).

### 3.3. LA ESPECIFICIDAD DE SU ÁMBITO EN RELACIÓN A OTROS ÁMBITOS DONDE INTERVIENEN TRABAJADORES SOCIALES

Esta especificidad viene definida por un lado, por la población con la que trabaja y su psicopatología y por otro, por una metodología propia de intervención:

1. La **población con la que trabaja y su psicopatología**. El **conflicto o trastorno mental** es lo que diferencia a este grupo de población. Es por tanto ese conflicto o trastorno mental el que los define como usuarios de

los Servicios de Salud Mental, y el que a la vez los diferencia, ya que algunos personas se convierten en usuarios de una consulta especializada en una situación de crisis y otras son usuarios «continuos» de la red de salud mental por su evolución.

*«Usuarios continuos» de la red de salud mental*

- La demanda de consulta al dispositivo es objeto de la atención en salud mental porque sufren un trastorno mental: Pacientes que acuden a recibir tratamiento y cuyo problema médico fundamental es el psiquiátrico.
- El caso requiere un Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.
- El trabajo se define a medio-largo plazo.
- Intervención sobre:
  - La problemática socio-familiar.
  - Las consecuencias sociales de la enfermedad: en el caso de las enfermedades crónicas, la prolongación en el tiempo del trastorno produce la aparición de «consecuencias» psicosociales que perturban el curso de la vida habitual.
- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

*«Usuarios en situación de crisis», que consultan en un momento dado de su vidas*

- La demanda de consulta a la Unidad sea objeto de la atención en salud mental.
- Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.
- El trabajo se define a corto plazo.
- La problemática social del usuario esté relacionada con el motivo de la consulta, con la demanda de salud mental.
- Intervención sobre la problemática socio-familiar, ligada al motivo de consulta.
- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

#### **4. EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Dentro de la actividad profesional del trabajador social merece especial atención el trabajo que desempeña con personas que padecen un trastorno mental gra-

ve, ya que se requiere de una especificidad que viene definida por las características psicopatológicas y sociales de la enfermedad.

El concepto de trastorno mental grave engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) van a necesitar la utilización de varios servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada, lo que requiere una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional

#### 4.1. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE CURSO CRÓNICO O TRASTORNO MENTAL GRAVE

La cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales produce la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del paciente. Estas consecuencias definidas por la OMS como deficiencias, discapacidades y minusvalías dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y por consiguiente, obstaculizan su integración social. Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma sino también sobre las consecuencias (rehabilitación). Para ello, es preciso valorar las discapacidades de la persona y sus situaciones de desventaja e intervenir además para cambiar el concepto social que la sociedad tiene acerca del enfermo mental.

Como ya hemos comentado, en la enfermedad mental, y especialmente en el TMG, a veces la desaparición de la deficiencia no hace desaparecer la discapacidad o la minusvalía. Esto se debe a que pueden existir en el entorno factores perpetuadores de éstas, cronificándolas. Por ello, la intervención sobre las consecuencias del TMG suele darse en dos fases, complementarias y generalmente paralelas en su desarrollo:

#### 4.2. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA REHABILITACIÓN

La intervención se centra sobre el individuo principalmente, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer. En este sentido, tal y como lo

define la O.M.S. (1983), la rehabilitación tiene como objetivo reestablecer el nivel de funcionamiento mental, físico y sensorial óptimo, que precede a un trastorno padecido por una persona. Para esta propuesta, el diagnóstico de la enfermedad que padece la persona a través del modelo médico tradicional no es suficiente, ya que lo relevante para rehabilitar es conocer lo que las personas no pueden hacer a causa de su enfermedad (Üstün, 1996).

En la «Carta para los años 80» se establece que la Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad.

Así pues, la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible.

#### 4.3. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: INTEGRACIÓN SOCIAL O REINSERCIÓN.

La intervención se centra sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad. Se interviene sobre el sujeto en relación al concepto social que se tiene de él.

La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación. Por ello, la recuperación del TMG se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico. Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial. Estaríamos hablando de conseguir una «equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad —tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación— se hace accesible para todos» (U.N., 1988).

Tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del paciente una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos y comportamentales de características protésicas, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más

normalizados posible. Para alcanzar este objetivo, la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Rodríguez, A., 1997).

El trabajador social dentro del equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con un mayor peso específico en la segunda, con el objetivo de:

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...) y diseñar una propuesta de intervención para mejorarla, integrada dentro del Plan Individualizado de Rehabilitación.
- Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la comunidad.
- Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que reduzcan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.
- Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

#### 4.4. POR LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren unas técnicas y una metodología adecuadas. Para intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus

técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

## **5. HACIA DÓNDE VAMOS: EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL**

Si entendemos por el ejercicio profesional el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención. En salud mental, este ejercicio profesional es muy diverso ya que nos encontramos trabajadores sociales incorporados en Unidades de Salud Mental de Adultos, Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Unidades de Agudos, Programas específicos para patologías concretas (anorexia, trastornos bipolares, trastornos de personalidad,...), Centros de Día, Hospitales de Día y en Centros Residenciales,...

Pese a la diversidad de dispositivos en los que trabajamos, la práctica profesional de los trabajadores sociales en salud mental pone de manifiesto en general una forma común de entender el Trabajo Social Psiquiátrico, como así se refleja en las publicaciones en relación a éste ámbito y en los foros de intercambio profesional y de formación para trabajadores sociales en salud mental. En este sentido, es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo.

Desde mi experiencia como trabajadora social en el ámbito de la salud mental, entiendo que las claves para el desarrollo del Trabajo Social en Salud Mental son la especialización, la formación continuada y la definición de un Perfil Profesional.

### **5.1. LA ESPECIALIZACIÓN**

El saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir» (Trevitchich, P., 2002).

Los elementos básicos de este saber especializado en el Trabajo Social se fundamentan en:

1. Un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud mental, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos.
2. Un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención.

3. Un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional.

La especialización en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, las adquisiciones de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización.

No se puede separar la formación de los profesionales de la calidad de los servicios que prestan, de forma que cuanto mejor y más amplia sea la preparación de los profesionales, mayor será la calidad asistencial de los servicios y el grado de desarrollo que puedan alcanzar (Mollejo, E, 2002). Como nos señala Guimón (2008): «en lo que se refiere a los asistentes sociales hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de «gestores de casos». En el futuro deberían asumir la realización de algunos tipos de Psicoterapias, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a lo de los psicólogos».

## 5.2. FORMACIÓN CONTINUADA

Deberíamos partir de nuestras carencias en formación para poder definir un programa de docencia para los trabajadores sociales en salud mental.

La primera dificultad en este sentido surge por la imposibilidad de encontrar una base doctrinal en la que todos nos sintamos identificados. ¿Cómo se pueden integrar todos los conocimientos y habilidades que debe tener un trabajador social? Quizá después de la experiencia práctica no desdeñemos ninguna manera de acercarnos al sufrimiento humano y basándonos en problemas específicos, nos planteemos la utilidad de distintos enfoques, de una forma más flexible y global, haciendo uso de una actitud más crítica y menos dogmática.

La formación se constituye en un proceso basado en la experiencia, y por tanto en el aprendizaje. El aprendizaje de este difícil oficio se articula sobre tres elementos fundamentales: la relación trabajador social-paciente; el trabajo en equipo y la institución.

La especialización y la formación implican educarse en la autocrítica y en la heterocrítica, situarse en la posición permanente de aprender, de estar en proceso, de saber mirarse al espejo y evaluarse como parte del análisis de la situación.

Se ha analizado como la variabilidad de la práctica profesional en los trabajadores sociales en el ámbito sanitario puede ser una dificultad y lo importante



que sería garantizar que ante la misma patología se actúe de forma homogénea y se realicen tratamientos o intervenciones estandarizados y basados en la evidencia (Saavedra M.L., 2003) .En diferentes foros sobre Trabajo Social en Salud y en Salud Mental se está planteando la importancia de la necesidad de una puesta en común de metodología de trabajo y de procedimientos de actuación específica, ya que en la actualidad coexisten una multiplicidad de funciones e intervenciones en los diferentes servicios que se corresponden con diferentes factores, entre ellos la formación. Esta situación favorece en algunas ocasiones la no definición de nuestro trabajo diario en los equipos interdisciplinarios.

En relación a esto, lo que si que ha cambiado en los últimos años es la discusión sobre el método y lo que predomina es que es el profesional el que escoge en cada momento el método más apropiado para su práctica profesional. Sólo una práctica reflexiva y eficaz permitirá que nuestras intervenciones no sólo se lleven con la competencia debida, sino que sean eficaces en el sentido de que conducen a los resultados deseados.

### 5.3. NECESIDAD DE DEFINICIÓN PROFESIONAL: HACIA UN PERFIL PROFESIONAL

Recientemente se oyen voces a cerca de la necesidad de recuperar el reconocimiento que el Trabajo Social en Salud Mental ha tenido durante décadas, poniendo en evidencia que el espacio profesional no viene dado únicamente por un listado de funciones consensuadas y cómo debemos responder. Se plantean nuevas tareas, nuevos requerimientos profesionales, que exigen una formación sólida ya que serán nuestras competencias las que nos permitan ubicarnos en nuevos roles y desempeñar nuevas tareas profesionales. El reconocimiento nos vendrá dado por lo que seamos capaces de hacer con éxito y por la capacidad de mostrar y divulgar lo que hacemos (Ureña, A., 2006).

Si analizamos la actividad profesional de los trabajadores sociales en los diferentes servicios de salud mental, la realidad es que cada uno ha ido haciendo según su iniciativa y el reconocimiento del equipo, y según su formación, pero no tenemos una cartera de servicios propia, una definición de la actividad profesional. Deberíamos preguntarnos si nos interesa tenerla. Se trataría de un documento marco, de referencia para todos los trabajadores sociales de salud mental. Un documento de partida, como fue y sigue siendo la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000).

Este análisis nos obligaría a definir conceptualmente lo que hacemos. Poder poner nombre a lo que hacemos. De esta forma habría unos mínimos, prestaciones o intervenciones básicas que tendríamos que ofertar desde todos los servicios aun entendiendo que trabajamos en diferentes dispositivos. Definir esos mínimos facilitaría el conocimiento de nuestro rol a otros profesionales, así como permitiría a los trabajadores sociales que iniciaran su actividad en un dispositivo de salud mental un punto de partida respecto a las intervenciones que tendrían que prestar

La cartera de servicios es entendida como el instrumento que pretende sistematizar el proceso de atención y que tiene un nivel de implantación en un territorio. Para poder definir la cartera de servicios del Trabajador social en salud mental son necesarias una serie de fases:

1. Análisis de la cartera de servicios propuesta en los Planes Estratégicos de cada Comunidad Autónoma a través de los diferentes Programas de atención a los usuarios y de los Programas de Calidad.  
Si en el diseño de estos planes se ha contado con la participación de los trabajadores sociales tenemos ya un camino iniciado. Es fundamental igualmente el que se cuente con nosotros para el diseño de los diferentes programas, donde se concreta la cartera servicios como aquellas modalidades de intervención disponibles, dirigidas a atender las necesidades de salud mental de una población concreta.
2. Análisis de las prestaciones que está desarrollando el Trabajador Social en la actualidad.
3. Definición de la cartera de servicios propia.
4. Mejora de la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en los servicios de salud mental.

Debemos responder a las nuevas necesidades de los usuarios y de los servicios: es fundamental priorizar las intervenciones y tener rigor en las mismas. Esta priorización debe hacerse de acuerdo con las necesidades de los pacientes y con las necesidades del equipo, en cuanto a la organización de los roles profesionales y obliga a la definición de la actividad profesional.

En esta priorización va a ser fundamental combinar el trabajo a demanda con el trabajo por programas. El diseño de estos programas es muy amplio y se adecuaran al tipo de servicios en el que desempeñemos nuestra actividad profesional. No es lo mismo los programas que podamos diseñar en la atención a la salud mental comunitaria que en los dispositivos de rehabilitación.

## **6. CONCLUSIÓN**

En definitiva, el Trabajo Social en salud mental va a depender de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, de la adecuación de los roles profesionales a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, en definitiva de nuestro compromiso profesional. Pero no podemos olvidar en este proceso que además del empeño del colectivo profesional, es indispensable el apoyo de los responsables de planificación y gestión, donde los trabajadores sociales sean valorados y reconocidos en su quehacer profesional. Como ya decía Kisnerman (1986), en la relación de ayuda existen sobre todo tres sistemas que ejercen una influencia recíproca: la institución, el profesional y el cliente. Ésta sigue siendo nuestra realidad profesional.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- BARG, L.  
2006 *Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- BENAVENTE *et al.*  
2005 *Organización y funcionamiento del Trabajo Social en la Red de Atención a la Salud Mental*. Dirección General de Atención Sanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud.
- DÍAZ PALACIOS *et al.*  
2002 «Funciones del trabajador social en salud mental-adultos». *Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK ediciones.
- ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
2007 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. <http://publicaciones.administracion.es>
- FERNÁNDEZ, X.  
1997 «La supervisión del trabajo social en salud mental». *RTS* 145: 48-58.
- GÁLVEZ GUILLÉN, E.M.  
1997 «Calidad asistencial y cualificación profesional. La formación continuada». *Manual del residente de psiquiatría*, Tomo II. Madrid: Lifofinter.
- GARCÉS, E.  
2007 «La especificidad del trabajador social en salud mental ¿Un rol reconocido?». *Revista de Trabajo Social y Salud* 56: 309-332.
- GARCÉS, E., y PINILLA, M. A.  
2006 «Intervención del Trabajo Social en pacientes con trastorno mental grave». *Revista de Trabajo Social y Salud* 54: 85-108.
- GARCÍA LÓPEZ, R.  
2004 «Salud mental comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinar?». *Cuadernos de Trabajo Social* 17: 273-287.  
*Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada* (INSALUD, 2000). Madrid: Subdirección de Coordinación Administrativa.
- GUIMON UGARTECHEA, J.  
2002 *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Ginebra, Madrid, Nueva Cork: Core Academia.  
2008 *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Servicio Editorial del la Universidad del País Vasco.
- ITUARTE TELLAECHÉ, A.  
1982 *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- KISNERMAN, N.  
1986 *Manual de Trabajo Social*. México: Prensa Mexicana.

- MIRANDA ARANDA, M., y GARCÉS TRULLENQUE, E.  
1998 «Trabajo Social en salud mMental». Trabajo Social en Salud Mental. *Organizaciones de Bienestar*. Zaragoza: Ediciones Mira.
- MOLLEJO, E.  
2002 «Situación de la atención en salud mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000». *Trabajo Social Hoy* 28 Bis: 45-52.
- PELLEGERO, N.; BRISE, E., y TIZÓN GARCÍA, J.  
1992 «El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria». *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- PONS, I.  
2006 «Condicionantes sociales teóricos y prácticos de las ciencias de la salud mental». *RTS* 178: 17-34
- RAMÍREZ DE MINGO, I.  
1992 *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. (coord.)  
1997 *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- SAAVEDRA JIMÉNEZ, M.L.  
2003 «¿Heterogeneidad u homogeneidad? Funciones del trabajador social. Necesidad de tener una cartera de mínimos unificada». *Revista de Trabajo Social y Salud* 43: 45-56.
- TIZÓN GARCÍA, J.L.  
1992 *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- TREVITHICK, P.  
2002 *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Ed. Narcea.
- UNITED NATIONS  
1988 *Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a las personas con Minusvalía.  
1991 *The U.N. principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*.
- UREÑA HIDALGO, A.  
2006 «La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental». *RTS* 178: 35-41.
- VARIOS  
2002 «La reforma psiquiátrica de Madrid. Un itinerario a través de la memoria». *Trabajo Social Hoy* 28 Bis: 23-27.  
2003 «Documento a debate. Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público de Andalucía». *Revista Trabajo social y Salud* 46: 243-262.