

Trabajo Social en la hospitalización de agudos de psiquiatría. Una mirada sistémica de la relación de ayuda

Miguel Esquinas Sirvent

Trabajador Social del Servicio de Psiquiatría de Adultos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPS). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Correspondencia: miguel.esquinas@salud.madrid.org

Cómo citar: Esquinas Sirvent, Miguel (2025) "Trabajo Social en la hospitalización de agudos de psiquiatría. Una mirada sistémica de la relación de ayuda". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 319-326.

Resumen: Desde la primera década del siglo XX, el Trabajo Social ha estado presente en las instituciones psiquiátricas aportando una mirada social al tratamiento de la persona enferma. En los campos de actuación que le son propios a la disciplina (pobreza, exclusión, desigualdad) los trabajadores sociales han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcando una especificidad propia en este ámbito. Esto evidencia la necesidad de incorporar modelos teóricos que acompañen y den sentido a la práctica profesional. Es por ello, por lo que proponemos una mirada sistémica de la relación de ayuda en Trabajo Social, por su cariz relacional y no psicopatologizador, para así, reivindicar el lugar del trabajador social en el equipo y, por tanto, en el tratamiento del paciente, tanto en la hospitalización como en la posterior rehabilitación psicosocial y trabajo en el mantenimiento y retorno a la comunidad.

Palabras clave: Salud Mental, Trabajo Social, relaciones, familia, crisis

Abstract: Since the first decade of the 20th century, Social Work has been present in psychiatric institutions, contributing a social perspective to the treatment of the sick person. In the fields of action that are specific to the discipline (poverty, exclusion, inequality) social workers have been building a way of doing things that has been configuring their profile and professional role, marking their own specificity in this field. This shows the need to incorporate theoretical models that accompany and give meaning to professional practice. It is for this reason that we propose a systemic view of the help relationship in Social Work, due to its relational aspect and not "psychopathologizing", in order to vindicate the place of the social worker in the team and, therefore, in the treatment of the patient, both in hospitalization and in subsequent psychosocial rehabilitation and work in maintenance and return to the community.

Keywords: Mental Health, Social Work, relationships, family, crisis.

“Bajo toda enfermedad psíquica hay un conflicto social”

Basaglia (1978)

Introducción

La experiencia confirma que la asistencia sanitaria en salud mental es fundamentalmente colaborativa entre las distintas profesiones que componen la institución sanitaria. El trabajador social sanitario ejerce como mediador e interlocutor entre la familia y la institución. Es ahí donde la labor profesional del TS se torna imprescindible en salud mental, ya que trae el mundo relacional del paciente y da sentido a los síntomas que le acompañan en la aparición de la crisis.

Objetivos

General: Conceptualizar la relación de ayuda desde la mirada sistémica dentro de la labor del trabajo social en la UHB.

Específicos:

- Exponer las principales aportaciones del modelo sistémico en el abordaje del paciente.
- Visibilizar la intervención/atención social como parte fundamental del diagnóstico clínico y del posterior tratamiento.

Metodología

Este artículo se ha realizado mediante una metodología descriptiva y apoyándose en referencias bibliográficas de diferentes modelos teóricos, en aras de construir una narrativa acerca de la intervención del trabajo social en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, concretamente en la unidad de hospitalización breve del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Las fuentes secundarias han sido obtenidas en catálogos de artículos del portal de Cuadernos de Trabajo Social, revista que edita la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense. También se ha utilizado el portal *Google Académico* para la búsqueda de literatura académica.

El Trabajo Social y la Psiquiatría. La Reforma Psiquiátrica

Pensar en “lo social” en términos conceptuales nos envuelve en la complejidad de la sociedad y nos involucra en la necesidad de profundizar en el conocimiento de los fenómenos de los procesos sociales (Campos Aldana, 2008).

Por otro lado, Carballada (2008) afirma que pensar “lo social” en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre el sujeto y la cultura, donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El surgimiento de la “cuestión social” es simultáneo al surgimiento del trabajo social como disciplina, que se origina a finales del siglo XIX y principios del XX, como brazo ejecutor de la acción social en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad.

La relación entre el Trabajo Social y la Psiquiatría, tiene lugar en Estados Unidos a principios del siglo XX, materializándose con la incorporación de los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos. El objetivo era dar una respuesta socializadora a los pacientes crónicos y a la masificación de los entonces llamados manicomios, a través de sus intervenciones sociales (Garcés, 2010).

Si atendemos al momento histórico en el que nace el trabajo social y la psiquiatría, evidenciamos que ambas están atravesadas desde su nacimiento por el “control social” a la disposición del nuevo modelo político y económico.

En cambio, en la segunda mitad del siglo XX se evidencia que estas instituciones no resultaban de ayuda a las personas que padecían trastornos mentales graves, sino que eran responsables de buena parte de los problemas que los profesionales achacaban a estos trastornos (Fernández Liria, 2020).

En el primer tercio del pasado siglo estalla la Segunda Guerra Mundial, que pone en evidencia la penosa

situación en la que vivían los pacientes mentales y la ineficacia de las instituciones psiquiátricas y los procesos terapéuticos que se llevaban a cabo en las mismas. Esta certeza lleva a la necesidad de reformar la atención al sufrimiento psíquico. De este modo, plantea Desviat (2020), se iniciaron en todo el mundo movimientos que pretendían acabar con la institución psiquiátrica y sustituirla por redes de servicios capaces de atender a las personas con trastorno mental sin separarlas de sus comunidades de origen.

Pasado el trauma que supuso la contienda bélica, en las décadas de los cincuenta a los setenta se afianza el estado de bienestar. Esto supone que la salud va a formar parte del proyecto de sociedad, procurando asegurar de forma universal los servicios sociales esenciales. La cobertura universal sanitaria se extiende por Europa y Canadá, donde se organizan sistemas nacionales de salud con una nueva manera de ver la atención sanitaria. El enfoque incorpora actividades preventivas y de promoción de la salud. El concepto de enfermedad cambia por la Organización Mundial de la Salud, atendiendo a una concepción más integral del individuo y no dejando atrás el reduccionismo que suponía el concepto de “salud” como la mera ausencia de enfermedad. En este nuevo escenario se van a desarrollar los procesos de transformación de la reforma psiquiátrica, cuyo modelo asistencial es la salud mental comunitaria.

Hay un antecedente significativo de la reforma psiquiátrica y es el Movimiento de Higiene Mental que se origina en Estados Unidos gracias a las ideas del psiquiatra Adolf Meyer, impulsor de la psiquiatría psicodinámica y social en Norteamérica. Este movimiento se opone a las formas custodiales de atención, defendiendo un tratamiento en la comunidad, que en poco tiempo se extiende por Estados Unidos y por el resto del mundo, llegando a España a finales de los años veinte. Remarco este hecho, ya que Mary Potter Brook, considerada la primera trabajadora social psiquiátrica, crea un programa que vincula la psiquiatría con el trabajo en la comunidad. Este programa incluía la atención domiciliaria, dando continuidad al tratamiento, al tiempo que recogía información sobre su situación social. Además, era la esposa del psiquiatra antes mencionado. Meyer expresó refiriéndose al trabajo de su esposa: “Nos ayudó a situar el problema en un marco social más amplio y a llegar al origen de

la enfermedad, la familia y la comunidad” (Desviat, 2020, p.20).

Menciono el Movimiento de Higiene Mental intencionadamente, ya que supone el antecedente pragmático más claro que influencia de lleno a la reforma psiquiátrica en España. La Asociación Española de Neuropsiquiatría crea en 1927 la Liga de la Higiene Mental con el firme objetivo de difundir medidas sanitarias y culturales que mejoraran la idea que la población tenía de la salud mental. Sin embargo, la represión de la dictadura franquista quebró toda intención reformista.

La reforma psiquiátrica no ve la luz en España hasta el año 1986, años después de la recuperación de la democracia. En ese año, se produce el cambio de modelo asistencial que se tradujo en el documento final de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y se plasmó en el Artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Fernández Liria, 2020).

El nuevo modelo suponía el abandono del sistema centrado en el hospital psiquiátrico; la integración del sistema de atención a la salud mental en el sistema sanitario general; su localización en el nivel de atención especializada. Respecto a la atención primaria de salud, supuso el despliegue de dispositivos como los centros de salud mental, centros de rehabilitación y hospitales de día cercanos a la comunidad y no situados en las grandes instituciones sanitarias como los hospitales.

Se propone que sean las unidades de salud mental comunitaria el eje de coordinación entre la atención primaria y la especializada. Se hace especial hincapié en la planificación asistencial, con la creación de programas de continuación de cuidados y rehabilitación, intentando que los pacientes con trastorno mental grave y patologías crónicas, adquieran un mayor grado de autonomía y afiancen la adherencia al tratamiento.

La labor de los trabajadores sociales fue fundamental para llevar a cabo esta propuesta transformadora, para plantear desde dónde y cómo se iba a hacer. Los trabajadores sociales apoyaron en la desinstitutionalización de los pacientes, en acercarlos a sus ciudades de origen, tras haber sido distribuidos a lo largo de la geografía española. Escucharon de nuevo los relatos de los pacientes que llevaban años insti-

tucionalizados y podríamos decir que olvidados por un sistema político que arrasó su subjetividad. Los trabajadores sociales colaboraron en la recuperación de dignidad, identidad y ciudadanía de muchas personas. Por último, no podemos dejar de mencionar que el movimiento participativo de la sociedad civil también empujó a que esta reforma pudiera ser posible.

El Trabajo Social en Salud Mental y su Mirada Relacional

El modelo sistémico y su teoría de los sistemas nos hace testigos de un mandato esencial: no perder de vista al individuo, al paciente identificado como parte de un sistema relacional. Mi intención con este artículo no es entrar a explicar en profundidad en qué consiste el modelo y sus diferentes teorías, aunque sí esbozaré ideas generales de los autores que han desarrollado el enfoque sistémico relacional. Watzlawick (1971) utiliza en la *Teoría de la comunicación humana* la definición clásica de sistema en la que afirma que un sistema es “[...] un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y entre sus atributos”, aclarando que “[...] los objetos son componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y la relaciones “mantienen unido el sistema” (Campanini y Luppi, 1998).

Von Bertalanffy introdujo, además del concepto de relación, el de interacción, definiendo al sistema “[...] como un conjunto de elementos [...] que interactúan entre sí”, sugiriendo de este modo, la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación.

Andolfi (1991) apunta que, si aceptamos los supuestos sistémicos antedichos, resulta clara la exigencia de que se dirija la atención no a la persona sino a los sistemas relacionales de los que participa, pasando de lo individual a lo colectivo. Es ahí, siguiendo esta idea, donde los trabajadores sociales en salud mental tenemos una tarea propia que venimos realizando desde la incorporación de los trabajadores sociales a la institución psiquiátrica, hace más de un siglo.

El Trabajo social y la Psiquiatría han estado fuertemente unidos como hemos explicado en el desarrollo histórico de la disciplina en este ámbito. Las

pioneras del trabajo social no construyeron mapas acerca de la enfermedad mental, pero generaron un saber importante acerca de “la persona” y de la puesta en marcha de prácticas y acciones que estaban al servicio de ayudar al desfavorecido y a los pobres (C. Vicente, 2018). Indudablemente, las pioneras de las que hablamos son: Mary Richmond y Jane Adams. Ambas, como señala la autora citada (2018), captaron la sensación de inutilidad y de fracaso que genera el sufrimiento psíquico y social a las personas que lo padecen. La necesidad de mitigar dicho sufrimiento, para ambas fue algo central. La primera a través del trabajo social de casos y la segunda, a través del trabajo social comunitario.

Estas dos mujeres referentes en la profesión, nos conectan de nuevo con la idea que planteaba Maurizio Andolfi: “Resulta clara la exigencia de que se dirija la atención no solo a la persona, sino a los sistemas relacionales de los que participa [...]”, ya que ambas insisten en la necesidad de tratar al sujeto en su contexto relacional. Mary Richmond concluye en su obra *El caso social individual* que: “El arte del trabajador social que se consagra al servicio de casos individuales, consiste en descubrir las relaciones sociales que más convienen al individuo y en procurárselas” (p. 165).

Garcés (2010) expone en su artículo *El Trabajo Social en Salud Mental* que Adolph Meyer, psiquiatra y padre fundador de la terapia ocupacional, propicia la entrada de trabajadores sociales en los hospitales psiquiátricos. Destacamos este hecho, debido a que Meyer ponía un gran énfasis en la importancia del entorno y el contexto social para entender los problemas psiquiátricos (C. Vicente, 2018). Richmond va incorporando estas influencias en su obra y va desarrollándose en este contexto histórico.

Destacamos una idea esencial de Richmond, planteada en 1922 en el ya mencionado *Caso Social Individual*. La autora entiende al trabajador social hospitalario como el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población (Richmond, M., 1995). Esta idea es fundamental para los trabajadores sociales sanitarios, ya que designa un rol claro y preciso que conecta además con la idea de especificidad que desarrollaremos más adelante.

Recapitulando las ideas expuestas hasta el momento, observamos que el trabajo social ha aportado

desde sus inicios una mirada relacional al sufrimiento psíquico. Esta mirada al contexto, a las relaciones sociales y al medio en el que se desarrolla la persona enferma, siguiendo los principios sistémicos, nos hace observar la realidad desde un prisma multidimensional. Es decir, observando el “todo”.

¿Cómo incorporamos esta mirada los trabajadores sociales? Teniendo en cuenta el concepto de “multidimensionalidad”, no podemos seguir observando y analizando la realidad desde lo micro-macro o desde lo intrapsíquico y lo social (Rodríguez, 2016). Indudablemente, cuanto más amplio es el mapa sobre el que intervenimos, más posibilidades tenemos de perdernos y de recorrer territorios marginales que no nos llevan a ningún lugar o, por el contrario, ¿tendremos más oportunidades de observar ese “todo” que perseguimos? Si no contamos con modelos teóricos que nos acompañen y orienten, nos vemos abocados a la burocratización de la profesión, asistiendo a una desvalorización de ésta y a alimentar una mirada estereotipada y errónea de lo que hacemos y pensamos. Mary Richmond ya apuntó a la necesidad de mitigar la engañosa apariencia de banalidad de lo que hacemos y pensamos los trabajadores sociales.

En relación a esta idea, recuerdo una derivación en la unidad de hospitalización concretamente, en la unidad cerrada, de un paciente que ingresó involuntariamente. Este paciente tenía un diagnóstico de Trastorno Bipolar de base e ingresaba por una descompensación maniforme. El psiquiatra adjunto me deriva al paciente, debido a que se había referenciado con él y se negaba a la toma de tratamiento. La idea era hablar con él, valorarle socialmente, sin una demanda concreta y sin haber detectado una problemática social instaurada. Tras hablar y conversar acerca de sus preocupaciones, del motivo por el cual él creía haber ingresado, tras escuchar activamente y favorecer la ventilación emocional, el paciente aceptó la toma de tratamiento y el posterior seguimiento en su Centro de Salud Mental de referencia. Esto no lo planteo como un hecho milagroso o un hecho del que me vanaglorio, sino para demostrar que la intervención social no solo puede activarse cuando hay un problema social concreto, ya sea una situación de sinhogarismo, la necesidad de coordinación con servicios de atención primaria o por un mayor vulnerable. La mera entrevista, aplicando los principales

ítems que contiene un informe social: situación socio familiar, situación económica, laboral, situación de la vivienda... son cuestiones que traen realidad. Este paciente no me habló de proyectos megalomaniacos ni interfirieron delirios durante la conversación. No sugiero que se estabilizara o curara, pero sí argumento que la exploración del contexto y el dar sentido a los síntomas desde la propia biografía del paciente, le ayudaron a encontrar una alternativa para expresar su malestar, le ayudaron a hacer algo distinto.

Evidentemente, no podemos pensar que este ejemplo práctico sea aplicable en todos los casos, hay pacientes que se encuentran en un estado psicopatológico en que el juicio de la realidad se ve alterado. Ahí esperamos a que el paciente nos dé entrada. En ese caso, sin alimentar ni negar la ideación delirante, tratamos de intervenir y de generar el vínculo necesario para construir la relación de ayuda.

Por ello, insisto en la necesidad que tenemos los trabajadores sociales de incorporar modelos teóricos que nos acompañen y que den sentido a nuestras prácticas.

Acorde a los supuestos que vamos desarrollando, considero importante detenerme en el modelo del construccionismo social con la intención de incorporar mapas y modelos que nos sirvan para entender la idea que trato de exponer y que vertebrará este artículo.

Para los construccionistas sociales los síntomas solo tienen sentido en la biografía del sujeto que los padece y devendrán enfermedad de acuerdo con el imaginario colectivo en el que están insertos. Es la comunidad de pertenencia la que determina lo “normal y lo anormal”. Rosen sostiene que “debemos examinar qué se entiende por enfermedad mental y salud mental en un momento y en un lugar dados (1974, p. 374).

Argumentan que incluso los síntomas más graves de la psicosis solo tienen sentido en la biografía del sujeto, nadie “delira” en cabeza ajena. De este modo la enfermedad, como entidad clínica, existirá únicamente inscrita en el marco histórico cultural de referencia en el que se “constituye” como entidad específica su estudio y comprensión, por lo tanto, solo tendrán sentido en ese marco. Para ellos, la

enfermedad es una construcción social. (C. Vicente, 2016).

Cualquier conducta puede transformarse en un síntoma de enfermedad mental simplemente porque un experto lo determina. Sin embargo, sirve de gran ayuda que se describa dicha conducta como una conducta sin sentido o extraña, y un modo eficaz de conseguirlo es ignorar el contexto social (Huertas 2006, p.35). En relación a esta idea, se me viene a la cabeza la bella metáfora del pez y el anzuelo. Karl Menninger, psiquiatra estadounidense, utilizaba la metáfora del pez enganchado al anzuelo para describir el comportamiento de las personas que tienen dificultades inusuales: “sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo para liberarse de su sufrimiento”.

Concha Vicente (2016) en su tesis: *La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario* recoge que:

“Uno de los riesgos, para el sujeto considerado enfermo mental en el contexto médico-clínico-rehabilitador, es entrar en un campo discursivo donde las reglas de la comunicación están en gran medida determinadas por el “discurso del experto”, centrado en los síntomas y alejado de la lógica de la comprensión, de la reflexión y del sufrimiento social que lo acompaña (p. 90).

En concordancia con esto, Andolfi (1991) afirma que en los hospitales está muy limitada la observación directa del contexto en que se origina la confrontación entre diferentes modos de definir un problema, ya que en mayor parte los profesionales creen que pueden explicar el comportamiento “perturbado” imaginando que el adulto que lo muestra está “enfermo” (p. 25).

En definitiva, los construccionistas indican que se ha de dar sentido a las experiencias en el proceso de vida, en la socialización del sujeto, en los problemas de la vida misma, de este modo se subvierte el orden; el experto ya no es el profesional sino la persona afectada y es ella la que ostenta el conocimiento

acerca de sí misma. Para ellos, ocultar las narrativas de vida, supone enmascarar el proceso de salud-enfermedad de la persona que incrementará la sensación de sentirse “arrinconada” frente a sus iguales.

La reflexión en torno a la locura debe, por un lado, trascender la estricta medicalización de la misma, para entenderla desde una perspectiva social y cultural. Pero no solo la locura, en sí misma, sino la propia psiquiatría, en sus aspectos teóricos o en su práctica, dependen de coyunturas socio-culturales que es imprescindible conocer (Huertas, 2012, p. 196).

A propósito de las ideas anteriormente expuestas, el psiquiatra Alberto Fernández Liria (2012) nos habla de cómo la narrativa tiene “un papel central en organizar, mantener y hacer circular el conocimiento de nosotros mismos y nuestros mundos”, de cómo podemos recuperar la subjetividad. En un brillante artículo que escribe para una revista digital, apunta que la idea de lo que llamamos alteraciones de la salud mental son respuestas con sentido a amenazas a la integridad de los seres humanos que las padecen. Concluye añadiendo que: “[...] la forma de ayudar a las personas que tienen problemas de esta naturaleza no consiste en reparar o compensar un déficit somático, sino en posibilitar una visión del problema que permita una forma de afrontarlo más beneficiosa para quien lo sufre”.

Manuel González Molinier (2022), psiquiatra y psicoanalista, acorde a la idea que recogemos, argumenta que: “simultáneamente a la búsqueda, cruenta y muchas veces desorientada, de la causa orgánica de la locura coexiste, desde el inicio, otra psiquiatría que trata de encontrar un lugar para la palabra en la cura del enfermo”.

Carballeda (2012) plantea que:

“La construcción de la narrativa, también, le da sentido al sufrimiento, lo introduce en un contexto propio, subjetivo, que se entrelaza con la cultura. Desde esa construcción de sentido, la narrativa explica el padecimiento, lo integra al mundo de lo cotidiano. La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social. El hacer ver esa naturalización del sufrimiento, se

entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales (p.6).

Esa interpelación directa a la práctica del Trabajo Social nos conduce a la especificidad de la disciplina en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental. Nos conecta con lo que nos es propio. Hamilton (1987) ya expuso que cuando se piensa en un caso social siempre debe considerarse en términos de factores interactuantes tanto internos como externos, relativos al medio ambiente. No solo se trata a la gente en el sentido físico, sino que se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias (p.2). Esto nos conecta con las ideas de los construccionistas y narrativistas que antes mencionábamos.

Llegados a este punto me pregunto ¿No funcionamos los trabajadores sociales al servicio de estas ideas y modelos?; ¿Somos conscientes de lo que supone nuestro día a día profesional en cuanto al desarrollo de teoría y técnicas propias?; ¿Estamos verdaderamente burocratizados como pensamos o es que simplemente funcionamos desde un lugar mecanizado sin modelos ni mapas que nos orienten y nos den sentido?

Rodríguez (2016) afirma que el conocimiento de 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.

Conclusiones

Lo propio de los trabajadores sociales en salud mental es traer los determinantes contextuales, relacionales y sociales a la comprensión del acontecer psíquico, porque no es la propia enfermedad la que define el objeto de intervención de los trabajadores sociales en Salud Mental. Tenemos la posibilidad de otorgar una mirada diferente y multidimensional del sufrimiento psíquico, dando sentido a los síntomas que acompañan al paciente en el momento de la crisis desde su propia biografía. Intervenimos para entender desde donde se asientan las dificultades y para qué aparecen, en conversación colaborativa con el otro. Por lo tanto, ofrecemos la posibilidad de reconstruir narrativas y significados que le

son atribuidos a la enfermedad, recuperando la subjetividad del paciente para que éste encuentre alternativas al malestar y al sufrimiento.

Como apunta Desviat, colaborar en resignificar el marco de una salud mental que parta del sujeto, de la subjetividad proyectada en lo común; que permita cohabitar la diferencia y desde ella, reformular las respuestas asistenciales..

BIBLIOGRAFÍA

- ANDOLFI. M (1991). La familia como sistema relacional. En *Terapia Familiar, Un enfoque interaccional*. Barcelona. Paidós. 17-35.
- BASAGLIA. F. (1978). Bajo toda enfermedad psíquica hay un conflicto social. *Titular de una Entrevista en el Periódico El País*. 05-02-1978.
- CAMPOS ALDANA. A.L. (2008). Una aproximación al concepto de "lo social" desde Trabajo Social. *Revista Tendencias y Retos*. n° 13. Madrid. 55-70.
- CAMPANINI Y LUPPI. (1998). *Servicio Social y Modelo Sistémico*. Editorial Paidós.
- CARBALLEDA. A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, 65.
- DESVIAT. M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, (17-45).
- DESVIAT. M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 23. (253-263).
- DESVIAT. (2011) La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Rev. Esp Salud Pública* 2011; 85; 427-436.
- DESVIAT. M. (2020). Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 40(138): 163-170.
- FERNÁNDEZ LIRIA. A. (2022). Buscando un nuevo paradigma para la Salud Mental. *Revista Contexto y Acción (CTXT)*, n° 289.
- FERNÁNDEZ LIRIA. A. (2012). *Terapia Narrativa basada en Atención Plena para la Depresión*. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao.
- GARCÉS. E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol 23. 333-352.
- GONZALEZ MOLINIER. M. (2022). La psicosis debe tomar la palabra. Algunas consideraciones sobre la lucha por los derechos de las personas con enfermedad mental. *Revista Contexto y Acción (CTXT)*, n° 289.
- HAMILTON. G. (1987). *Teoría y Práctica. Trabajo Social de Casos*. Mexico D.F. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A.

- HUERTAS. R. (2006). Modelo asistencial y cuidado del paciente psiquiátrico. En J. Leal Rubio, y A. Escudero Nafs, La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental (págs. 63-73). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- HUERTAS. R. (2012). Historia Cultural de la Psiquiatría. Madrid. Editorial Catarata.
- RICHMOND. M. (1995). Caso Social Individual. Madrid. Editorial Talasa.
- RODRÍGUEZ. A. (2016). La integración de diferentes dominios de explicación en Trabajo Social: recuperar y consolidar territorios. 6º Congreso de Trabajo Social. Madrid. Libro de Ponencias.
- ROSEN. G. (1974). Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid. Alianza.
- VICENTE MOCHALES, Mª C. (2016). La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario [Tesis Doctoral]. Madrid. *Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense*.
- VICENTE MOCHALES. Mª. C. (2018). Algunas consideraciones acerca de la enfermedad mental y el trabajo social. *Revista Átopos*. Madrid. 64-82.
- WATZLAWICK. P. (1981). Teoría de la Comunicación Humana" Editorial Herder. Barcelona.