

La formación en salud mental

Miguel MIRANDA ARANDA

Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Universidad de Zaragoza

Recibido: 12 abril 2010

Aceptado: 30 abril 2010

RESUMEN

A partir de la experiencia de formación de trabajadores sociales psiquiátricos en la Universidad de Zaragoza se analiza el recorrido de dicha formación en el marco normativo vigente en cada momento, sus características y las posibilidades existentes en este momento teniendo en cuenta las características básicas de los sistemas sanitarios occidentales, cada vez menos proclives a conceder importancia a los factores sociales. A continuación se señalan algunas cuestiones que deberían tenerse en cuenta en el diseño de nuevas ofertas formativas.

Palabras clave: salud mental, Trabajo Social, formación.

Training in mental health

ABSTRACT

Drawing on experience with training psychiatric social workers at the University of Zaragoza, an analysis is made of the trajectory of this training within the regulatory framework of the moment, its characteristics and the possibilities that exist at the time taking into account the basic characteristics of western health systems, which are increasingly less likely to recognize the importance of social factors. Next, some issues are posed which should be considered in the design of new training offerings.

Key words: mental health, Social Work, training.

SUMARIO: 1. Presentación. 2. La oportunidad de una oferta docente en el este campo. 3. Bibliografía.

1. PRESENTACIÓN

Desde la ya lejana participación de profesionales del Trabajo Social en el Movimiento de la Higiene Mental, en los EE.UU. de principios del siglo XX, podemos decir que su presencia en los dispositivos asistenciales está generalizada o

es bastante frecuente especialmente en los países anglosajones, y tiene una presencia significativa en los países del Mediterráneo o Latinoamericanos, más abundante cuanto más recursos se dedican a la atención en salud mental. En España hace ya décadas que los trabajadores sociales se incorporaron a los Hospitales psiquiátricos, posteriormente a las Unidades de Agudos y a los Servicios de Consultas externas de los Hospitales Clínicos Universitarios y por último, y de manera desigual a los Centros de Atención Primaria. De manera desigual porque después de la Ley General de Sanidad y de las transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, no hay un modelo único y la situación es muy diferente en unos u otros lugares. Los procesos de la que se vino en llamar la reforma psiquiátrica fueron también muy diferentes según el impulso político de los responsables de cada autonomía y también de los protagonistas técnicos, sin olvidar en muchas ocasiones la conveniencia corporativista de las profesiones más poderosas en este ámbito.

Las conclusiones del Informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica no entró en semejantes pormenores y en algunos casos, si los psiquiatras protagonistas pertenecían a determinadas escuelas de pensamiento o concedían algún crédito a aquel concepto tan manoseado de la atención «integral» no dudaban en contar con los trabajadores sociales a la hora de diseñar los equipos asistenciales que se creaban. En otros casos, la inercia de las experiencias anteriores y las plantillas preexistentes facilitaban la permanencia del Trabajo Social en los equipos. En otros se alegaron razones presupuestarias para no configurar los equipos de salud mental destinados a prestar apoyo a la atención primaria, con la presencia de trabajadores sociales en sus filas, derivando las demandas a los que sí estaban en los equipos de atención primaria. En otros sitios, y no sin responsabilidad de los órganos colegiales de aquel momento —y los que pueden dar fe de ello deberían escribirlo— se argumentó que no tenía sentido «duplicar redes» y que todos los esfuerzos deberían ir destinados a la incipiente red de servicios sociales de atención primaria, lugar a donde los sanitarios deberían derivar todo lo «social» ayudando así a convertir lo sanitario en dispositivos cada vez más orientados hacia lo exclusivamente biológico en los que se ejerce una medicina puramente organicista.

Quien argumentó en tal sentido desconocía lo elemental del proceso salud-enfermedad y no tenía más interés que concentrar a los trabajadores sociales en lo que se adivinaba como el «sistema de servicios sociales» aun a costa de provocar un empobrecimiento importante al conjunto del sistema sanitario y a sus usuarios y no menos a la profesión a la que pertenecían y de la que se identificaban como voceros y pomposos planificadores. Pero es sabido que la influencia política no es sinónimo de conocimiento y rigor científico. Me estoy refiriendo a los primeros años ochenta y se puede reconstruir aquel periodo documentalmente si fuese necesario. Ebrios de autosuficiencia se despreciaba la propia historia de la profesión y por supuesto se desconocían las experiencias de sistemas sanitarios como el inglés que en otros terrenos siempre fue un modelo a imitar, obviamente antes de la llegada de la señora Margaret Thatcher y su neo-

liberal propósito de deteriorar todo lo que oliese a servicio público. Ni siquiera los reflejos corporativistas propios de los colectivos profesionales funcionaron en aquel momento y se llegó a propugnar el abandono de lo sanitario, ni más ni menos, con no poca soberbia e ignorando por lo demás que de lo que se estaba hablando era de cientos y cientos, si no miles, de puestos de trabajo para trabajadores sociales. Los pasos dados en los incipientes servicios sociales merecen sin duda el reconocimiento profesional a sus protagonistas, pero los efectos colaterales en el terreno sanitario fueron letales en algún caso y todavía hoy, treinta años después pagamos las consecuencias de aquellas decisiones erróneas.

Sin embargo, no pocos planificadores sanitarios, con experiencia clínica acumulada en los dispositivos preexistentes a la reforma conocían de la importancia de la presencia de las trabajadoras sociales en sus equipos para posibilitar una asistencia de calidad y conocían el buen hacer de muchas de ellas y la importancia de su aportación al equipo de salud. Evidentemente no todas las prácticas profesionales eran de la máxima calidad. Por el contrario abundaban las manifiestamente mejorables. Pero globalmente, colectivamente, algún prestigio debían de tener cuando en honor de la verdad y hay que reconocerlo, todas las especialidades médicas ha sido la Psiquiatría española la que con mayor fuerza ha reclamado ante los gestores y planificadores contar con profesionales del Trabajo Social en sus equipos. Otros dirían que son las propias características y peculiaridades de la enfermedad mental, en relación con otras patologías y las situaciones que afectan al enfermo mental, las que justifican la incorporación del Trabajo Social al equipo de salud.

Más allá de las consecuencias que cabrían deducirse a la hora de planificar, de aquella archiconocida definición de salud de la OMS, no por muy criticada menos válida, pasó a la pequeña historia de nuestra disciplina aquella afortunada definición que un catedrático de Psiquiatría conocido por su adscripción a lo que entonces se llamaba «Psiquiatría Social» el Prof. Seva Díaz, incluyó en su manual de Psiquiatría titulado «Psiquiatría Clínica» en el que afirmaba que los trabajadores sociales éramos los portadores de la dimensión social de la enfermedad en el interior del equipo psiquiátrico. ¡Cuántas veces le agradecí aquella definición que había escrito varios años antes de que yo le conociera y me incorporara al equipo que él dirigió hasta su muerte! Obviamente, si hay un portador de la dimensión social de la enfermedad supone afirmar que hay una dimensión social, lo que no pocos de sus colegas si no en la teoría sí en una práctica cada vez más biologicista pondrían en duda. Sigue siendo motivo de reflexión, creo yo, aquella afirmación que el antecesor del Prof. Seva, el Prof. Rey Ardid, escribiera en otro manual, el de Psicología Clínica, cuando recordaba que debe de haber alguna razón por la que las Facultades de Medicina eran diferentes de las de Veterinaria, porque evidentemente, el ser humano es un animal muy especial, con dimensiones psicológicas y sociales ausentes en otra clase de animales.

Fue precisamente el Dr. Seva, Director entonces del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, el que puso en marcha un Curso de Especialización dirigido a los trabajadores sociales psiquiátricos. Según me explicó, cuando se constituyó el Departamento, ya existía la voluntad,

probada documentalmente, de que entre sus actividades de formación no debían de completarse sólo las de la Escuela de Psiquiatría, en la que se formaban los médicos especializados en Psiquiatría, sino que había de ser todo el equipo de salud mental, incluyendo el personal auxiliar de enfermería, el que adquiriese una formación especializada para desarrollar su trabajo. Y por supuesto las enfermeras y los trabajadores sociales también deberían adquirir la necesaria especialización. En este convencimiento organizó no pocos cursos dirigidos a celadores y auxiliares psiquiátricos en el marco legal entonces existen. Para las enfermeras recuperó su vinculación con la Universidad de la Laguna, de la que había sido profesor, y para los asistentes sociales, se puso en contacto con el Ministerio de sanidad que impartía un curso de especialización y consiguió la autorización para desarrollar el mismo programa en Zaragoza, como atestigua el Diploma de dicho Ministerio que cuelga en la pared de mi despacho. Cuando el marco jurídico cambió y se abrió la puerta a los Estudios Propios de cada Universidad, sometió a la entonces Junta de Gobierno un programa de formación para un Curso de Especialización que el mismo Rectorado convirtió en Máster dado el cuantioso número de horas que había que cursar. Es de subrayar que en esta Universidad, a diferencia de otras, nunca se cuestionó que los que solamente eran Diplomados universitarios pudieran cursar un Máster mientras que en otras sí lo hacían. Permitían la matrícula pero la certificación era diferente: Diploma de especialización para los diplomados, Máster para los licenciados. El Dr. Seva ni lo dudó. Como tampoco dudó del perfil de los alumnos a seleccionar. Siempre trató de seleccionarlos por su interés hacia la Psiquiatría demostrada en experiencias previas: prácticas preprofesionales, actividades de voluntariado y mínimos conocimientos teóricos. Desde luego descartó en todo caso matrículas elevadas porque no quería alumnos cuyo mérito fundamental fuese el poder adquisitivo de sus padres. La Universidad pública, en su opinión estaba para otros menesteres diferentes a ganar dinero.

De esta manera, en 1982 se puso en marcha un programa de formación para trabajadores sociales psiquiátricos que hasta el actual Curso Académico se viene impartiendo en la Facultad de Medicina de Zaragoza y del que soy actual coordinador a propuesta de dicha Facultad tras la muerte de su fundador. Aun siendo reducidas las posibilidades de matrícula, nunca hemos superado las doce plazas por curso, son ya cientos los trabajadores sociales que se han titulado en todos estos años, la mayoría de los cuales ejercen hoy la profesión en distintos ámbitos sanitarios y en los lugares más diversos de la geografía española, incluso en algunos países latinoamericanos.

Como señalábamos hace unos años (1995), desde la Ley de Reforma Universitaria [Ley orgánica 11/1983] de 25 de agosto] existía el camino abierto para que cada Universidad en el uso de su autonomía pudiera impartir enseñanzas conducentes a la obtención de otros diplomas y títulos. Posteriormente, cada Universidad, a través de sus Estatutos desarrolló esta posibilidad.

Con fecha 26 de abril de 1991 firmó el «Convenio Ínteruniversitario sobre estudios de postgrado conducentes a títulos propios de las Universidades». En el

artículo referenciado explicábamos cuál era el marco jurídico en el que nos podíamos mover y proponíamos, con poco éxito hasta el momento, generalizar este tipo de cursos puesto que existía en el colectivo profesional demanda de más formación, existía respuesta a esa demanda, es decir contenidos técnicos y científicos con los que configurar los planes de estudio y experiencia y capacidad investigadora en el propio campo del Trabajo Social.

Sugeríamos además que la generalización de este tipo de cursos podía ser una buena estrategia para conseguir la Licenciatura, una reivindicación que entonces nos preocupaba. El objetivo de una equiparación de los estudios universitarios con los de otras disciplinas se consiguió gracias a la Declaración de Bolonia que, como es sabido, hace desaparecer las Diplomaturas y Licenciaturas y crea los Grados, en general de cuatro años. Igualmente crea un escalón posterior al Grado que es el Máster Oficial y por último el Doctorado. Conviene decir que esta nueva estructuración de los Estudios Oficiales no ha hecho desaparecer la normativa que en aquel artículo reseñábamos relativa a los Estudios Propios de cada Universidad y por tanto éstos van a continuar existiendo mientras tengan demanda y así lo decidan las Universidades. Aun más: La variedad de la oferta formativa que hoy se ofrece a los interesados como Estudios Propios de cada Universidad es tal que hace difícil que una gran parte de ellos se conviertan en Máster Oficial, y esto será así durante muchos años dado que no están los tiempos para muchas inversiones en nuevos estudios que generan contratación de profesorado universitario. Y en cualquier caso no parece que las universidades vayan a multiplicar hasta el infinito su oferta de Másteres Oficiales sino que su opción será la de organizar pocos, pero de calidad.

Así pues, en este escenario, conviene que el lector, y sobre todo el candidato a alumno, sepa distinguir entre lo que es un estudio acogido a la normativa de estudios propios, de lo que son estudios oficiales, de Estado podíamos decir, que en algunos casos, no en todos, dan posteriormente acceso a cursar el Doctorado. A veces se ofrecen indistintamente rozando la publicidad engañosa. Más aun cuando poco menos que se asegura que lo que no es sino un estudio propio será un requisito imprescindible para ejercer la profesión en determinado sector dado que las Administraciones públicas lo van a exigir de inmediato a imagen y semejanza de otras profesiones. Ya me gustaría que se dieran esas circunstancias pero hasta donde yo sé no existen sino en las intenciones y en el afán de lucro de quienes impulsan determinadas ofertas, ávidos de candidatos incautos a la caza de formación que luego les asegure un puesto de trabajo o al menos determinadas ventajas a la hora de opositar. Por tanto solicitemos una información ajustada y distingamos el trigo de la paja. Porque no todo es trigo.

A la vista de la experiencia acumulada creemos que se puede afirmar que la formación proporcionada por los estudios propios de las Universidades españolas se ha mostrado durante estos años eficaz en razón de los objetivos propuestos y en el caso específico del Máster para trabajadores sociales psiquiátricos ha probado su calidad y lo correcto de su diseño, en el que las prácticas en ins-

tituciones psiquiátricas ocupan un número de créditos fundamental y son clave en el proceso de aprendizaje. Esta característica de estos estudios es fundamental: la permanencia durante muchas horas en un servicio clínico, siempre bajo la tutela de un trabajador social psiquiátrico que a su vez está en posesión del título de Máster, de manera que progresivamente, el alumno va asistiendo a las reuniones de los equipos interdisciplinarios, a las sesiones clínicas, a las entrevistas individuales y familiares, a las sesiones grupales, y acaba siendo responsable del proceso de intervención en algunos casos. Lógicamente este aprendizaje no se puede hacer a distancia. Las nuevas tecnologías permiten nuevas maneras de aprender sin la presencia física del profesor, pero hay conocimientos y habilidades que sólo se pueden aprender en el escenario real de un servicio asistencial con pacientes reales y con profesionales reales, y con profesores capacitados, expertos reconocidos en el terreno, con años de práctica profesional acreditada a sus espaldas. En este terreno para enseñar hay que acreditar experiencia y habilidades en lo que se pretende enseñar. Lo demás son fuegos de artificio y pura apariencia.

En nuestro caso, las asignaturas teóricas relativas a la Psiquiatría y Psicología Médicas se estudian en la Facultad de Medicina y junto a los estudiantes de Medicina con los que nuestros alumnos se examinan. Y desde el principio existe una asignatura que plantea una serie de contenidos desde el Trabajo Social necesarios para ejercer en Salud Mental, otra introductoria sobre Psicoterapia, y el alumno recibe también seminarios específicos sobre Drogodependencias, Historia de la Psiquiatría y metodología de investigación que le prepara para la realización en un segundo momento de un proyecto o bien de investigación o bien de intervención. Todas las asignaturas son impartidas por profesores Catedráticos y Titulares de Universidad de los Departamentos de Medicina y Psiquiatría, Sociología y Psicología e Historia de la Ciencia. Entre los profesionales tutores hay varios, tres concretamente, que además de especialistas titulados, profesores asociados de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Creemos que ello es una garantía de calidad.

Así pues, por el momento, nuestra opción es continuar acogidos a esta normativa y seguir ofreciendo este tipo de formación en la modalidad de estudios propios. Es posible que en el futuro, la nuestra u otras Universidades opten por organizar un Máster oficial en Salud, o en Salud Mental. De hecho, en una red de universidades comprometidas en el ámbito de los másters oficiales alguna vez se ha hablado de que una de ellas, Barcelona podía ser, estudiara la posibilidad de ofrecer estudios específicos en Salud. Seguramente estas posibilidades se abrirán dentro de unos años, cuando los nuevos grados, con todas las dificultades que ofrecen, estén implantados y podamos hacer frente a nuevos retos. No se olvide además que también pretendemos responder a la demanda de los Diplomados que necesitan un curso añadido si desean acceder al nivel de Grado, y esa demanda puede mantenerse durante varios años. En definitiva, demasiados frentes a los que atender en tiempos de escasez de recursos en los que además todos estamos comprometidos con la búsqueda de la calidad en lo que hacemos.

2. LA OPORTUNIDAD DE UNA OFERTA DOCENTE EN ESTE CAMPO

Más allá del formato concreto, sea estudio propio o Máster Oficial, lo que a mi juicio es innegable es la oportunidad y la necesidad de una oferta de este tipo que posibilite una formación especializada para los trabajadores sociales que ejercen o van a ejercer en los dispositivos asistenciales de Salud Mental y no sólo en Salud Mental, sino que una especialización en Salud tendría sentido en sí misma y para ello habría que consensuar el modo de hacerlo entre las universidades interesadas, porque no todas pueden ni deben repetir la misma oferta.

Cuando digo necesidad me estoy refiriendo a las características del Modelo sanitario que se ha impuesto en las sociedades occidentales. Un Modelo capaz de ofrecer la máxima garantía de calidad en sus aspectos técnicos en lo que a la intervención en el órgano se refiere, pero cada vez más insensible a las dimensiones psicológicas y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad. Un Modelo cada vez más orientado por el determinismo biológico al que nos hemos referido en varias publicaciones diferentes autores y de la mano de grandes maestros como Robert Castel o Eduardo Menéndez y Josep M^a Comelles (Castel *et al.*, 1980; Menéndez, 1981; Comelles, 1993, 2000; Martínez Hernández, A., 2001; Miranda Aranda, 1998, 2001).

Como consecuencia de «la fascinación por las explicaciones biológicas o bioquímicas y la búsqueda de un determinismo orgánico o fisiológico, es decir, afirma R. Castel, de un código genético en el origen de los trastornos psíquicos... son adelantos cuyo éxito conspira para la devaluación por subjetivista, pre-científica e ideológica, de la atención a las totalidades concretas, personales, sociales e históricas». (1980) Desde la Sociología de la Medicina uno de los figuras más relevantes de las Ciencias Sociales de finales del siglo XX, apuntaba en la misma dirección que venía trabajando también la Antropología de la Medicina desde diversos lugares.

Conviene decir que estas aportaciones resultan fundamentales para entender el papel asignado al Trabajo Social en Salud y en Salud Mental porque si no estamos atentos a ellas corremos el peligro de no entender nada de lo que está pasando en los sistemas sanitarios occidentales, cada vez más preocupados por unidades de análisis e intervención más pequeñas en las que el sujeto desaparece. Todo ello envuelto además la terminología propia de los gestores sanitarios que será necesaria pero que habría que mantener diferenciada, al menos en un primer momento, de lo que significa una atención integral en el proceso salud-enfermedad. No pocas veces, una artificiosa construcción copiada de los manuales de gestión, sustituye a lo que debería ser un discurso riguroso desde el punto de vista técnico y científico, de la aportación del Trabajo Social al equipo de salud, fundamentada en las Ciencias Sociales y no en las de Administración o el Marketing. El Trabajo Social en cualquier dispositivo de salud es el representante de las Ciencias Sociales que está llamado a atender los factores sociales que siempre están presentes en el mantenimiento de la salud o de su pérdida, como empezó a hacer hace ya más de cien años de acuerdo con las funciones asignadas por R.

Cabot. Cuanto más fuerte sea el escoramiento hacia el determinismo biológico, más residuales serán las funciones asignadas a los trabajadores sociales que ejercen en los sistemas sanitarios.

En este sentido, la formación en Salud Mental, o simplemente en Salud, debería estar atenta a algunas cuestiones que enumero brevemente a continuación:

- 1.º Definir y compartir el Objeto disciplinar. Continúa siendo una tarea pendiente del Trabajo Social en España aclarar y compartir una definición del objeto de la disciplina. Esto no es un mero ejercicio académico. Tiene que ver con la identidad profesional. Si hay confusión sobre esta cuestión seguirá habiendo problemas en relación con lo que es, lo que hace y lo que deben hacer los trabajadores sociales. Remito en este tema al trabajo de Lourdes Gaitan y Teresa Zamanillo que hicieron avanzar este debate de manera sustancial. Hay que desechar definitivamente el binomio necesidades-recursos y dejar de presentar al trabajador social como el experto en recursos sociales. Esa es una vía muerta que convierte la profesión en una parodia de sí misma, la empobrece y la condena a la desaparición en la sociedad de la información. Por otro lado, para las funciones que se derivan de esa definición no se necesitan graduados universitarios, se pueden cubrir esas funciones con perfiles de menor coste económico.
- 2.º Otro reto para el Trabajo Social en Salud es sustentar sus intervenciones en un marco teórico que le es propio y que se construye en el interior de las Ciencias Sociales y que se concreta en el dominio de diferentes modelos de intervención tal y como plantearon por lo demás las pioneras y autoras clásicas de la disciplina: M. Richmond, J. Addams, A. Salomon, G. Hamilton, F. Hollis, V. Robinson, J.J. Taft o H.H. Perlman, por citar sólo a las más antiguas. Sólo así se estará en condiciones de poder dar cuenta de la cientificidad o «nivel técnico» de las intervenciones realizadas desde el Trabajo Social. Y como no hay ninguna disciplina que se detenga en el proceso de construcción del conocimiento, es imprescindible mantener el diálogo permanentemente y por tanto la formación a lo largo de la vida profesional es una cuestión de ética, no de gusto ni de posibilidades.
- 3.º Huir de las recetas sencillas que facilitan el trabajo pero lo empobrecen y convierten la intervención social en una copia de prácticas que en otras profesiones pueden ser convenientes pero que en el Trabajo Social son improcedentes. El Trabajo Social no puede utilizar etiquetas, tiene que elaborar Historias Sociales y dentro de ellas diagnósticos sociales que identifiquen y jerarquicen los diferentes elementos de la situación problema, clarificando la situación y aportando al equipo interdisciplinar lo que debe desde su identidad profesional posibilitando el tratamiento integral del sujeto. Aquí está el «punto fuerte» de la aportación del Trabajo Social al equipo de salud en lo que se refiere a la atención indivi-

dualizada y familiar. Obvio decir la importancia del Trabajo Social en el desarrollo de numerosos programas que tienen que ver con el trabajo de Grupo y con la intervención comunitaria, las redes de apoyo social, la planificación, etc.

- 4.º Investigar sobre las propias prácticas. Hay numerosísimos ejemplos que marcan el camino. Investigación en el interior de la disciplina e investigación interdisciplinar como miembros del equipo. Si otras profesiones tienen tiempo para investigar, el Trabajo Social debe de encontrarlo, debe de incorporar la tarea investigadora como una más. Para ello se debe de adquirir la calificación técnica adecuada en un proceso de formación permanente que nos permita investigar al mismo tiempo que estar comprometidos en un proceso de mejora continua al que no debemos de ser ajenos. El Trabajo Social debe de abandonar el recurso a la queja permanente y pasar a la ofensiva desde el rigor y la competencia profesional, ofreciendo soluciones, enriqueciendo el trabajo en equipo, interiorizando los objetivos institucionales y contribuyendo a su consecución desde la propia identidad profesional.

3. BIBLIOGRAFÍA

- CASTEL, F.; CASTEL, R., y LOVELL, A.
1980 *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona: Edit. Anagrama.
- COMELLES, J.M., y MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á.
1993 *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- COMELLES, J. M.
2006 *Sultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Edit. Milenio.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A.
2001 «Naturaleza, cultura, enfermedad. Una crítica antropológica del modelo bio-médico». *Trabajo Social y Salud* 40:199-230.
2010 «Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental. En: Martorell, M.A.; Comelles J.M., y Bernal, M. (eds.): *Antropología y enfermería*. Tarragona: Publicaciones URV. pp. 101-142.
- MENÉNDEZ, E.
1981 *Poder, estratificación y salud*. México, DF: Ediciones de la Casa Chata.
1990 «El modelo médico hegemónico. Estructura, Función y Crisis». En: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México DF: Alianza Editorial Mexicana.
- MENÉNDEZ, E., y DI PARDO, R.B.
1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México DF: Ciesas.
- MIRANDA ARANDA, M.
2001 «La TBC, Cabot y el rol asignado al Trabajo Social en Salud». *Trabajo Social y Salud* 40: 231-261.

- 2007 «¿Cómo formar sobre diversidad en Salud Mental? La formación sobre diversidad en salud mental en el Trabajador Social». *Trabajo Social y Salud* 58: 167-186.
- 2010 «Los aspectos sociales de la salud. Nuevos retos para el Trabajo Social Sanitario». *Trabajo Social y Salud* 66: 19-32. Zaragoza.
- MIRANDA ARANDA, M., y COLOMER SIMON, A.
2010 «Salud mental y enfermería». En: Martorell, M.A.; Comelles J.M., y Bernal, M. (eds.): *Antropología y enfermería*. Tarragona: Publicaciones URV. pp. 101-142.
- MIRANDA ARANDA, M., y GARCÉS TRULLENQUE, E. M.
1998 «Trabajo Social en salud mental. Apuntes sobre la situación actual de los sistemas de atención en Salud Mental». En: *VV.AA. Organizaciones de Bienestar*. Zaragoza: Mira Editores.
- MIRANDA ARANDA, M., y VILAS TORRUELLA, M.
1995 «La formación pregrado y postgrado para el Trabajo Social en salud». *Trabajo Social y Salud*. 20: 87- 128. Zaragoza.
- PERDIGUERO, E., y COMELLES, J.M.
2000 *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- SEVA DÍAZ, A.
1979 *Psiquiatría clínica*. Barcelona: Edit. Espaxs.