

LO SOCIAL EN SALUD MENTAL

1. INTRODUCCIÓN

No entramos a analizar los aspectos del estilo de vida, de las condiciones del medio ambiente y del sistema sanitario, así como otras condiciones socio-económicas para explicar la génesis y el desarrollo del enfermar.

Tampoco es mi intención entrar en el discurso de la nosología psiquiátrica básica, ni en la distinción de la atención específica por grupos definidos.

Mi intención es acercarme a los aspectos sociales que en la atención al enfermo mental se deben considerar desde las diversas instancias: Atención primaria. Atención Especializada, Servicios Sociales.

Partimos de dos postulados que Lipowsky afirmaba:

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, sin que exista una clara delimitación entre ellos.
- El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que además debe considerar la situación total del paciente.

Y es que los factores sociales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la par-

ticipación del individuo en los objetivos comunitarios (1).

2. MARCO TEÓRICO

a) OMS

- En las estrategias de "Salud para todos en el año 2000", la OMS señala un elemento como valor fundamental para la Salud: "El fomento de la salud no sólo ha de dirigirse a preservar el elemento biológico del organismo humano, sino que además ha de ocuparse de estimular su vida mental".
- Y un segundo elemento surge de la realidad de que "pese a los éxitos de la salud pública y la medicina, el mundo se enfrenta con una pandemia de invalidez crónica. Por consiguiente, la prevención de la invalidez y el fomento de bienestar han de recibir tanta atención como la prolongación de la vida. Cuando la invalidez sea inevitable los trabajadores de Salud deben estar en condiciones de ayudar a la gente a vivir con esa invalidez".
- *Nociva separación entre servicios de salud y otros servicios sociales:* es evidente que la invalidez crónica seguirá planteando un problema durante

(1) Prólogo de la edición española: "Dimensiones Sociales de la Salud Mental".

mucho tiempo y, si no se produce algún progreso espectacular en la prevención y curación de las enfermedades que la causa, es poco lo que puede hacer la tecnología médica actual por ayudar a la gran mayoría de los inválidos. Incluso en los países más avanzados los sistemas de atención de salud y de asistencia social funcionan en relativo aislamiento unos de otros y no comparten valores comunes. La medicina se orienta hacia el tratamiento de la enfermedad, sin tener en cuenta con frecuencia a la totalidad de la persona y su medio social. Los servicios de asistencia social tienden a ser receptores pasivos de inválidos por los que la medicina puede hacer poco y cuyas necesidades básicas es necesario satisfacer.

Aun cuando en ciertos países los trabajadores sociales adoptan una función activa en el tratamiento, esto no basta para compensar los efectos negativos de la disociación entre servicios de salud y de asistencia social, aislamiento que reposa en la tradición, en anticuados conceptos mecanicistas de la enfermedad y en la inercia burocrática. Incluso cabría preguntarse si no es la propia separación entre atención médica y asistencia social la que contribuye a la prevalencia de la invalidez.

b) Ley General de Sanidad

"De la Salud Mental artículo 20"

Sobre la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que (sic).

- b.1. Atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

- b.2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- b.3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- b.4. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Tomamos como referencia la Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud. En ella se enumeran unas actividades a realizar que estarán priorizadas de acuerdo a los objetivos establecidos, así como un cuadro de distribución de responsabilidades de los diferentes miembros del equipo.

3.1. Actividades

- 3.1.1. Evaluación de los factores de riesgo psico-sociales (niveles de adaptación, estrés, condiciones de trabajo, estilos de vida, etc.).
- 3.1.2. Identificación y captación precoz de las personas y grupos de alto riesgo. Se realizará a través de la consulta, visita domiciliaria, visita a escuelas, centros de trabajo, etc., y mediante educación para la salud individual y colectiva.
- 3.1.3. Control y seguimiento correcto de los enfermos crónicos y otras personas de riesgo mediante protocolos establecidos.

- 3.1.4. Atención adecuada de los problemas de salud mental mediante la identificación y tratamiento precoces de los mismos, en colaboración con el Equipo de Salud Mental Comunitaria (ESMC).
- 3.1.5. Control y seguimiento adecuado de los enfermos con problemas psiquiátricos en colaboración con el Equipo de Salud Mental Comunitaria.
- 3.1.6. Atención clínico-social según demanda, para detección de riesgos, evaluación de niveles de estrés, intervención en crisis, intento de suicidio, etc.
- 3.1.7. Visita a domicilio de pacientes crónicos, ancianos, minusválidos, etc., a fin de valorar las situaciones o factores de riesgo psicosocial, ofrecer apoyo psicológico tanto a éstos como a sus familiares, promover actitudes favorables de los mismos, etc. Igualmente se realizará a pacientes con problemas psiquiátricos.
- 3.1.8. Intervención en la comunidad (medio escolar, medio laboral, etc.) contribuyendo a la promoción y organización de todo tipo de actividades socio-sanitarias que favorezcan la salud mental de las personas.
- 3.1.9. Educación para la salud individual (en consulta, visita a domicilio) y colectiva, incidiendo en aquellos aspectos relacionados con la salud mental que sean prioritarios en cada caso y en la Zona de Salud.
- 3.1.10. Interconsulta y sesiones de trabajo con el Equipo de Salud Mental Comunitaria según necesidades, en el Centro de Salud, para la resolución de casos y capacitación progresiva del médico.
- 3.1.11. Remisión de pacientes susceptibles de atención por parte del Equipo de Salud Mental Comunitaria.
- 3.1.12. Seguimiento de los pacientes remitidos al Equipo de Salud

Mental (ESM), hayan sido hospitalizados o no, mediante contacto directo o recabando informe de alta.

- 3.1.13. Análisis de los fallecidos por problemas de salud mental, así como de la incidencia de malos tratos, drogadicción, ingresos psiquiátricos, etc., de la Zona, en colaboración con el Equipo de Salud Mental correspondiente.
- 3.1.14. Registro de actividades a fin de contribuir a la vigilancia epidemiológica de la Zona, así como a una correcta toma de decisiones.

Todas estas actividades se realizarán de forma coordinada con las del resto de los Programas de Atención Primaria, así como en estrecha colaboración con el Equipo de Salud Mental Comunitario correspondiente a la Zona de Salud.

3.2. Distribución de responsabilidades

4. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Cuando nos referimos a la Atención Especializada tenemos presentes aquellos recursos extra hospitalarios: Centro de Salud Mental, Centro de Día, Hospital de Día, que incidan más en la rehabilitación, ya que personalmente opino que por ejemplo la estancia hospitalaria de agudos tiene funciones de contención que tiene que ver con la estabilidad, con la farmacología, disminución de la agresividad y poco más.

Indicamos algunas funciones en el Trabajo Social en Atención Especializada:

4.1. Funciones generales

- 4.1.1. Aportar al Equipo la experiencia profesional que tiene de los aspectos sociales que influyen de una u otra forma en la génesis y desarrollo del trastorno.
- 4.1.2. Relacionar y coordinar al equipo con los recursos sociales de la comunidad, potenciándolos y

GRADO DE RESPONSABILIDAD DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Actividad	Médico	P. Enf.	T. Social	Far-Vet.	Apoyo Coord.	P. Com.
Evaluación de los factores de riesgo psico-social	+++	+++	+++	+++	Todas las instancias	+++
Identificación y captación precoz de personas y grupos riesgo	+++	+++	+++	+	Todas las instancias	Todas +++
Control y seguimiento enfermos crónicos y personas de riesgo	+++	+++	+++	+	Todas las instancias	+++
Identificación y tratamiento problemas de salud mental	+++	+	+		ESMC/Todas las instancias	+++
Control y seguimiento adecuado de enfermos psiquiátricos	++	++	++		ESMC/Todas las instancias	+++
Atención clínico-social según demanda y situación críticas	+++	+++	+++			+++
Visita a domicilio a personas de riesgo y pacientes	+	++	+++			+++
Intervención en la comunidad	+	++	+++	+	Todas las instancias	+++
Educación para la salud individual y colectiva	+++	+++	+++	+++	Todas las instancias	+++
Interconsulta y sesiones trabajo con el Equipo Salud Mental	+++	+++	+++	+	ESMC	+++
Remisión pacientes nivel especializado	+++	+	+		ESM	+++
Seguimiento pacientes remitidos.....	+++	+++	+++	+	ESM	+++
Análisis morbi-mortalidad en S. Mental	+++	+++	+++	++	ESM	
Registro de actividades	+++	+++	+++	+		

colaborando en la creación de otros nuevos.

4.1.3. Junto con los demás miembros y el Equipo de Atención Primaria a los tres niveles:

1. Primario: con la comunidad, a través de actos de divulgación, campañas de sensibilización, etc.
2. Secundario: realizando un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.
3. Terciario: colaborando en la reinserción social del paciente.

4.2. Funciones específicas

- 4.2.1. Intervenir en los núcleos concretos de relación del paciente: familia, laboral, de amistad, vecinal, etc.
- 4.2.2. Dar a conocer al paciente los recursos sociales de la comunidad y ayudarle a servirse de ellos.
- 4.2.3. Trabajo social de seguimiento: de apoyo a la acción terapéutica de otro profesional del equipo, sea el psiquiatra o el psicólogo. En este caso es el otro profesional quien realiza la acción terapéutica directa con el paciente, y la intervención del asistente,

te social va dirigida al núcleo familiar o social como complemento de aquélla, para obtener mejores resultados.

4.2.4. De evaluación y control de la propia acción social cuando la problemática se considera propiamente de carácter social, interviniendo a través de: movilización y potenciación de los propios recursos del individuo, modificando de sus actitudes, coordinación con otros servicios, cambio de actitudes en el núcleo familiar, laboral, relacional, etc.

4.2.5. Por último, pensamos que una función muy importante del asistente social en este campo es la de convertirse en agente de salud, potenciando en general todo lo positivo relacionado con la salud mental de la población.

Comparando la actividad en el campo social de AP y el campo social de los CSM parece que hay duplicidad de actividades. Desgraciadamente estamos lejos de esta situación pues aunque no se darán sino se complementarán, no existe ese riesgo ya que en AP los recursos y los profesionales se inician con pequeños balbuceos hacia la Atención en Salud Mental.

En la continuidad de cuidados el aspecto social será estudiado, evaluado, trabajado y considerado en la intensidad que se precise por aquel recurso o red, que asuma la responsabilidad terapéutica en el proceso.

Lógicamente los pacientes remitidos desde AP al Equipo de Salud Mental Comunitaria tanto en su identificación, tratamiento precoz y rehabilitación, los aspectos sociales serán más intensamente tratados.

Aunque por su carácter comunitario los dos equipos contemplan lo social en el proceso de la enfermedad, el equipo de Salud Mental Comunitaria reduce su atención a la población remitida, intensifica en esta población lo social y el profesional del Trabajo Social está física y dinámicamente en el enfoque y tratamiento interdisciplinar.

La Atención Primaria acentúa más su labor en contraposición al otro equipo, en la Prevención, Atención y Promoción de toda la comunidad mientras que el Equipo de

Salud Mental Comunitaria se centra en la curación y rehabilitación de los enfermos remitidos.

Otra cosa será en qué medida hoy los equipos de Atención Primaria y Atención Especializada se tendrán que apoyar mutuamente como he indicado anteriormente de acuerdo al desarrollo, nivel de formación y destrezas y, más en nuestro caso concreto de lo Social cuando no hay dotación de Trabajadores Sociales en Atención Primaria.

5. REHABILITACIÓN

No es, tal como indica D. Bennet, la restauración de la persona incapacitada para devolverle a su estado anterior.

Rehabilitación tampoco es **reubicación** en el sentido de integración en la comunidad: "**sacarle**" del hospital, colocarlo en la comunidad, vivir en ella y sostenerse económicamente.

Entendemos por Rehabilitación como un proceso de aprendizaje de un enfermo psiquiátrico, en utilizar las habilidades que le quedan de la mejor manera dentro de su contexto social habitual; en una palabra mejorar el funcionamiento social del enfermo.

Tampoco implica necesariamente darle de alta en el hospital pues a un paciente se le puede haber dado de alta sin que haya tenido mejora en absoluto en su funcionamiento.

Tampoco es Rehabilitación la reinserción a su puesto de trabajo, pues puede hacerse sin estar normalmente rehabilitado, en el sentido de que no utiliza mejor sus capacidades residuales, no las utiliza mejor que lo hacía antes.

Aunque no podemos extendernos sobre las variables de la Rehabilitación precoz y la Rehabilitación tardía nos gustaría aclarar, que partiendo del principio de que el enfermo no va a ser restaurado a su estado anterior y que sus incapacidades no desaparecerán, sí se puede sin embargo reducir y minimizar la minusvalía.

La OMS define la "incapacidad" como un impedimento de las funciones y la "minusvalía" como resultados sociales de esta incapacidad; el efecto que esta incapacidad tiene sobre el papel, sobre el rol del enfermo.

Por tanto, la rehabilitación se ocuparía de la adaptación entendiendo como la capacidad de la persona para hacer frente a las complejidades de la vida en la sociedad.

Se contemplarían diversas variables como: reacciones patológicas, su desarrollo, su nivel de independencia y responsabilidad, su nivel de competencia social, sus experiencias, su desocialización y pérdida de redes sociales, pérdida de funciones y roles, etc.

Estas variables implican un aspecto muy importante desde lo social: su relacionalidad: rol, expectativa, experiencia, valía, desventaja... aspectos de la incapacidad que reflejan el grado en que el individuo se ve imposibilitado para cumplir las expectativas de otras personas.

Y otra distinción que nos ayuda a profundizar en la rehabilitación psíquica es compararla con la rehabilitación física: se puede preparar y se puede ayudar a un minusválido físico, adaptarle al mundo físico y una vez que ha hecho adaptación resulta relativamente permanente. Sin embargo, si se intenta ayudar a una persona con una minusvalía psíquica para que se adapte al mundo social entramos ya en un terreno muy diferente, porque el mundo social es muy variado, las expectativas de los roles no son las mismas en todas las familias o en todos los trabajos.

El mundo físico es bastante estable, no cambia demasiado, mientras que el mundo social, no sólo es muy variables, sino que es también muy inestable; la gente se mueve, la gente se marcha, y las exigencias y las expectativas cambian continuamente; la adaptación de un incapacitado psíquico se puede desmoronar totalmente por un cambio de su situación, a través de un fallecimiento familiar y otra causa...

En psiquiatría no hay una rehabilitación que sirva para siempre, hay que estar dispuesto a hacer rehabilitaciones repetidas y hay que estar dispuesto a realizar rehabilitaciones de conservación.

El intentar evitar la incapacidad mediante un tratamiento es lo fundamental evidentemente en el tratamiento precoz, pero no siempre la evitamos ni tampoco sabemos por qué no sabemos evitarla.

Teniendo como uno de los objetivos del tratamiento y la rehabilitación el evitar

una minusvalía innecesaria para la persona incapacitada, el cambio ambiental puede ser tan importante como el intentar minimizar sus incapacidades o sus minusvalías o intentar mejorar su adaptación.

Yo simplemente quiero decir que hay aspectos en la capacidad de adaptación como la conservación y restauración de actividades sociales y sobre todo la motivación del enfermo que precisan de un arco adecuado tanto dentro como fuera del hospital.

Serán necesarias algunas nuevas estructuras y mejorar las que existen: cambios en los hospitales, nuevos recursos: hospitales de día, centros de día, pisos protegidos, etc., así como el reciclaje y los medios profesionales pero sin perder el objetivo final: que el enfermo se cure y se socialice no para la vida en el recurso que es atendido sino para la vida en la comunidad y ello supone:

- Que el enfermo sepa qué se espera de él en cuanto al comportamiento y valores.
- Que pueda satisfacer estos requisitos.
- Que desee tener ese comportamiento y alcanzar el objetivo final: una socialización lo más normalizada posible.

Sabemos por otra parte que el personal que está trabajando en la rehabilitación de los incapacitados, tiene un trabajo duro y que no proporciona recompensas tradicionales de la práctica sanitaria, con el riesgo de que los sentimientos de frustración, impotencia, culpabilidad, hagan que los esfuerzos oscilen entre una actividad furiosa y una retirada apática.

6. COMENTARIO

Tengo la sensación de que no se avanza o no se quiere avanzar.

Y me explico:

Está claro que tenemos "un problema aún no resuelto en el ámbito de la Salud Mental que es el de definir hasta dónde deben llegar las atenciones propiamente sanitarias y dónde empiezan o deben empezar las atenciones más puramente sociales. Dicho en otras palabras, en qué momento

una persona determinada deja de ser propiamente un enfermo para pasar a ser un minusválido como secuela o consecuencia de su enfermedad". (Salud Mental: Objetivos y Planes de Actuación para 1988).

Por otra parte, como se apunta en un informe borrador de los Equipos de Salud Mental de Álava: "Un tema de obligada mención es el que respecta a los Servicios Sociales. Tanto en lo que corresponde a la psicogeriatría, a la infancia, a las drogodependencias y al fuerte componente social en general de las patologías, la relación del CSM con los Servicios Sociales es de rigor. Sin duda los propios equipos de Atención Primaria deberán tener como sujeto de sus preocupaciones este aspecto de los problemas".

Finalmente aunque en la interpretación de la lectura la intencionalidad condiciona, sí veo que la Ley de Servicios Sociales se acerca en su competencia al proceso de rehabilitación; desde el concepto de "apoyo".

Art.º 1. La presente ley tiene por objeto garantizar, mediante un sistema público de servicios, aquellas prestaciones sociales que tienden a favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación.

Y en las áreas preferentes de actuación:

- La protección y el apoyo a la familia mediante servicios específicos de orientación, asesoramiento y terapia.
- La promoción de la máxima integración posible de los minusválidos en los aspectos educativo, laboral y social o, en su caso, el desarrollo, mediante servicios especiales, de sus respectivas capacidades.
- La prevención o eliminación de las causas de la marginación mediante servicios específicos para cada grupo social.

Qué dificultades tenemos

— *Desde la Gestión:*

Aunque teóricamente parecen aceptarse conceptos como Atención integral, replanteamientos de actuación tradicional a través de nuevos modelos, desde marcos jurídicos que permitan con la formación de

equipos de distintos profesionales y donde la Salud Mental entre otras cosas se acepta como calidad de vida Comunitaria, estas ideas no marcan necesariamente la dirección de la acción (gestión) que no responde a la necesidad de atención de un problema en su conjunto, sino a los criterios de cantidad, rentabilidad y resultados visibles a corto plazo.

Aún más; a nivel efectivo de intervención en cuanto a la prevención, a pesar de las dificultades de abordar, intensificando la intervención no psiquiátrica directa sino a través de medidas sanitarias de carácter general y desde la investigación psiquiátrica sirviendo de apoyo para el desarrollo de programas comunitarios, de medidas de carácter socio-económico y cultural que más directamente influyen en la Salud Mental (paro, marginación, etc.).

— *Desde la sociedad:*

¿Las alternativas fuera del hospital van a estar aceptadas por la sociedad? Una sociedad que ha aprendido de acuerdo a la tradición de que los sanitarios son los responsables de que los enfermos deban estar dentro de los hospitales.

Estas alternativas que nosotros estamos ofreciendo fuera, tendrán la eficacia social que tienen los hospitales psiquiátricos, es decir: contener al peligroso, ayudar al necesitado, proteger al que sufre...

Estamos con estas alternativas, de alguna manera devolviéndole al enfermo en parte o totalmente la condición perdida y olvidada de ciudadanos, y como tales, queremos devolverles a estos sujetos los roles y la participación total en la sociedad. ¿En qué medida la sociedad nos permite hacer esto, y en qué medida sucede?

— *Desde los profesionales:*

El reto que se plantea al trabajador social se articula en dos frentes de intervención: el enriquecimiento del medio social al que han sido devueltos sus miembros más segregados, y la mejora de la comunicación entre instituciones.

Y aquí tenemos que afirmar que el Trabajo Social:

"No puede encararse en los límites del Sistema de Servicios Sociales; ha de proyectarse en cuanto disciplina y profesión hacia cualquier Sistema de prestación de

Servicios para el Bienestar Social, Sanidad, Educación, Protección al Desempleo, Vivienda, Cultura, Deportes y hacia programas integrados para la igualdad de oportunidades - Infancia, Juventud, Tercera Edad, Mujer, Disminuidos, Minorías Étnicas, Toxicómanos... (pág. 26, Oviedo).

Al igual que hay que aclarar y diferenciar, cosa que a veces resulta difícil por su identificación histórica:

- Lo que es un sistema prestador de Servicios: Sanidad, Educación, Servicios Sociales...
- Lo que es una disciplina como conjunto de conocimientos con características comunes en metodología y materias propias: Trabajo Social.
- Y lo que es una profesión configurada por una disciplina: El Trabajador Social.

Una misma persona o comunidad es atendida por multiplicidad de instituciones que se ocupan de facetas específicas de su globalidad.

El Trabajador Social, desde esta frontera entre instituciones, puede cumplir una función de puente entre las cerradas y la comunidad haciéndolas más permeables a las familias de los usuarios y a los intereses de los colectivos de los que proceden e implicando a su estructura y profesionales en la mejor atención de los problemas comunes.

En el medio abierto, se le ha asignado el papel de informador privilegiado de los recursos y en muchos casos de la vía de acceso a ellos.

Pienso que se actúa más fácilmente, y aunque también es necesario, en la delimitación de la competencia de las intervenciones.

Se trabaja más en poner las fronteras y menos en lo positivo; el de mejorar las comunicaciones y la coparticipación entre las instituciones:

"Qué apporto yo y qué aportas tú" para que la atención sea integral y el esfuerzo complementario.

— *Desde las Instituciones:*

Desde la intervención estrictamente psiquiátrica se precisa de la adecuación de la

Atención Primaria en Salud Mental a nivel comunitario, la necesidad de coordinación con instancias psiquiátricas especializadas y de los Servicios Sociales.

La situación hace imprescindible el establecimiento de contactos.

El tema ofrece muchas vertientes de estudio que habrán de discutirse; de todas formas las relaciones explícitas y sistemáticas con los equipos de Bienestar Social (Ayuntamientos, Diputaciones...) son imprescindibles, lo que conlleva previamente a unos espacios de discusión, planificación y elaboración de criterios a niveles profesionales, técnicos, de gestión y políticos.

Quizás de esta manera acabemos con la sensación de que en estos intentos hay que actuar con precaución pues se trata de "quién mete un gol a otro", "quién asume un servicio o participación sin saber sus implicaciones económicas y de infraestructura".

Para terminar, la desinstitucionalización tiene que ser un acto que sea planeado muy cuidadosamente, programado y manejado claramente desde un punto de vista técnico.

Para avanzar en el progreso de la sociedad no debemos de utilizar a los enfermos para que ellos sean la punta de lanza para el cambio. Sabemos que con la desinstitucionalización de los enfermos ha avanzado la psiquiatría social en sus repercusiones en la política social pero el camino inverso no me vale y mucho menos, y lo que es más peligroso, utilizar el factor económico para "dejar" los enfermos en la sociedad.

Román Zulaika

BIBLIOGRAFÍA

1. "Dimensiones Sociales de la Salud Mental". O.M.S.
2. "Ley General de Sanidad". B.O.E. 28 y 29 1 1986.
3. *Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención primaria de la Salud*. S.C. Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Planificación Sanitaria).
4. *Salud Mental: Objetivos y Planes de Actuación para 1988*.
5. *Rehabilitación de los enfermos psiquiátricos*. 14 y 15 Diciembre 1984. "Curso de perfeccionamiento para post-graduados en Psiquiatría" (Inédito).
6. "Ley de Servicios Sociales". B.O.P.V. 2 Junio 1982.
7. "VI Congreso Estatal de Trabajadores Sociales, Asistentes Sociales". Oviedo 1988.