

# RESCATANDO PALABRAS, GANANDO ESPACIOS, CONQUISTANDO CIUDADANÍA. UNA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL

MERCEDES SERRANO-MIGUEL

PROFESORA ASOCIADA - DEPARTAMENT DE TREBALL SOCIAL I SERVEIS SOCIALS. UNIVERSITAT DE BARCELONA.  
MÁSTER EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y SALUD INTERNACIONAL. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI.

mercedes.serrano@ub.edu

## RESUMEN

Con este trabajo pretendemos una aproximación a la noción de participación social en salud, referida específicamente al ámbito de la salud mental. Para ello conoceremos una experiencia práctica desarrollada en Barcelona (el "Grup de Pensadors"), en la que conceptos como participación o empoderamiento logran adquirir concreción y obtener resultados prácticos en la mejora de la salud de las personas. Mediante una metodología de carácter cualitativo especialmente desarrollada para investigar sobre dichos procesos, llamada itinerarios de participación, nos aproximaremos a las historias singulares de algunos de los integrantes de dicha experiencia. Retratos subjetivos que muestran en primera persona, como la participación social y el ejercicio de ciudadanía pueden tener efectos beneficiosos para la salud y el bienestar de las personas. Se analiza además cuál sería el papel asignado al profesional en un proceso de participación como el citado, dónde se insta especialmente al trabajador social a utilizar una metodología de trabajo de carácter dialógico basada en las premisas de multidimensionalidad de los procesos de salud/enfermedad/atención, así como un planteamiento de bidireccionalidad y simetría en las relaciones entre los implicados.

## PALABRAS CLAVE

Participación social, salud mental, metodología cualitativa, itinerarios de participación.

## ABSTRACT

In this paper we approach one wing notion of social participation in health specifically into the field of mental

health. To do this, we will know a practical experience developed in Barcelona (the "Thinkers group") in which concepts such as participation or empowerment manage to acquire concreteness and practical results in improving the health of people. Through a qualitative methodology specifically developed to investigate these processes, called "itineraries of participation", we will approach the unique stories of some of the members of that experience. Subjective portraits showing in first person, such as social participation and the exercise of citizenship can have beneficial effects on the health and welfare of people. It also analyzes what would be the role assigned to professional in a participatory process as above, where it is particularly urges the social worker to use a methodology dialogic character based on the premise of multidimensionality of the processes of health / disease / care, and a bidirectional approach, and symmetry in relations between those involved.

## KEY WORDS

Social participation, mental health, qualitative methodology, participation itinerary.

## INTRODUCCIÓN. HABLANDO DE PARTICIPACIÓN EN SALUD.

Hablar de participación social no resulta a priori tarea sencilla, fundamentalmente por la propia cantidad de definiciones y prácticas (Fassin, 2006:119) desde las que se puede abordar dicho concepto. Esta diversidad y amplitud de significados y significantes puede generar una práctica que resulta en ocasiones desconfigurada y que parece resistirse a abandonar el lugar reservado a las

era la de moderar el debate e introducir los turnos de palabra. Además, cada sesión era recogida por escrito y entregada a los participantes en el siguiente encuentro. Con el tiempo, la propuesta se trasladó al resto de participantes con el fin de configurar una coordinación "triangular" que permitiese el protagonismo y la responsabilidad compartida entre los tres estamentos implicados. Actualmente la coordinación es responsabilidad en cada edición de un familiar, un usuario y un profesional simultáneamente que, de forma voluntaria, deciden asumir dicho cometido.

El GP se constituye desde el principio como espacio de trabajo y de intercambio, dónde prevalece la horizontalidad y la desjerarquización en las relaciones. Se trata éste de un punto de partida imprescindible para la integración de todas las opiniones y propuestas que en él se vierten, necesarias para establecer un resultado final de consenso. Asimismo, a diferencia de espacios considerados de tratamiento, el GP no incide de forma prioritaria y unidireccional en aquellos aspectos que puramente tienen que ver con la enfermedad y sus síntomas. Sin embargo, si se centra en tratar la experiencia del sujeto social que se encuentra próximo a la enfermedad, independientemente de cuál sea su rol en el ámbito clínico (persona diagnosticada, profesional o familiar) dando paso al intercambio de diferentes visiones y experiencias en torno al sufrimiento psíquico y teniendo como finalidad común el crear nuevas perspectivas de trabajo y por lo tanto, nuevas formas de producir salud. Al crear el GP el reto fue poder poner en marcha un verdadero espacio de intercambio. Un lugar donde pudiesen integrarse todos los discursos, sin caer en esa tan temida circularidad interpretativa provocada por el estigma y algunos otros posibles errores de los que ya adolece el sistema de atención en salud mental. Entre ellos podríamos destacar una carencia de fórmulas de participación efectiva de las personas afectadas, tanto en la toma de decisiones iniciales como a lo largo de su proceso de tratamiento (decisiones en torno a la medicación, ingresos, negociación sobre la participación en determinadas actividades, valoración subjetiva de los procesos de atención, etc...). En este sentido, el espacio grupal creado, tomó el sentido casi inmediato de configurarse como un espacio de participación y escucha social (Carrera-Urquiza, 2006:49) donde los aspectos subjetivos

eran fácilmente integrados. Este espacio podría pensarse como necesario de alguna forma, para contrarrestar el peso que muchas veces muestra lo biológico y abordar la cuestión del tratamiento en su verdadera amplitud, frente a una tendencia existente en la atención sanitaria actual que sitúa la palabra de los afectados en un lugar desvalorizado, lejos muchas veces de resultar influyente en su personal proceso terapéutico.

*"Es la primera vez que veo, fuera de Radio Nikosia<sup>7</sup>, esta uniformidad entre las personas implicadas [...] estoy harto de iniciativas pensadas para locos, pero sin contar con los locos".* Raúl, participante en el Grup de Pensadors).

El GP estableció como punto de partida la consideración del otro como ser experto<sup>8</sup>, de forma que en la práctica se propiciara la creación de relaciones dialógicas y paritarias entre los participantes (Martínez, 2010). La premisa básica era considerar de forma igualitaria las aportaciones de cada uno de los miembros, priorizando el intercambio de lo vivencial frente a los posibles saberes de tipo académico o formal. Los allí presentes eran considerados expertos en su día a día como padres, madres, terapeutas, enfermos mentales, locos, enfermeras, trabajadores sociales, esposas, pareja... etc<sup>9</sup>. Además, los parámetros propios de configuración y funcionamiento del grupo han intentado facilitar siempre que todos los participantes puedan posicionarse en lugares estratégicos diferentes de aquellos de los que cada uno parte, evitando así el instalarse en torno a posibles discursos homogeneizantes que anulen la diversidad y el intercambio.

7. La Asociación Cultural Radio Nikosia es una entidad sin ánimo de lucro, cuya junta directiva está formada por sus propios participantes. Es una de las primeras emisoras realizadas por personas que han sido diagnosticadas de problemas de salud mental y funciona como tal desde 2004 (<http://radionikosia.org>).

8. Desde la Guía PARTISAM se plantea así esta cuestión: "El/la profesional debe asumir la experiencia de estas personas como un valor y, por lo tanto, compartir el poder que le da su posición profesional para alcanzar resultados positivos. Así, es preciso que el/la profesional cambie su visión sobre la persona como sujeto pasivo, que recibe una atención, para pasar a considerarla persona experta. Una relación abierta y basada en la confianza y la honestidad, abandonando la relación paternalista basada en el poder del profesional sobre el/la usuario/a puede conseguir mejores resultados en cuanto a la motivación en la participación de la persona que utiliza los servicios". Guía PARTISAM, p.73.

9. Enumero con este listado algunas de las denominaciones utilizadas por miembros del grupo para referirse a sí mismos o presentarse. La palabra loco fue utilizada y reivindicada en numerosas ocasiones por personas participantes en el grupo que se identificaban a sí mismas con dicha denominación frente a otras posibles como la de "enfermo mental", que calificaban de constructo biomédico alejado de su realidad y con el que algunas personas no acababan de sentirse cómodas.

La experiencia del GP, su metodología y funcionamiento nos llevan a preguntarnos cuál sería el rol que el profesional podría o debería asumir para favorecer la participación, sin generar posibles desequilibrios de fuerzas o la creación de estructuras jerarquizadas que pueden limitar el diálogo. Para comenzar, se ha de poder reconocer la existencia previa de una red de relaciones (Dabas, E., 2002) que entretene la vida y que no sería necesario construir de cero. Sencillamente, podríamos pensar en cómo dichas redes se han de poder tornar visibles y conseguir que el individuo se apropie nuevamente de ellas y las active. Esta sería aquí, desde nuestro punto de vista, la responsabilidad inicial del profesional implicado. Además, desde la experiencia presentada, podríamos decir que los profesionales forman parte del entramado participativo y se benefician plenamente de él al situarse en una posición de recepción de conocimientos y por tanto de continuo reciclaje profesional y personal. Asimismo, el grupo posibilita la interiorización de nuevos modelos de relación con las personas afectadas, que dan pie a reforzar más aún la necesidad de planificar procesos de intervención basados en la negociación. El trabajador social podría ser así ese profesional que acompañara los procesos y que incitara a la participación activa de las personas como un ejercicio más de ciudadanía. El contexto podría ser el de un modelo de relación e intervención de carácter dialógico en cuya base encontraríamos: un planteamiento multidimensional de los procesos de salud/enfermedad/atención, una perspectiva bidireccional que podría considerar el intercambio de conocimientos y el reconocimiento de los saberes legos también como saberes expertos, así como la búsqueda de una relación simétrica entre los profesionales y los grupos sociales implicados, que fomentaría una participación social en salud más real y menos difusa (Martínez, 2008:184).

### **ITINERARIOS DE PARTICIPACIÓN O... LA TERAPEUTICA DE LO SOCIAL**

Durante los casi 5 años de funcionamiento activo del grupo, su evolución ha sido notable. La organización interna, las personas participantes, pero sobre todo y especialmente algunas actitudes y posicionamientos han ido oscilando para darle al grupo un necesario sentido de viveza y también flexibilidad, cualidades imprescindibles en un contexto de participación tan diversa.

Podríamos decir que el trabajo cotidiano en el GP ha dado pie a la creación de un espacio de resignificación de conceptos y de recuperación narrativa, donde sus miembros han podido adquirir un nuevo lugar y elaborar un nuevo discurso sobre su vivencia. El grupo ha servido de motor para facilitar la desfragmentación de discursos monológicos y unidireccionales (Martínez, 2010) propios de un sistema de atención que pone casi siempre el énfasis en lo biológico, permitiendo la reelaboración de los roles y la recuperación, especialmente para las personas afectadas, de un lugar social como ciudadanos. Nuevos roles que se han concretado en acciones como moderar grupos o coordinar reuniones, responsabilizarse de exponer los resultados del grupo en público<sup>10</sup> o formar parte del comité redactor de un documento con propuestas de mejora en cuestiones debatidas<sup>11</sup>. Este proceso de reconstrucción de identidades sociales se ha visto plasmado fehacientemente en las historias relatadas a lo largo de las sesiones. A estas narraciones, que ponen en relación la evolución de la historia personal del individuo con su participación en el grupo, es lo que hemos denominado aquí como itinerarios de participación<sup>12</sup>. En ellos se muestra de alguna forma, como el propio funcionamiento del grupo y su especial metodología han permitido a los asistentes resituarse en un lugar diferente del que el contexto clínico les había otorgado inicialmente, tanto como afectados, familiares o profesionales. En ese proceso participativo, la persona es capaz de reapropiarse de la fuerza necesaria para enfrentarse a situaciones hasta ahora difíciles de transitar,

10. *Presentación del Grup de Pensadors en dos actes públics: la "Jornada del Xé Aniversari de la Fundació CCSM" el 15 de diciembre de 2010 y el espacio de debate "Grup de Pensadors. Una experiència de treball entre usuaris, familiars i professionals" en el IV Congrés Català de Salut Mental de la Fundació CCSM en junio de 2013.*

11. *En este sentido hay que destacar la experiencia del GP en el trabajo realizado en torno a los ingresos psiquiátricos. Después de dedicar una edición a dicho tema, el grupo elaboró una serie de conclusiones consensuadas por todos, que fueron trasladadas posteriormente al Comité de Ética de la FCCSM y que incluían, como temas más relevantes: la solicitud de aumento de la ratio de personal que atendiese las situaciones de ingreso y la eliminación de la contención mecánica.*

12. *La idea de los itinerarios ha sido utilizada y desarrollada ampliamente en el ámbito de la antropología médica (denominados específicamente itinerarios terapéuticos) como una forma de aproximación a los procesos de salud/enfermedad/atención vividos por el individuo (Menéndez, 1984: 83-119), así como una forma de conocer los procesos y complejos asistenciales (Comelles 1998:135-150). Una de las referencias que también he utilizado al respecto, para desarrollar esta metodología aplicada al campo de la participación, es la de la profesora Mari Luz Esteban y sus itinerarios corporales (Esteban, 2004:54) definidos como "procesos vitales individuales que nos remiten a un colectivo y ocurridos siempre dentro de una estructura social concreta". En mi caso, encuentro que el individuo corporeiza experiencias sociales que después puede llegar a plasmar en comportamientos y/o actitudes de carácter social con resultados positivos para su bienestar general.*

como puede ser el afrontar ciertos discursos ejercidos por los profesionales, relaciones familiares complejas, el recuperar parte de la autoestima perdida por el proceso de diagnóstico psiquiátrico o, situarse de forma crítica ante el discursos propio o el de los compañeros en el caso de los profesionales. Así mismo, la metodología de trabajo planteada en dichos itinerarios, propone intentar huir del análisis narrativo clásico para adentrarse en el mundo de los discursos (Rodríguez del Barrio, 2014). De esta forma podríamos liberarnos de la exigencia de la linealidad que casi siempre impone el factor tiempo y rescatar aquello que la persona señala como importante y destacable en su trayectoria. En el caso de las historias recogidas no existiría por tanto la necesidad de obtener los datos temporales que configuren su relato sucesivo entre los inicios del malestar y la atención del mismo. Basta con rescatar los aspectos que para la persona son relevantes y con el formato que ella misma decida. Eso incluye sin duda incorporar el propio vocabulario que la persona emplea, recuperando así la palabra nombrada, aquella que para la persona tiene un sentido real.

Esta metodología quiere aproximarse al proceso, a las vivencias acumuladas y a los posibles resultados que dicha experiencia de participación ha reportado a los implicados en ella, tanto en su vida cotidiana en general, como en su faceta estrictamente como usuarios de servicios de salud mental. A lo largo de este tiempo, las personas que han participado en el GP se han visto involucradas en un proceso que sin duda podemos decir que les ha atravesado. Analizar las consecuencias de dicho proceso es el principal objetivo a conseguir. Asimismo, esta recopilación de relatos<sup>13</sup> pretende sumar argumentos que avalen los procesos de participación de los usuarios en los procesos de atención en salud mental.

## PAU

Conocí a Pau hace años a partir de su vinculación al Club Social en el que me encontraba trabajando como trabajadora social. Pau comenzó a asistir al GP en octubre de 2011. Recuerdo que en su primera sesión insistió en decirme que él no sabía exactamente que podría decir allí y que seguramente no tenía nada que aportar al grupo.

13. Este metodología se encuentra en fase inicial de desarrollo y recogida de materiales. El objetivo es tratar esta cuestión de forma más amplia y profunda en el trabajo de tesis doctoral que estoy realizando en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Mis palabras en aquel momento y teniendo en cuenta la cierta complicidad que existía entre ambos, intentaron ser tranquilizadoras “no es necesario que intervengas si no quieres, puedes simplemente escuchar”. Esa misma sesión, antes de acabar y animado por el clima de comunicación que se respiraba en la sala, Pau pidió la palabra y comenzó a narrar un pequeño relato sobre sí mismo. A partir de aquella intervención y de forma progresiva fue reconstruyendo a través de su participación en las sesiones, una historia de vida en la que por motivos muy dolorosos para él, había entrado en conflicto con familiares muy próximos. Su historia había quedado oculta a ojos de su madre y así había permanecido hasta entonces. La verbalización de la misma delante del grupo le proporcionó una suerte de empuje necesario para decidir relatarla ante los profesionales que habitualmente le trataban y con los que hasta el momento, no había compartido estos aspectos de su pasado. La reacción de los mismos ante sus palabras (tanto el trabajador social como su psiquiatra), fue de alarma inicial a lo que seguidamente propusieron a Pau un aumento de la medicación así como un posible ingreso psiquiátrico. Además, Pau recibió desde entonces la consigna de abandonar la participación en el grupo. Su vuelta fue acompañada de una rotunda negativa por su parte a la idea de aumentar su medicación o a la posibilidad de dejar de venir. Pau mantiene el vínculo actual con el grupo, asistiendo periódicamente cuando sus otros compromisos personales se lo han permitido.

## JOANA

Participar, en el caso de las familias, ha supuesto en muchos casos un cambio con respecto a la posición adoptada inicialmente. En las primeras ediciones, algunas personas se dirigían hacia los profesionales presentes formulando preguntas a modo de consulta clínica. La reproducción de patrones de comportamiento dados en los espacios de atención convencionales eran notablemente patentes. Para muchos fue complejo posicionarse en el lugar de pensadores, un lugar de reconocimiento de su propia historia y de su saber:

*“Creo que como madre, no estoy capacitada para hablar de lo que aquí se está diciendo...”* (Madre participante en el GP)

Este comentario fue recogido por el grupo y contesta-

do por algunos de los participantes. El grupo transmitió la idea de reconocimiento ante los saberes personales basados en la experiencia. Esta valorización externa resultaba para algunos miembros del grupo cuanto menos novedosa. De alguna forma, el GP fue progresivamente para muchos, un espacio en el que reconocer (se) la propia historia personal, en ocasiones a través de afirmaciones que implicaban una fuerte carga emocional y simbólica y que demostraban fácilmente una anticipación al rechazo social que produce un diagnóstico casi siempre estigmatizante:

*“Es la cuarta vez que menciono que mi hija tiene esquizofrenia, no me atrevo... incluso a la familia. La palabra esquizofrenia... igual no lo tengo asimilado del todo, creo que necesitamos más información”.* (Joana, su hija fue diagnosticada hace 8 años)

## VÍCTOR

Víctor es psiquiatra. Participa en el grupo prácticamente desde la primera edición. Sin embargo Víctor, de alguna forma no es el mismo desde esos comienzos hasta el momento actual. En los últimos encuentros lo ha verbalizado abiertamente, aunque su actitud podía ya dejar entrever los cambios hace tiempo. “No sé como posicionarme en este grupo..., estoy acostumbrado a dirigir los grupos y aquí, no sé exactamente cómo comportarme...”. Esas fueron algunas de las palabras que compartió conmigo en las primeras sesiones en las que participó. A pesar de ello, su proceso en el GP le ha permitido asumir nuevos lenguajes, aprender y practicar otro tipo de escucha y especialmente asumir una mirada diferente acerca de las personas a las que (habitualmente) conoce desde su consulta.

*“Yo me di cuenta que en la teoría tenía muy claro de que se trataba, sabía que no debía tener un papel de terapeuta... sin embargo la práctica era compleja. Me di cuenta por las críticas que los demás me fueron haciendo, sobre mi actitud y mis intervenciones. Mis intervenciones eran más propias de un espacio terapéutico... me di cuenta de eso y lo pude ir aceptando”.*

*“Creo que la clave está en mantener una relación auténtica y sincera. Eso es lo que resulta terapéutico de verdad: el que puedas hacer un esfuerzo por crear y mantener una relación auténtica y sincera con la otra persona. Hacer ese esfuerzo, sin*

*manipulaciones, es darle al otro un mensaje terapéutico. Y todo ello a pesar de las dificultades que se puedan presentar. Si no desfalleces, obtienes un resultado que llega a ser positivo para el otro y para uno mismo también. Eso es exactamente lo que acaba pasando en el grupo, allí se da una aplicación grupal de esta cuestión. En el grupo hemos podido mantener en el tiempo esa relación y eso nos ha permitido crecer y madurar”.* (Víctor, participante en el Grup de Pensadors)

Para aquellos que trabajamos con el sufrimiento mental y participamos en el GP todo ha cambiado. “Yo ya no soy la misma trabajadora social, ha cambiado mi forma de trabajar...” expresó una colega en una de las sesiones. Durante este tiempo, esa variación de posición de los participantes ha quedado constatada y ha sido así en las personas afectadas y sus familias, pero también en los profesionales:

*“Este grupo nos permite a todos asumir nuevos roles, también a los profesionales. En el GP siento que me libero de la responsabilidad del ejercicio de la cura... para mí es un grupo que nos sana a todos. Nos sana de nuestro narcisismo, de nuestros miedos, de nuestras inseguridades...”* (Angels, psiquiatra participante en el Grup de Pensadors)

El GP se ha ido construyendo y consolidando como un espacio de participación autogestionado, cuyo funcionamiento interno pretende alejarse de cualquier mecanismo de reproducción de subalternidad. Eduardo Menéndez en su libro “Participación social. ¿Para qué?”, se aproxima a las posibilidades que plantea una organización microgrupal como podría ser el “Grup de Pensadors” e intenta establecer una serie de conclusiones tras su experiencia. Desde su análisis los microgrupos, y por consiguiente sus participantes, pueden vivir procesos de transformación en términos existenciales (asociados al crecimiento personal) pero también lo hacen en lo referido a las condiciones de vida de los conjuntos sociales subalternos dentro de los cuales participa dicho sujeto/grupo. Apunta además que “las estrategias de vida y/o supervivencia modifican la cultura y reconstituyen la estructura, en cuanto dichas estrategias actualizan y reactualizan constantemente dicha organización a través de las actividades de los sujetos” (Menéndez, 2006:111). El GP nunca se ha pensado, ni propuesto, ni implementado como un grupo terapéutico tal como se entiende en los

espacios clínicos hegemónicos. Sin embargo, todos sus asistentes han manifestado en uno u otro momento de la trayectoria del mismo, haberse sentido beneficiados por su participación en él. En muchos casos, participar ha permitido a las personas asistentes el vivir experiencias que les facilitaban el (re) apropiarse de su condición de ciudadanos: la participación en Congresos o reuniones, la escritura conjunta de documentos y sobre todo la revalorización de la experiencia en primera persona que han supuesto todas esas acciones. Situaciones que sin duda, han podido motivar y fortalecer la autoestima social de los implicados.

## CONSIDERACIONES FINALES

Con el presente texto hemos buscado el aproximarnos a una experiencia de carácter grupal que propone la participación como ejercicio de ciudadanía, reconociendo el status como tal de un colectivo especialmente vulnerable social y legalmente como es el de las personas con trastorno mental. Dicha experiencia ha permitido a sus integrantes la vivencia de un proceso de cambio hacia una posición más activa en sus particulares procesos. Cambios que han facilitado a todos los participantes (personas con trastorno mental, familiares y profesionales) resituarse en un lugar diferente del que el modelo hegemónico de intervención en salud, les había podido otorgar hasta el momento. Adoptar nuevos roles ha favorecido el aprendizaje para todos y ha provocado en la mayoría de implicados, la ganancia y el afianzamiento de una especial seguridad y autoestima social. Un proceso en su conjunto que ha generado en la práctica dinámicas productoras de salud y de bienestar y, que se ha basado en gran parte, en la implementación de un modelo teórico aportado desde el campo del análisis antropológico aplicado a la intervención directa con personas en situación de sufrimiento mental.

## BIBLIOGRAFIA

"Al lado con la persona afectada por una Enfermedad Mental Grave". (2012). Secretaría General de Salud Pública y Participación. CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA.

ARNSTEIN, S., (1969). "A Ladder of Citizen Participation". *Journal of the American Institute of Planners*, 35: 216-24.

ARIÑO B. Y SAN PÍO M.ª J. (2007) "El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental". Cuadernos de

Psiquiatría Comunitaria, 2. Vol. 7; 115-126

CARMONA, J. Y DEL RIO NORIEGA, F. (2009). *Gestión clínica en salud mental*. AEN Estudios. Madrid.

COMELLES, JM. (1998) "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Rev. Trabajo Social y Salud*, 29: 135-150.

COMELLES, JM. (2000). "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual". *Trabajo Social y salud*, 35;151-172.

Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad Nueva York, 13 de diciembre de 2006 (ratificado por España el 30 de marzo de 2007). BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008, páginas 20648 a 20659

DELEUZE, G Y PARNET, C. (1997). *Diálogos*. Valencia. Ed. Pre-Textos.

CORREA URQUIZA, M; SILVA, T.J.; BELLOC, M. y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2006). "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales." *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22; 47-69.

DABAS, E., *Redes*. (2002). *El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires. Paidós.

DESVIAT, M. (2011). "La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad". *Rev. Esp. Salud Pública*, 5. Vol. 85: 427-436.

ESTEBAN, ML. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona. Ediciones Bellaterra.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

FASSIN, D. (2006). "Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud", en: MENÉNDEZ, E. Y SPINELLI, H. *Participación social. ¿Para qué?*, Buenos Aires, Ed. Lugares, 117-144.

FERNÁNDEZ, E. Y VEGA, C. (2014). *Participación en salud: estrategias individuales frente a los procesos de salud, enfermedad y atención*. Barcelona. Ediciones Sant Joan de Deu.

FERNÁNDEZ DE SEVILLA OTERO, J.P. (coord.); SAN PÍO TENDERO, M.J. (coord.); [et al.]. (2014). "Guía PARTISAM: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental". Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona. Antrophos.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2010). "Dialógica, etnografía e educação em saúde". Rev. Saúde Pública, 3, vol.44; 399-405.
- MENÉNDEZ, E. (1984). "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3; 83-119.
- MENÉNDEZ, E. (1998). "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". Cuadernos Médico Sociales, 73; 5-22.
- MENÉNDEZ, E. Y SPINELLI, H. (2006). Participación social. ¿Para qué?, Buenos Aires, Ed. Lugares.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción, OPS, Washington D.C.
- RODRÍGUEZ DEL BARRIO L., BOURGEOIS L., LANDRY Y. Y GUAY L. ET PINARD J.-L. (2006). Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales. Montréal. Presses de l'Université du Québec.
- RODRÍGUEZ DEL BARRIO, L. (2014, mayo). Abordagens antropológicas em relação ao recovery. Ponencia presentada en "I SIMPÓSIO RECOVERY E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: APROXIMAÇÃO TEÓRICO - METODOLÓGICA ENTRE AS TRADIÇÕES ANGLO-SAXÃ E BRASILEIRA". Campinas, Brasil.
- SERAPIONI, MY MATOS, AR. (2014). "Os lugares da participação nos sistemas de saúde em países Sul Europeus". Rev. Práxis Sociológica, 18; 197-214.
- SERRANO, M. (2014). "Grup de pensadors: narratives y subjetividades en torno a la salud mental". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 34; 507-519.
- VASCONCELOS, E. (2013). "Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental". Revista Átopos, 11; 23-44.

“Trabajo Social y Salud” es una revista editada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud que se publica desde 1989. Se edita en Zaragoza. Su director honorífico es el Prof. Dr. Miguel Miranda Aranda y actualmente el director es el Prof. D. Francisco Galan Calvo. El Consejo editorial está formado por profesores y también por trabajadores sociales que ejercen en el sistema sanitario. Además del Consejo editorial hay un consejo de asesores colaboradores que efectúan revisión por pares -evaluadores externos- cuando el Consejo editorial lo considera necesario. La Revista nació para fomentar la investigación y la producción científica en el campo del Trabajo Social y sus relaciones con la salud, la enfermedad y el sistema sanitario así como para facilitar la comunicación entre los profesionales del Trabajo Social y de éstos con otras disciplinas, tales como la Medicina o las Ciencias Sociales en general. Por ello se admiten también artículos elaborados desde disciplinas afines o que reflejan el trabajo de equipos interdisciplinares. Trata de divulgar conocimientos y aportaciones procedentes de las Ciencias Sociales y de la Medicina, fomentando el diálogo entre ambos campos.

Puede visitar nuestra página web:

<http://www.revistadetrabajosocialysalud.es>

Correo para suscripciones:

[suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es](mailto:suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

## **NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS**

Enviar un artículo para su publicación supone la aceptación de las exigencias de publicación establecidas por el Consejo Editorial. En términos generales las normas de publicación son las siguientes:

A “Trabajo Social y Salud” le interesa publicar artículos inéditos que sean de interés para los trabajadores sociales que ejercen en el sistema sanitario u organizaciones de autoayuda que desarrollen actividades en relación con la salud o la enfermedad. Puede tratarse de trabajos de carácter teórico o teórico práctico, históricos, metodológicos, investigaciones o experiencias que tengan que ver con el Trabajo Social en el sector sanitario. La Revista quiere ser un foro de debate al servicio de los trabajadores sociales. Por extensión, “Trabajo Social y Salud” quiere servir también para el diálogo interdisciplinar entre las Ciencias Sociales y de éstas con la Medicina. Los autores se comprometen a gestionar las autorizaciones necesarias para publicar si hay algún material con derechos de autor o copyright.

La extensión mínima será de 8 páginas y un máximo de 30, a tamaño DIN A-4 incluyendo el título, los datos de identificación del autor, tablas y referencias bibliográficas. Las tablas y gráficos deberán situarse en el lugar concreto en el que deben publicarse y deberán ser en blanco y negro (no usar colores) con tonos bien diferenciables. El espacio interlineal debe de ser 1,5. El Formato utilizado será el de Word para PC. Las páginas y las tablas y gráficos deberán ir debidamente numeradas.

Los autores no podrán ser más de tres por artículo. Cada artículo deberá ir encabezado por la siguiente información:

Título entrecorinado. Nombre y dos apellidos de los autores, dirección postal y electrónica y Centro de trabajo de al menos uno de ellos.

A continuación los autores deberán incluir un resumen en castellano y a ser posible en inglés no superior a 15 líneas cada uno.

Las referencias bibliográficas deberán expresarse de acuerdo al siguiente orden: Apellidos, nombre, año de publicación, nombre de la obra, ciudad y editorial.

Ejemplo:

ÁLVAREZ-URÍA, F. y VARELA, J. (2004). Sociología, capitalismo y democracia. Madrid. Ediciones Morata.

Para citar capítulos de libros se señalará el apellido e iniciales del autor en mayúscula, el año entre paréntesis; Título del capítulo entrecomillado, en: título del capítulo del libro en cursivas, ciudad, editorial y páginas.

Para citar artículos de revistas: Apellidos e iniciales del autor en mayúsculas, año de edición entre paréntesis, título del trabajo entrecomillado, nombre y número de la revista en cursiva; página primera y última del artículo de la revista, (por ejemplo: 289-299).

Las referencias en el texto del artículo se indicarán del siguiente modo: apellido del autor, fecha de publicación: número de página, si procede. (Miranda Aranda, M. 2004: 50-51).

El Consejo editorial acusará recibo del artículo recibido y comunicará al autor si ha sido aceptado para su publicación, así como la fecha previsible. Trabajo Social y Salud publica tres volúmenes al año coincidiendo con los meses de marzo, julio y diciembre. Todo artículo que

no cumpla las normas de publicación será remitido a su autor para que corrija los errores o ausencias detectadas y en su caso proceda a su corrección. En caso de que el Consejo editorial o los evaluadores externos rechacen un original se comunicará al autor en el menor plazo posible.

El Consejo editorial se encargará de la corrección de las pruebas de imprenta. Trabajo Social y Salud no edita separatas ni tampoco remite ejemplares gratuitos a los autores. A petición de los autores interesados se expedirá un certificado de que el artículo ha sido admitido para su publicación o que ya ha sido publicado.

Trabajo Social y Salud no se responsabiliza del contenido de los artículos publicados. Los autores son los únicos responsables tanto de sus opiniones como de la propiedad del texto que se hace público.

Los artículos publicados en "Trabajo Social y Salud" podrán ser colocados en la página Web de la Asociación <[www.unizar.es/atss](http://www.unizar.es/atss)> siempre que hayan transcurrido tres años desde su publicación o que el número en el que fueron publicados se haya agotado. Los autores autorizan este tipo de publicación al enviar el artículo para ser publicado en la revista.



**REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD**  
**BOLETIN DE SUSCRIPCIÓN:**

**DATOS PERSONALES:**

Nombre y apellidos.....  
Dirección.....nº.....Piso.....  
Población.....Provincia.....  
DNI/NIF/CIF.....Distrito Postal:.....  
Teléfono..... (POR FAVOR INCLUIR PREFIJO)

Suscribanme a : **REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD**

Tres ejemplares: **46,15 € + 4% IVA= 48 €**

Número suelto: **19,23 € + 4% IVA= 22 €**

Internacional (tres números envío no incluido) **120 €**

**ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

Banco.....Nº Sucursal.....  
Caja de ahorros.....Nº Sucursal.....  
domicilio de la sucursal:.....  
Población.....Provincia.....  
Cuenta corriente o de ahorro nº.....  
Incluya el código IBAN o los 20 números completos del código de cuenta  
Nombre del titular de la cuenta.....

Ruego a Uds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa cantidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Revista de Trabajo Social y Salud

.....DE.....DE  
Atentamente (firma del Titular)

Enviar este boletín a: **REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD**

REPRODUCCION IMPRESA ZARAGOZA S.L., C/ Carmen, 26. ZARAGOZA 50005

Teléfono y Fax: 976 - 301 999 • E-mail: reproimsa@reproimsa.com