



**Universidad de Jaén**

Facultad de Trabajo Social

# **TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA TRAYECTORIA E INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

**Autora: Eva Lara Córdoba**

**Grado en Trabajo Social**

Directoras: Marta Díaz Domingo y Cristina Belén Sampedro Palacios

Departamento de las directoras: Psicología.

Fecha: 22/05/2024



CREA

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 12.369 palabras, sin contar portada, índice, bibliografía ni posibles anexos.

# ÍNDICE

|                                                                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>                                                                                                                              | <b>6</b>  |
| <b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>                                                                                                                             | <b>7</b>  |
| 2.1 Comienzos del Trabajo Social en el ámbito sanitario .....                                                                                             | 7         |
| 2.2 ¿Trastorno o enfermedad mental? .....                                                                                                                 | 9         |
| 2.3 Vinculación histórica del Trabajo Social y la salud mental.....                                                                                       | 10        |
| 2.4 Determinantes sociales de la salud a la hora de desarrollar un trastorno mental..                                                                     | 11        |
| 2.5 Tipos de trastornos mentales y prevalencia de los mismos.....                                                                                         | 13        |
| 2.6 Marco legislativo .....                                                                                                                               | 15        |
| <b>3. OBJETIVOS .....</b>                                                                                                                                 | <b>17</b> |
| <b>4. METODOLOGÍA .....</b>                                                                                                                               | <b>17</b> |
| <b>5. RESULTADOS.....</b>                                                                                                                                 | <b>19</b> |
| 5.1 Los estigmas asociados a los trastornos mentales y el papel de la profesión del Trabajo Social en su deconstrucción .....                             | 19        |
| 5.2 Servicios de Atención a la Salud Mental en Andalucía.....                                                                                             | 22        |
| 5.3 Funciones del/la trabajador/a social en el ámbito de la salud mental .....                                                                            | 24        |
| 5.4 Modelos de intervención y protocolos de actuación en el área de la salud mental desde la profesión del Trabajo Social .....                           | 25        |
| 5.5 Trabajo Social y Cuidados: el papel de la familia como cuidadora y la intervención familiar .....                                                     | 27        |
| 5.6 La mujer como figura cuidadora principal de personas con trastornos mentales diagnosticados e intervención desde la profesión del Trabajo Social..... | 30        |
| <b>6. PROPUESTAS DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL .....</b>                                                | <b>32</b> |
| <b>7. CONCLUSIONES .....</b>                                                                                                                              | <b>34</b> |
| <b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                                                                | <b>36</b> |

## RESUMEN

Actualmente, la salud mental se ha ido visibilizando en diferentes ámbitos. Cada día se habla más sobre trastornos mentales y la importancia del autocuidado, tanto a nivel físico como psicológico, pero ¿Cuál es la visión y vinculación de la profesión del Trabajo Social a la salud mental? El presente Trabajo Fin de Grado se ha planteado con el objetivo de conocer y exponer la teoría existente acerca de la vinculación de la profesión del Trabajo Social y el área de salud mental.

Los resultados obtenidos abordan las funciones y modelos de intervención usados por los/as profesionales de esta profesión a la hora de intervenir con personas diagnosticadas con un trastorno mental, siempre teniendo en cuenta los prejuicios, estereotipos y discriminación a la que tienen que hacer frente diariamente este colectivo. Además de esto, se presenta el papel que desarrolla la familia, y sobre todo la mujer, como potencial núcleo cuidador de la persona diagnosticada.

Finalmente, para acabar el presente Trabajo Fin de Grado, se ha realizado un apartado que aproxima varias propuestas de mejora a llevar a cabo por parte de los/as profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

**Palabras clave:** Trabajo Social, salud mental, factores sociales.

## ABSTRACT

Nowadays, mental health has gained visibility in various fields. Each day, there is more discussion about mental disorders and the significance of self-care, both physical and psychological. However, what is the view and importance given to mental health from the point of view of Social Work? This Bachelor's thesis has been set out with the aim of knowing and reflecting the existing theory about the link between the Social Work profession and the mental health area.

The results obtained address the functions, tools, and intervention models used by professionals of this discipline when intervening with people who have been diagnosed with a mental disorder, always taking into account the prejudices, stereotypes, and the discrimination these people have to face on a daily basis. Besides this, the role family plays is presented, and specifically that of women, as potential core caregivers of the diagnosed person.

Lastly, a final section has been added to conclude this Bachelor's thesis. This section

brings together several proposals for improvement to be carried out by social work professionals in the field of mental health.

**Key words:** Social Work, mental health, determining social causes.

## **1. INTRODUCCIÓN**

En el presente Trabajo Fin de Grado, de forma general, se tratará de realizar una búsqueda, análisis y exposición de la trayectoria e influencia del Trabajo social en la salud mental, y, sobre todo, en la rama del Trabajo Social Sanitario. Por otro lado, se expondrán algunos de los distintos tipos de trastornos reconocidos y que se pueden diagnosticar actualmente, las funciones del/la profesional del Trabajo Social y los distintos modelos que se pueden aplicar para la intervención con pacientes y familias en este contexto.

La principal función del/la trabajador/a social en el área de la salud mental es la de fomentar y acompañar al/la usuario/a en su reinserción sociolaboral, motivando de igual manera su autonomía e independencia en el proceso y en las tomas de decisión sobre cómo lograr tener una vida lo más “normalizada” posible. Además de exponer y explicar la función asistencial de la profesión en el tratamiento de personas que padecen un trastorno mental, también se hará hincapié en la importancia de la prevención, la visibilización y normalización de los distintos trastornos mentales y sus determinadas sintomatologías.

A pesar de que a día de hoy se tenga mayor cantidad de información con respecto a los trastornos mentales y esta sea más accesible, el nivel de estigmatización, prejuicios y discriminación al que tienen que hacer frente las personas diagnosticadas con un trastorno mental sigue siendo excesivamente alto. Por otro lado, no podemos obviar que una temática tan compleja como es la vivencia con un/a familiar diagnosticado, y el propio padecimiento de un trastorno mental, debe analizarse siempre desde una perspectiva de género que nos permita ver y analizar el cómo las mujeres deben asumir roles de cuidado de las personas que son diagnosticadas con un trastorno mental. Consecuentemente, se ha dedicado un espacio en este trabajo para analizar el rol al que suelen ser relegadas las mujeres en el ámbito de cuidados con respecto a las personas que han sido diagnosticadas con un trastorno mental.

En conclusión, el objetivo principal de este presente Trabajo Fin de Grado es el de realizar una revisión sobre la intervención profesional del Trabajo Social en el área de la salud mental. Es por esto que se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la cual se ha obtenido la información necesaria para discutir esta temática. A raíz de los resultados obtenidos tras esta búsqueda bibliográfica se plantearán una serie de propuestas de mejora para la intervención en el área de salud mental desde la profesión del Trabajo Social.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Comienzos del Trabajo Social en el ámbito sanitario**

En las últimas cinco décadas, el concepto de medicina ha pasado de ser algo privado entre el/la paciente y el/la médico/a, a ser un punto clave de la intervención del Estado. Es decir, con la llegada del Estado de Bienestar, el ámbito sanitario tiene que empezar a hacerse cargo de situaciones sociales más complejas, por lo que se necesita la intervención de más profesionales aparte de los/as enfermeros/as, auxiliares, celadores/as, etc. Es aquí donde entra la profesión del Trabajo Social (Porcel, 2009).

Según la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2014) podemos definir el Trabajo social como “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”. Desde esta profesión se interviene en el ámbito social de las problemáticas, una de las principales funciones es el análisis de los distintos factores, determinantes y contextos que pueden llevar a que una población y/o individuo se desarrolle en determinados ambientes que hagan que se vea expuesto/a a situaciones de marginalidad y/o vulnerabilidad. Es por esto que, “La finalidad del/la trabajador/a social en salud es lograr una atención integral del enfermo/a y su familia en su entorno social” (Munuera y Jiménez, 2021, p. 21).

Otro punto clave para entender el por qué la profesión del Trabajo Social entra en el ámbito sanitario, es que, con el tiempo, hemos pasado de dar uso a una definición sobre el concepto de salud que la define como “la ausencia de enfermedad” (Munuera y Jiménez, 2021, p. 21). a la que proporciona la Organización Mundial de la Salud en 2013 (OMS en adelante) que la define como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedades”. Es decir, se pasa de usar una definición reduccionista que aboga por que la salud es la condición en la que la persona no tiene ningún tipo de enfermedad, a tener en cuenta que la salud de los/as individuos/as está determinada también por sus contextos y factores sociales.

Esta nueva perspectiva del concepto de salud está muy relacionada con la creación y difusión del conocido “Informe Black”, documento que se publicó oficialmente en 1980, realizado en Reino Unido por parte del Departamento de Salud y Seguridad Social. La creación de este informe se basaba en que, pesar de que la salud general de la población británica había

aumentado con la implementación del Estado de Bienestar, se vio la necesidad de estudiar y analizar las desigualdades en salud que se habían encontrado entre las distintas clases sociales en el país (Ruiz et al., 2022).

El Trabajo Social sanitario comienza a tener más relevancia en Estados Unidos (EEUU en adelante) y ciertos países de Europa como pueden ser Reino Unido, España y Francia (Munuera y Jiménez, 2021). Fueron Mary E. Richmond y Gordon Hamilton quienes afianzaron y fomentaron las funciones de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la salud. No podemos olvidar mencionar a Dorothea Lynde Dix, quien realizó campañas a favor de la salud mental, abogando por la creación de hospitales dedicados a la salud mental y de una normativa que amparase a las personas que padeciesen algún tipo de trastorno mental. El arduo trabajo de Lynde llevó a la construcción de hospitales psiquiátricos en distintos estados de EEUU y Canadá (Munuera y Jiménez, 2021).

A nivel internacional, en 1905, fue el Dr. Richard Clarke en EEUU, en el hospital de Massachussets, quien contrató a Ida Cannon, la primera trabajadora social en ocupar un puesto en un hospital. Cannon en 1918 crea la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios, publicando un libro en 1952 llamado “Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine”, este libro pasaría a ser fundamental en la profesión sanitaria del Trabajo Social años más tarde (Munuera y Jiménez, 2021, p. 48-49).

En el contexto español, debemos destacar la aportación de Concepción Arenal a la profesión del Trabajo Social sanitario, debido a que, parte del código deontológico de enfermería procede de sus trabajos. Arenal destacaba la importancia de tener en cuenta la decisión e intereses del/la paciente para aplicar el tratamiento. La primera escuela de TS en España la crea el Dr. Raul Roviralta (1932), en esta se tenía un plan de estudios de 2 años, en el segundo año se elegía una especialidad, entre las que estaba la sanitaria. Gracias a este centro se comienza el proceso de institucionalización del Trabajo Social sanitario en España. A raíz de esta escuela, los/as trabajadores/as sociales comenzaron a rastrear los casos y contextos en los que estaba desarrollando la enfermedad de la tuberculosis en nuestro país, se llegaron incluso a realizar una serie de campañas de prevención contra dicha enfermedad (Munuera y Jiménez, 2021).

## 2.2 ¿Trastorno o enfermedad mental?

Cuando hablamos de salud mental, hablamos de la capacidad de los/as individuos/as para responder a las necesidades y/o situaciones a los que se ven expuestos/as en el contexto en el que se encuentran. Las personas deben de tener la capacidad y herramientas de gestión de las emociones para seguir cooperando y participando en la sociedad a pesar de que estas situaciones/necesidades sean estresantes y/o difíciles (OMS, 2013).

Una vez abordado el concepto de salud mental, se puede desarrollar el término de trastorno mental. La OMS (2013) define el concepto “trastorno mental” como una alteración importante en la regulación emocional y comportamental del/la individuo/a. Consecuentemente, la persona se ve sobrellevada por una sensación de angustia y/o dolor que no la permite funcionar adecuadamente en las distintas áreas de la vida diaria.

A día de hoy, la diferenciación entre el término enfermedad y trastorno mental es algo que sigue creando debate entre los y las diferentes profesionales de la materia. Esto es así debido a que muchas veces se usan ambos términos indistintamente. Sin embargo, algunos/as autores/as abalan que, cuando se usa del término trastorno mental se hace referencia a una alteración general de la salud mental, tenga esta alteración que ver o no con una causa del organismo. Al usar el concepto de enfermedad mental sí que nos referimos a procesos patológicos con una causa vinculada al organismo (Caballero, 2007).

Simplificando lo anteriormente dicho, entendemos por trastorno mental a cualquier tipo de alteración general de la salud mental, estén los síntomas de esta alteración relacionados a una enfermedad o no. Mientras que, cuando se usa el concepto de enfermedad mental se afirma la causalidad entre la alteración de salud mental y los síntomas, es decir, se reconoce incuestionablemente que la sintomatología descrita y sentida por la persona tiene que ver con uno de los trastornos mentales reconocidos. Este último concepto, por lo tanto, se usa cuando se sabe a ciencia cierta que la sintomatología está vinculada a la alteración mental sufrida por la persona (Ripoll, 2020).

Tras la definición de ambos términos, nos damos cuenta entonces que el término “trastorno mental” es mucho más amplio que el de “enfermedad mental”, es por esto que, una gran cantidad de profesionales exponen que es más adecuado hablar de trastornos mentales ya que el concepto de “enfermedad mental” puede no adecuarse del todo a todos los síndromes mentales que se conocen actualmente (Caballero, 2007).

## **2.3 Vinculación histórica del Trabajo Social y la salud mental**

Después de haber tratado el concepto de salud mental en el apartado anterior, tenemos que tener en cuenta que la psicología como rama está muy vinculada al ámbito de lo social. Ya conocemos que ciertos factores sociales como la falta de empleo, la falta de recursos económicos y/o la falta de redes de apoyo beneficia el desarrollo de algún tipo de trastorno mental. Pero esto no es todo, la sociedad en la que vivimos, la cultura que nos rodea, los distintos determinantes sociales, nuestros contextos, pueden hacer que se desarrollen, modifiquen o desaparezcan ciertos trastornos mentales. Un ejemplo de esto es, la clara vinculación social que hay entre el aumento de casos de niños y niñas que son diagnosticados hoy en día con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH en adelante) y el auge de las tecnologías, videojuegos, redes sociales, etc. (Idareta, 2018).

En las últimas décadas se han creado diferentes formas de intervención con pacientes con enfermedades y trastornos mentales. Hasta hace no mucho, la intervención con este tipo de personas se limitaba a la medicalización e internamiento de las mismas en centros psiquiátricos. A día de hoy, la intervención psicológica es posible incluso desde la atención primaria (Gómez, 2017).

Es, a principios del siglo XX, en el año 1904, cuando en EE.UU. se empiezan a incorporar los/as primeros/as trabajadores/as sociales a hospitales psiquiátricos. La función del Trabajo Social en esta rama sanitaria era la de dar una perspectiva social, acompañar, contextualizar y abarcar los distintos determinantes sociales que podían llevar al desarrollo de un trastorno mental y, por ende, el internamiento de la persona. El principal motivo por el que se empezó a realizar esto es debido a la gran cantidad de centros psiquiátricos o “manicomios” que empezaron a crearse en la época. Es, a partir de aquí, cuando se va reconociendo la importancia de la profesión del Trabajo Social dentro del equipo de Salud Mental (Garcés, 2010).

En España, la atención a la salud mental se ha ido desarrollando de forma similar a otros países, es en los años 70 cuando se hace una reforma psiquiátrica en Europa. Esta reforma se basó en la llevaba a cabo unos años atrás en Italia, donde se empezaron a tratar a las personas que padecían algún trastorno mental de forma comunitaria, para así poder llegar a facilitar la reinserción sociolaboral de las mismas (Garcés, 2010).

No es hasta que la OMS cambia el concepto de salud al estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS, 2013). que las personas con enfermedades y/o trastornos mentales

pasan a ser vistas como individuos/as que cuentan con derechos y obligaciones que cumplir en la sociedad. Es decir, se prueba que estos individuos también precisan, y tienen derecho, a contar con una intervención multidisciplinar para su mejoría (Garcés, 2010).

También tenemos que destacar que, con la aprobación de la Ley General de Sanidad en España, la asistencia psiquiátrica empieza a ser abarcada de forma directa desde la atención primaria por parte del sistema sanitario, es aquí donde el Trabajo Social empieza a realizar con más profundidad su función de reinserción sociolaboral. La importancia de trabajar la salud mental desde el Trabajo Social es tan grande porque, desde esta profesión, no solo se tiene en cuenta el diagnóstico para intervenir con la persona, sino que se analizan los distintos determinantes sociales y el contexto de la persona afectada para llevar a cabo una intervención específica a la situación del/la individuo/a (Garcés, 2010).

#### **2.4 Determinantes sociales de la salud a la hora de desarrollar un trastorno mental**

Cuando caemos en el error de vincular la aparición y/o desarrollo un trastorno mental con el hecho de tener problemas cerebrales, lo que hacemos es perpetuar la concepción de que para la mejoría del individuo se va a necesitar el uso de psicofármacos, los cuales, en muchos casos, acaban causando daño y dependencia en los/as propios/as pacientes. Por esto mismo, tenemos que tener en cuenta que muchos trastornos mentales, a día de hoy, no tienen cura o medidas de prevención que sean realmente efectivas (Rodríguez, 2016).

Muchos autores hablan de cómo la concepción de la salud mental está deformada por su dependencia a la industria farmacéutica, esto es así porque basamos el desarrollo de trastornos mentales en la concepción biomédica de los mismos. Es decir, se considera que la aparición o el desarrollo de trastornos mentales está únicamente vinculado a problemas cerebrales, dejando de lado los factores sociales que determinan el contexto del paciente diagnosticado (Rodríguez, 2016). Un ejemplo de esto podría ser cuando hace unos años la Organización Mundial de la Salud formuló una pregunta que planteaba que ¿cuál es la finalidad de intervenir con personas que tienen alguna condición psicológica en el ámbito médico si luego no se van a atender sus situaciones sociales y personales? con esta pregunta se afirma que los problemas de salud mental detectados en nuestra sociedad actualmente, están totalmente vinculados a factores sociales, económicos, culturales y políticos (Jiménez et al., 2019).

El ámbito de lo social y el desarrollo de trastornos mentales está muy vinculado y es que, a pesar de que en la última década hayamos empezado a tomar más en cuenta la salud mental,

actualmente se sigue sin tener en cuenta que la salud está compuesta por diferentes aspectos (Sarmiento, 2017). Se puede afirmar entonces, la transversalidad del concepto de salud, se afirma entonces que la calidad de la salud de una persona está determinada por distintos determinantes. Los principales determinantes de la salud según la Organización Mundial de la Salud (2022) son los individuales, sociales y estructurales. Cuando hablamos de determinantes sociales de la salud nos referimos a que, las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan, viven y envejecen influyen en la calidad de la salud de las mismas (Figueroa y Campbell, 2014).

Cabe destacar que, dentro de estos determinantes, la pobreza, la vulnerabilidad social y la falta de recursos económicos son uno de los factores más vinculados al desarrollo de un trastorno mental. Esto no quiere decir que todas las patologías mentales sean adquiridas, algunas de ellas tienen una fuerte carga genética, como puede ser la esquizofrenia (Leiva et al., 2021).

En los 80, muchos estudios demostraron que la falta de recursos económicos afecta a la salud mental de los individuos. Aunque las consecuencias negativas en la salud mental de las personas debido a la falta de ingresos son más notables en los sectores más pobres, esto también afecta a la calidad de la salud mental de las personas con más ingresos (Figueroa y Campbell, 2014). Esto se debe a que, se establecen comparaciones sociales que son muy estresantes para las personas. Otro punto a tener en cuenta es que, la pérdida de calidad de salud mental debido a falta de ingresos es algo que también afecta de forma directa a los y las niños y niñas. De hecho, en países con sociedades más desiguales, el pasar de una clase social a otra es algo mucho más complicado, por no decir imposible, y se ha demostrado que los/as niños/as desde aproximadamente los 5 años son conscientes de la diferencia de estatus y clase social en la que se encuentra con respecto a otros/as niños y niñas de clases sociales superiores (Figueroa y Campbell, 2014).

Como menciona el autor Rodríguez (2016) dentro de los determinantes sociales también podemos encontrar los factores culturales. Cuando se habla de cultura se hace referencia a la forma de vida consensuada socialmente que se establece en una sociedad. La cultura es el principal punto por el que se desarrolla la identidad personal de los/as individuos/as, además de sus formas de vida. Los determinantes culturales deben de ser muy tenidos en cuenta al hablar del desarrollo de trastornos mentales porque, por un lado, se desarrollan prácticas sociales y de vida que ponen en riesgo o en peores condiciones de vida a determinados grupos y, por otro

lado, la cultura también influye en los demás factores sociales a través de las distintas interpretaciones que se le da en esa cultura a los propios factores de riesgo, restándole o dándole más importancia dependiendo de la interpretación social.

En definitiva, para que la salud física y mental de la población mejorase a niveles equitativos, se debería hacer más hincapié en que las políticas sanitarias tengan en cuenta los factores anteriormente mencionados, los estilos y formas de vida de los/as individuos/as. Además de, centrarnos más en la creación de políticas preventivas de la enfermedad, no tanto en la mejora de los sistemas sanitarios que ya tenemos, fomentando la prevención se podrían eliminar las causas que hacen que se desarrollen las enfermedades y/o trastornos mentales. Esto, sin duda, haría que el nivel general de salud de la población mejorase de manera exponencial (Bleda, 2006).

## **2.5 Tipos de trastornos mentales y prevalencia de los mismos**

Cuando se diagnostica un trastorno mental, lo que se está haciendo es categorizar una serie de síntomas y asignándole una etiqueta a la cual se ha llegado en consenso. Es decir, cuando hablamos de que alguien sufre “depresión”, “esquizofrenia” o “ansiedad”, lo que se hace es hablar de un conjunto de individuos/as que comparten unos síntomas o comportamientos similares. Esto es diferente en alguien que, por ejemplo, sufre de alguna enfermedad contagiosa, ya que a su diagnóstico se ha llegado a través de cultivos, mediciones o pruebas objetivas de detección. Es por esto que, tenemos que tener siempre en cuenta que cuando se realiza un diagnóstico por parte del área de la psiquiatría, la etiqueta que se asigna a la persona no es una realidad por sí misma, sino que no es más que la creación de un concepto/idea que intenta explicar/organizar la realidad de la persona con la que se está interviniendo (Vázquez et al., 2014).

El uso de los principales sistemas de clasificación, como pueden ser el sistema de “Clasificación Internacional de Enfermedades” (en adelante CIE), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y el “Diagnostic and Statistical Manual” (en adelante DSM), desarrollado por la Asociación de Psiquiatría Americana, no hace más que la información que se ofrece esté más organizada y que el tratamiento que se designa al usuario/a sea más acertado, al igual que su diagnóstico (Vázquez et al., 2014).

Por poner un ejemplo, en la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual (2014), publicado por parte de la Asociación de Psiquiatría Americana, se pueden encontrar los distintos

trastornos mentales aprobados y verificados para su diagnóstico en pacientes. En este manual encontramos trastornos como los del neurodesarrollo, el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos disociativos, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos compulsivos y otros trastornos relacionados, los trastornos disociativos, los trastornos de la alimentación y los trastornos de la personalidad entre otros.

Gracias en parte, a la presión por parte de las asociaciones fundadas y compuestas por familiares y personas afectadas por algún trastorno mental, a día de hoy, el interés por la salud mental y su cuidado ha ido aumentando exponencialmente. Esto es algo que se ha visto reflejado en las distintas políticas de salud mental que se han creado en Europa, aumentando así también los fondos de inversión para la investigación de la salud mental (Salvador et al., 2002). Aunque el presupuesto para la inversión en la salud mental haya ido aumentando en todos los países del mundo, tenemos que tener en cuenta que actualmente los países con bajos ingresos tienen un presupuesto del 0.5%, mientras que, en los países con altos ingresos, el porcentaje asciende al 5.1%. En general, el porcentaje de inversión en salud mental en los países del mundo es de apenas el 2.8% (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Aunque la salud mental forme parte de uno de los objetivos con más prioridad a nivel español (Salvador et al., 2002). En la Atención Primaria (en adelante AP) en España hay una gran prevalencia de personas que sufren trastornos mentales, se estima que casi el 50% de las personas atendidas en la AP por médicos/as de familia cumplen con los criterios para ser diagnosticadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y/o trastornos de somatización. Debido a esto, encontramos un alto número de casos no tratados y un porcentaje mínimo de casos a los que se les asigna un tratamiento eficaz (Ruiz et al., 2017).

Como hemos mencionado anteriormente, la mayoría de trastornos mentales más comunes (trastornos de ansiedad, somatización, depresión, del estado de ánimo, etc.) son observados en la AP. El problema radica en que, los/as médicos/as de cabecera no cuentan con casi tiempo para atender al paciente, esto desemboca en que, casi el 40% de los individuos que padecen trastornos de ansiedad y/o depresión no estén medicadas en España. Esto es algo a tener en cuenta porque, cuando se trata de diagnosticar otras enfermedades como puede ser la tensión alta o la diabetes, el porcentaje de personas a las cuales se les identifica la patología y se les asigna un tratamiento es casi del 100% (Ruiz et al., 2017).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud

(8 de junio de 2022), una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental. Según un informe de la OMS (2021), muchos de los trastornos mentales diagnosticados tienen su aparición en la adolescencia, es por esto que se consideran los problemas de salud mental uno de los problemas sanitarios más importantes que afectan a los adolescentes actualmente, esto es un dato que se ha de tener en cuenta porque, cuando los trastornos mentales no son diagnosticados y tratados adecuadamente, estos se alargan y complican a la edad adulta.

Como hemos visto anteriormente, la tipología de trastornos mentales es muy extensa y a pesar de que, existen opciones muy eficaces en lo relacionado a la prevención y tratamiento de estos trastornos, la mayoría de la gente no tiene acceso a una buena atención. Se ha de tener en cuenta que los trastornos mentales afectan a toda la población, a pesar de que en los adultos jóvenes se ven las consecuencias de los mismos de forma más directa ya que son la parte más productiva de la sociedad, tampoco podemos olvidar que estos también afectan a los/as niños/as (Valencia, 2007).

## **2.6 Marco legislativo**

Según la Organización Mundial de la Salud (2003), la existencia de un marco legislativo que regule la salud mental tiene las funciones principales de proteger y amparar los derechos de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, además de estar diseñada para promover la importancia de la salud mental y así poder prevenir el desarrollo de los distintos trastornos mentales.

Debido a que el colectivo de personas que padecen un trastorno mental tiene que hacer frente a la estigmatización, prejuicios, discriminación sociolaboral y violación de sus derechos, se ha visto la necesidad de crear un marco legislativo que ampare a dicho colectivo vulnerable.

### A nivel internacional:

El Consejo de Derechos Humanos de la ONU aprobó en 2017 la “Salud Mental y Derechos Humanos” donde se afirma el derecho de las personas a disfrutar del mayor nivel posible tanto de salud física como mental. Además de, recalcar que la salud mental es esencial en este propio derecho y que, sin salud mental no hay salud. Por otro lado, también se expone la necesidad de que cada país se asegure de que las personas con trastornos mentales puedan tener una vida de calidad (Confederación de Salud Mental de España, 2017).

También encontramos el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 creado por la OMS. Este plan ha sido actualizado, ya que el anterior estaba previsto hasta 2020, habiéndose planteado nuevas metas mundiales. En una línea general, este plan trata de promocionar y promover medidas sobre la salud mental y el bienestar de la población, se busca evitar problemas de salud mental en los individuos y poder garantizar que se va a dar una atención completa y eficaz a quien lo necesite (Organización Mundial de la Salud, 21 de septiembre de 2021).

En la declaración de Alma-Ata en 1978, la OMS declara que se necesita una intervención integral para mejorar la salud mental de la población, no solo se darán servicios, sino que se tendrá que tener en cuenta los factores sociales, económicos y políticos. Esto es a lo que hoy en día conocemos como determinantes de la salud (Boletín Oficial del Estado, 22 de abril de 2023).

#### A nivel estatal:

En el artículo 43 de la Constitución española (CE en adelante) “se reconoce el derecho a la protección de la salud”. Por otro lado, en el artículo 49 de la CE se reconoce la “atención a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y a los que ampararán para el disfrute de los derechos”.

Una cosa que tenemos que tener en cuenta es que, a nivel estatal no existe ninguna ley que regule la salud mental. No ha sido hasta este año que, en la Rioja se ha aprobado la primera ley de salud mental en nuestro país.

Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. En esta ley se contempla la salud mental como un conjunto de componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Con esta ley se pretende garantizar que se proteja la salud mental mediante su promoción, prevención, asistencia a aquellas personas diagnosticadas con un trastorno mental, su cuidado y rehabilitación. Esta ley no solo tiene en cuenta a la persona afectada, sino que también se contempla a su familia (Boletín Oficial del Estado, 22 de abril de 2023).

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, dentro del objetivo 3.4, se menciona la promoción de la “salud mental y el bienestar”

#### A nivel autonómico:

Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental. En este decreto se regula las funciones que tendrán los distintos dispositivos de atención a la salud mental, además de plantear la coordinación que se realizará entre ellos (BOJA, 17 de marzo de 2008).

Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA, 17 de marzo de 2008).

### **3. OBJETIVOS**

#### Objetivo general

- Realizar una revisión sobre la intervención profesional del Trabajo Social en el área de la salud mental.

#### Objetivos específicos

- Exponer los Servicios de Atención a la Salud Mental en Andalucía y englobar las principales funciones y protocolos de actuación del/la trabajador/a social en el ámbito de la salud mental.
- Identificar y explicar los tipos de estigmas vinculados a las personas diagnosticadas con un trastorno mental y desarrollar el papel del/la trabajador/a social a la hora de desmitificar los mismos.
- Entender el papel, y necesidad de intervención, del núcleo familiar en el tratamiento y recuperación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, además de reconocer la prevalencia de la figura femenina como principal cuidadora en este ámbito.

### **4. METODOLOGÍA**

El método usado para haber abordado el presente Trabajo Fin de Grado ha sido el cualitativo, este se ha completado a través de la revisión teórica convencional. Cuando hablamos de investigación cualitativa, hacemos referencia a la comprensión y análisis de los hechos que queremos analizar desde un punto de vista en el que estos hechos o fenómenos deben de estar en su ambiente natural e interactuando con su propio contexto (Hernández et al., 2010).

Después de haber definido el concepto de metodología cualitativa, se explicará el qué es la revisión teórica, ya que esta ha sido la forma en la que se ha abordado este presente Trabajo Fin de Grado. Entendemos por revisión teórica al proceso por el cual se buscan contribuciones pasadas y presentes sobre el tema que se está tratando. Con la búsqueda de teoría ya escrita, podemos realizar nuevas hipótesis, contrastar lo que se está exponiendo e incluso apoyar o desacreditar distintos puntos de vista que se tengan (Arnau y Sala, 2020).

Lo primero que se realizó a la hora de comenzar a abordar la temática fue determinar las palabras clave que se iban a utilizar para comenzar la búsqueda. En este caso se usaron, entre otros, los conceptos: Trabajo Social y salud, enfermedad mental, trastorno mental y determinantes sociales, Trabajo Social en salud en España, historia del Trabajo Social en España, concepto de salud.

La segunda fase se comenzó cuando se tuvieron claros los conceptos que se iban a usar para la búsqueda teórica. Se empezó a buscar, sobre todo, en buscadores genéricos como pueden ser Google y Google Académico. También se utilizó la biblioteca virtual de la Universidad de Jaén como fuente de búsqueda de libros. Además de esto, se han usado otras bases de datos como puede ser Dialnet y Scielo para la búsqueda de revistas, libros, tesis, etc. Por otro lado, también se realizó la búsqueda de normativa legal y reguladora sobre la salud mental en España. Con la primera documentación seleccionada se realizó una lectura superficial del resumen y/o introducción de la misma, en base a si los archivos cumplían el criterio de contener las palabras clave anteriormente mencionadas o no.

El tercer paso fue descartar aquella documentación que no lograba satisfacer los objetivos planteados en el trabajo, ya fuese porque abarcaba una temática diferente o porque la información y/o documentación que se aportaba era muy antigua. Esto se realizó mediante una lectura más exhaustiva de la documentación encontrada, tras esta lectura en profundidad se seleccionó definitivamente aquella documentación que se iba a usar ya que esta cumplía con los criterios necesarios para su utilización.

Algunos de los criterios que se usaron a la hora de seleccionar qué información usar fueron: la antigüedad de la teoría, la información que aportaba, si se abarcaba la temática que englobaban los criterios clave usados, la claridad explicativa de la información que se estaba exponiendo

El cuarto, y último, paso llevado a cabo fue comenzar la estructuración, unificación y

redacción del presente Trabajo Fin de Grado a partir de la información encontrada en las diferentes fuentes de información.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Los estigmas asociados a los trastornos mentales y el papel de la profesión del Trabajo Social en su deconstrucción**

El término “estigma” ya se usaba en la antigua Grecia para hacer referencia a aquellas personas que tenían algo “malo” o “raro” que las hacía reconocibles, a estas personas se les debía eludir, sobre todo en sitios públicos (Flores et al., 2012). El nacimiento del estigma es puramente social, por esto mismo, lo que hace unas décadas era motivo de estigmatización ahora no lo es, o lo que en una cultura resulta estigmatizante, en otras no se tiene siquiera en cuenta (Aretio, 2009).

La persona a la cual se está estigmatizando pasa por un proceso en el cual, por un lado, ella misma es consciente de que está siendo estigmatizada, es consciente de que parte de su forma de ser y/o atributos son algo que la sociedad no valora positivamente y, por otro lado, debido al proceso de socialización la persona asume que lo que la sociedad dictamina es lo correcto, interiorizando consecuentemente su propia estigmatización. Este proceso concluye en que la persona estigmatizada asume como parte de su personalidad el motivo por el cual está siendo estigmatizada, además de poner todas las herramientas y técnicas posibles para intentar ocultar esa parte que la hace “diferente” al resto (Aretio, 2009).

En algunos estudios realizados se establece que actualmente, las conductas y/o posturas tomadas hacia las personas con algún tipo de trastorno mental diagnosticado se han vuelto más estigmatizantes en los últimos años. Se asocia como una de las principales causas de esto el papel de los medios de comunicación (Aretio, 2009).

Los individuos que padecen de un trastorno mental, la mayoría de las veces, tienen que enfrentarse a una doble problemática. Por un lado, tienen que hacer frente al propio trastorno mental, es decir, a los síntomas físicos y psicológicos que están vinculados a este. Estos síntomas pueden variar dependiendo del trastorno mental, pero, por lo general, la sintomatología afecta a las personas diagnosticadas tanto en su calidad de vida como en el desarrollo de actividades de la vida diaria. Por otro lado, las personas que padecen un trastorno mental, también se ven sometidas a los estigmas asociados al determinado trastorno, deben

hacer frente a discriminación y respuestas negativas por parte de la sociedad. A esta última problemática también debemos sumarle la presencia del autoestigma, esto sucede cuando la persona diagnosticada asume y normaliza la discriminación y las respuestas recibidas por parte de la sociedad, como consecuencia su autoestima y la autovaloración se ven totalmente destruidas (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Cuando se habla de estigma hacia los trastornos mentales se hace referencia a la concepción y visión negativa que se tiene sobre las personas diagnosticadas y sobre el trastorno en sí. Esta concepción negativa se forma a raíz de prejuicios creados y falta de información contrastada sobre la temática. Como hemos mencionado anteriormente, se pueden encontrar dos tipos de estigmas (estigma social y autoestigma), los cuales son unos de los principales motivos por los que muchas de las personas que sufren de un trastorno mental evitan la visita a un/a profesional de la salud mental, retrasando consecuentemente el diagnóstico y el tratamiento de la patología (Casañas y Lalucat, 2018). No se puede obviar tampoco que las características personales influyen también en la discriminación sufrida. Categorías como ser mujer, la etnia, la clase social, el nivel de peligrosidad que perciban los demás sobre el/la sujeto e incluso el tipo de tratamiento que se asigna al trastorno mental (estancias en el hospital, centros de día, el tipo de medicación) favorecen o disminuyen la gravedad de la discriminación (Flores et al., 2012).

Otro punto que se debe mencionar cuando se habla de los estigmas relacionados con los trastornos mentales, y las personas que los padecen, es la medicación. La visión que se tiene del consumo de psicofármacos para tratar las patologías mentales como, por ejemplo, los antidepresivos como tratamiento de la depresión, es que, las personas que consumen este tipo de medicación son débiles y no saben afrontar los obstáculos por sí mismas. A su vez, el uso de psicofármacos se suele relacionar con el padecimiento de trastornos mentales mucho más graves (Flores et al., 2012).

Los efectos adversos de los estigmas a las personas con trastornos mentales no solo afectan a las mismas, sino que afecta directamente a la familia y allegados más cercanos de igual forma. Esto es así porque las personas cercanas a las personas diagnosticadas con una patología mental, en muchas ocasiones, tienen que ayudar a la persona diagnosticada económicamente o en periodos de recaída donde esta no puede valerse por sí misma. Como consecuencia, la red social de estas familias, y de la propia persona con la patología mental, se ve drásticamente menguada (Mora et al., 2013).

Según Aretio (2009) algunas de las consecuencias de la estigmatización a las personas que sufren una patología mental pueden resumirse en:

- Disminución de los derechos: se da una limitación en el acceso a los recursos sociales disponibles, lo que implica, por ende, una disminución de los derechos sociales de las personas. El colectivo de personas diagnosticadas con un trastorno mental es discriminado a su vez por otros colectivos ya previamente discriminados socialmente, como pueden ser las personas con algún tipo de discapacidad física. Esto produce que, por ejemplo, la búsqueda de empleo o la compra de una vivienda propia sea mucho más complicada.
- Rechazo de la sociedad: como consecuencia de la visión negativa que se tiene hacia las personas con una patología mental, muchas de las personas que tienen la sospecha de padecer un trastorno mental ni siquiera son capaces de acudir a un/a profesional de la salud mental por miedo a ser oficialmente diagnosticados, y, por ende, a tener que hacer frente a las consecuencias sociales de dicho diagnóstico.
- Discriminación en el sistema sanitario: al comparar la atención recibida por parte de los/as profesionales sanitarios, se encuentra que en el ámbito de la salud mental hay una atribución inferior de recursos con respecto a otras patologías de la salud.

Se encuentra entonces que, como resultado de la estigmatización sufrida la mayoría de estas personas diagnosticadas no se sienten seguras interactuando con otras personas que no sufran patologías mentales. Este miedo a la hora de interactuar con personas que no tengan algún trastorno mental desemboca en aislamiento social, a su vez, el aislamiento social está directamente relacionado con el peor desarrollo de habilidades sociales en los individuos, lo cual, en conclusión, empeora el trato igualitario al que se quiere llegar (Aretio, 2009).

Al hilar la temática, se observa que el/la profesional del Trabajo Social ha sido de gran relevancia en el área de la salud mental, gracias a las aportaciones realizadas por parte de esta profesión, se están pudiendo desarrollar técnicas y estrategias destinadas a la eliminación de los estigmas y prejuicios sufridos por aquellas personas que sufren un trastorno mental (Revilla, 2022). Para esto, los/as trabajadores/as sociales deben respetar en todo momento el principio de libre elección de los/as usuarios/as, se debe acompañar en el proceso de intervención, siempre respetando su derecho de autodeterminación, fomentando, consecuentemente, una

intervención lo más normalizada posible (Armesto, 2016).

Desde el Trabajo Social se tiene la función de interceder y respaldar, mediante una adecuada intervención, a aquellas personas y familias que sufren estigmatización y discriminación, abogando por sus derechos. Es imperativo que, desde el Trabajo Social, se actúe para la protección y visibilización de la salud mental a través de la investigación, prevención y concienciación de la población. Desde esta profesión se debe demandar una asistencia pública de calidad para las personas en materia de salud mental (Delgado y Carbonell, 2024).

## **5.2 Servicios de Atención a la Salud Mental en Andalucía**

A día de hoy, la asistencia médica a los problemas de salud mental de la población se da mediante un conjunto de servicios especializados que están repartidos en los distintos territorios de las distintas comunidades autónomas. Dependiendo de los distintos planes de salud mental de cada comunidad autónoma, estos servicios se implementan de una forma u otra. En 2006 se establecen los servicios que se prestarán por parte del Sistema Nacional de Salud con respecto a la salud mental, estos servicios oscilan desde actuaciones para prevenir y promocionar la salud mental, hasta el diagnóstico y el determinado tratamiento de los trastornos detectados en el/la usuaria. Cada comunidad autónoma debe poder garantizar que la población puede acceder a estos recursos mencionados anteriormente, e incluir otros servicios que crean necesarios (Garcés, 2010).

Según el Servicio Andaluz de Salud (2019), la Comunidad Autónoma de Andalucía gestiona la materia de la salud mental de tres formas. En primer lugar, desde la atención primaria, en segundo lugar, con los servicios especializados de salud mental y en tercer lugar en los servicios de urgencias. Desde la atención primaria, es el/la médico/a de familia quien se encarga de derivar, en caso de que sea necesario, al/la paciente a los *equipos de Salud Mental de Distrito* que le corresponda según su lugar de residencia, desde esta unidad de salud mental es donde se planteará el abordamiento del trastorno mental, en caso de que sea necesario se podrá derivar al/la paciente a otro recurso aún más especializado como pueden ser las unidades de Salud Mental Comunitaria, las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospitales de Día, Comunidades Terapéuticas, etc. En otros casos, la derivación a los equipos de Salud Mental de Distrito se puede haber realizado por parte de los Servicios de Urgencias Hospitalarios o incluso a través de Servicios Sociales, Autoridades Judiciales, etc.

En definitiva, según el Sistema Andaluz Sanitario (2019), la red de asistencia en materia

de salud mental en Andalucía está formada por:

- Equipos de Salud Mental de Distrito: como se ha mencionado anteriormente, es la primera fase en donde se atienden a la gente con una patología mental, estas unidades se coordinan con los demás instrumentos de atención a la salud mental. Se atiende aquellos casos derivados por la Atención Primaria, atendiendo a población de todas las edades.
- Unidades de salud mental infanto-juvenil: integra la intervención con menores y adolescente, tanto de forma ambulatoria como con hospitalización de forma completa o parcial.
- Unidades de rehabilitación de salud mental: se fomenta la reinserción social y laboral, desde el régimen ambulatorio de aquellas personas con un trastorno mental. Estas unidades están normalmente situadas en zonas urbanas ya que su función principal es dar asistencia a aquellas personas que sufren un trastorno crónico y necesitan una atención continuada, se realizan actividades programadas durante todo el día, varios días a la semana para que el/la usuario/a ocupe sus días.
- Hospitales de día de salud mental: recurso considerado como el punto intermedio entre las unidades de salud mental comunitarias y la hospitalización completa en materia de salud mental. Se da una hospitalización de forma parcial, normalmente se encuentran dentro de los propios hospitales.
- Unidades de hospitalización de salud mental: se da una hospitalización completa a aquellas personas que sufren de algún tipo de crisis grave en materia de salud mental. Se encuentran dentro de los hospitales generales, donde también suele haber unas urgencias psiquiátricas dentro de la propia Atención a Urgencias. Se suelen contarse con unas 15-30 camas para la hospitalización en el área de salud mental.
- Comunidades terapéuticas de salud mental: servicio en el cual se da una atención de media y larga estancia, se desarrollan distintas actividades y programas para intervenir las situaciones que padecen las personas ingresadas.

Según la Junta de Andalucía (2019), estos recursos siempre están formados por un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales y administrativos/as. La actividad llevaba a cabo por estos recursos es la de considerar las necesidades que tengan los/as personas afectadas por una patología mental, a través de un determinado tratamiento farmacológico y psicosocial.

### **5.3 Funciones del/la trabajador/a social en el ámbito de la salud mental**

La profesión del Trabajo Social tiene la característica de que la figura del/la trabajador/a social participa en la coordinación de los servicios sociales y el propio sistema sanitario. Es totalmente necesaria la implicación de la profesión del Trabajo Social en la intervención con pacientes con alguna psicopatología mental ya que, el tratamiento de estos/as pacientes debe ir más allá del psicofarmacológico, se debe tratar con la persona para poder integrarla en su propio contexto y en la sociedad (Idareta, 2018). La importancia de integrar una perspectiva social al tratamiento de las personas con patologías psicológicas no es más que la reivindicación de una atención integral a la salud de los/as ciudadanos/as, es por esto que el papel fundamental del Trabajo Social es la de incluir y facilitar servicios e información, tanto a corto como largo plazo, a aquellas personas, y familiares, que están en el proceso de tratamiento y/o recuperación de un trastorno mental (Garcés, 2010).

Los/as profesionales del Trabajo Social, a lo largo de la historia, han tenido que ir determinando sus espacios de trabajo e ir haciéndose hueco entre las funciones de los demás profesionales que componen los equipos multidisciplinarios. En la esfera de la salud mental las funciones que son encargadas al trabajador/a social son definidas por las diferentes instituciones en las que estos/as se encuentren, estas funciones pueden variar dependiendo de la institución, pero algunas de las funciones básicas pueden resumirse en si hay (Garcés, 2010):

#### **➤ Atención directa**

Se intervendrá con los/as individuos, familias y grupos que manifiestan tener dificultades de salud. Se realizará una investigación para ver las necesidades que plantean los/as individuos/as y las diferentes situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran. Tras este diagnóstico se realizará una valoración a raíz de la cual se planteará la intervención que se llevará a cabo, esta intervención deberá ser consensuada y aprobada por los demás miembros del equipo multidisciplinar (Revilla, 2022). La intervención directa se llevará a cabo mediante

entrevistas con la persona, acompañamientos, orientación e información, visitas a domicilio en caso de que sea necesario, intervención con la familia para incluirlas en el proceso, derivación de los/as usuarios/as a otras entidades y/o recursos en caso de ser necesario, etc. (Garcés, 2010).

#### ➤ **Atención indirecta**

Se engloba la intervención preventiva y de inserción social, además de la promoción de la salud. La finalidad última del/la profesional es la de integrar al individuo en la sociedad, otorgándole las herramientas necesarias para que pueda incorporarse de la forma más homogénea posible a su medio familiar y social. Esto se realizará mediante la creación de diversas técnicas de participación como pueden ser los grupos de autoayuda o incluso incentivando la participación del/la usuario/a en asociaciones relacionadas con su problemática, se incentivará también el uso de otros recursos más específicos en caso de que sea necesario, como, por ejemplo, centros de día, residencias, etc. Desde la profesión del Trabajo Social también se impulsará al/la usuario/a a hacer uso de su tiempo libre de la forma más sana posible (Garcés, 2010).

### **5.4 Modelos de intervención y protocolos de actuación en el área de la salud mental desde la profesión del Trabajo Social**

Según el Consejo General de Trabajo Social (2020), el Trabajo Social es la profesión que se encarga de intervenir en aquellas cuestiones que no comprende el ámbito sanitario, es decir, se abarca el ámbito de lo social y lo comunitario. El objetivo principal, en este caso, es el de intervenir con la persona buscando fomentar su autonomía y capacidades personales, su inclusión laboral y social, para esto se motivará la participación del/la usuario/a en el propio proceso de rehabilitación a través de los recursos necesarios, redes de apoyo y familiares con las que pueda llegar a contar.

Actualmente el modelo de intervención más usado en el ámbito de la salud mental es el “modelo rehabilitador” o “modelo biomédico”, en este modelo se identifican los síntomas del trastorno y se establece un plan de tratamiento de acuerdo a la sintomatología del/la paciente. El papel del Trabajo Social en este primer modelo es la de acompañar y capacitar a la persona diagnosticada en su proceso de recuperación, favoreciendo así, consecuentemente, su integración social. Una de las objeciones más usadas ante este modelo es que este favorece la visión de que es, en primera instancia, el/la paciente con una patología mental quien tiene que buscar integrarse y/o modificar sus comportamientos para que estos estén en concordancia con

lo que es aceptado socialmente. Es por esto mismo que, en oposición al “modelo rehabilitador” surge el “modelo social”. Con este último modelo de intervención se busca manifestar la individualidad de las personas, dejando atrás la concepción de homogeneidad presente en la sociedad actual, trata de indagar en las diferencias de las personas. Se culpa, en última instancia, a las propias estructuras sociales de generar las desigualdades y diferencias entre las personas, exponiendo, por ende, a estas a una situación de vulnerabilidad (Zorrilla y Cazorla, 2022).

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo usado actualmente para intervenir en el área de salud mental se basa en que un equipo multidisciplinario realizar un plan de intervención y recuperación que es implementado en el/la usuario/a. A pesar de esto, el/la usuario/a siempre tienen la capacidad de participar en la elaboración de su plan de intervención, motivar la participación de la persona en su proceso de rehabilitación es preciso para fomentar tanto su autonomía personal como el desarrollo de sus capacidades (Zorrilla y Cazorla, 2022).

En caso de que se intervenga con pacientes con una patología crónica, la función del/la trabajador/a social es asistencial en su mayoría. Se pone en contacto al/la usuario/a con los recursos que sean necesarios o se crean proyectos y programas dirigidos a la recuperación de la persona. Por otro lado, si hablamos de pacientes en estado de crisis, se busca intervenir con ellos de modo que se pueda menguar la crisis en la que se encuentran, derivándolos a otros servicios en caso de que sea necesario e interviniendo con ellos para fomentar la rehabilitación temprana. En ambos casos, el/la trabajador/a social comenzará la intervención realizando una entrevista inicial en la que se busca obtener toda la información posible tanto del/la paciente como de sus redes de apoyo y familiares, a raíz de esta entrevista se comenzará la elaboración del Programa Individualizado de Tratamiento (PIT en adelante) (Martín, 2014).

Para poder lograr la capacitación del/la usuario/a se deberá de realizar siempre un PIT, este programa deberá plantearse teniendo en cuenta los recursos disponibles de la persona, atendiendo a sus redes sociales y familiares y demás apoyos. La figura del/la trabajador/a social ejerce una posición de intermediario/a entre la institución y la persona diagnosticada, su familia y el/la propio/a psiquiatra, además de este papel, también se encarga de satisfacer las necesidades que plantean los/as usuarios/as, ya sea a través de recursos sociales y/o económicos (Martín, 2014).

La herramienta más utilizada a la hora de intervenir en el área de salud mental por parte de la profesión del Trabajo Social es la entrevista semiestructurada, con este instrumento se le

da libertad de expresión a la persona en todo momento. Por otro lado, otras de situaciones abordadas por parte de los/as profesionales es la de incapacitar legalmente a las personas que se considere necesario, buscando así proteger sus derechos e intereses, a pesar de esto siempre se usará esta medida en última instancia, se optará por abogar por el desarrollo de la autonomía personal del/la usuario/a en todo momento. En caso de que se declare la incapacidad legal, será el/la profesional del Trabajo Social quien haga un seguimiento del/la tutelado/a y el/la tutor/a legal (Martín, 2014).

Para concluir, podemos destacar la importancia de combatir la exclusión, barreras de acceso y los prejuicios a los que hacen frente las personas diagnosticadas con un trastorno mental a través de programas y proyectos que fomenten la equidad y la adquisición de nuevas redes sociales, evitando así que las personas que padecen un trastorno mental se aíslen. La falta de capital social es algo que caracteriza a las personas que sufren de un trastorno mental, sus círculos sociales acaban menguándose hasta que se ven limitados a las personas con las que conviven y/o interactúan en los servicios especializados de salud mental, por esto mismo la creación de programas y actividades colectivas fomentarían la adquisición de nuevas redes sociales por parte las personas con una patología mental (Zorrilla y Cazorla, 2022).

### **5.5 Trabajo Social y Cuidados: el papel de la familia como cuidadora y la intervención familiar**

Los trastornos mentales es un fenómeno que han sido investigados por muchos/as autores/as a lo largo de los años, gracias a estas investigaciones se ha visto la vinculación directa que existe entre el desarrollo de un trastorno mental, la sociedad, el contexto y la familia. Debido a esto, a día de hoy se estudia la conexión entre los trastornos mentales y la familia y como esta relación afecta de forma directa en la recuperación de la persona diagnosticada (Cardona et al., 2012).

Tal y como se impone en el matrimonio por parte de los valores cristianos, se debe permanecer juntos tanto en la salud como en la enfermedad, tanto en las victorias como en las adversidades, en las buenas y en las malas. En el ámbito de la familia sucede un fenómeno similar, a pesar de que con el paso del tiempo se haya ido modificando el concepto de “familia” y lo que este abarca, las dinámicas familiares aún poseen características patriarcales. Las familias de personas diagnosticadas con un trastorno mental tienen dinámicas de actuación que se ven determinadas por la afección, responsabilidad y culpa cuando hablamos de los cuidados

que ofrecen a el/la afectado/a (Solano y Vásquez, 2014).

En muchas ocasiones, las personas que padecen un trastorno mental se ven obligadas a recibir cuidados específicos para sobrellevar las necesidades derivadas de la patología mental que sufren, estos cuidados son en su mayoría asumidos por las propias familias del/la afectado/a (Navarro y Carbonell, 2018). Cuando hablamos de la figura del/la “cuidador/a familiar”, nos referimos a una persona que forma parte del núcleo familiar de la persona diagnosticada y que ejerce la función de cuidador/a sin obtener ningún tipo de remuneración económica por su trabajo (Piñeiro et al., 2017).

La figura de referencia de estos cuidados, es decir el/la cuidador/a, suele verse expuesta a retos diarios y factores de estrés que suelen derivar en que la persona desarrolle el llamado “Síndrome del cuidador”. Este síndrome se desarrolla cuando el/la cuidador/a debe hacer frente a las consecuencias, manifestaciones y síntomas del trastorno mental, por ende, la figura del cuidador/a puede llegar a experimentar sentimientos negativos e incluso verse “obligado” a rechazar ofertas de trabajo y/o planes en su tiempo libre por tener que dedicar su tiempo a la persona diagnosticada. La gran cantidad de tiempo dedicada por parte de la figura cuidadora a la persona con la patología mental desencadena en que sus relaciones sociales van disminuyendo, situando, al fin y al cabo, a la persona cuidadora en una situación de vulnerabilidad social a la que anteriormente no estaba expuesta (Navarro y Carbonell, 2018).

En definitiva, la existencia de una persona con una patología mental en el núcleo familiar facilita la alteración de todos los demás miembros de la misma, sobre todo de la figura del/la cuidador/a, el/la cual desea proporcionar la mejor asistencia posible, obviando, la mayoría de las veces el cuidado de su propia salud (Piñeiro et al., 2017).

Varios autores/as coinciden en que, la asunción del cuidado de una persona con una patología mental diagnosticada, sobre todo si es un trastorno mental grave y crónico, hace que sea más complicado para el/la cuidador realizar su papel, que si hablásemos de asumir el cuidado de una persona dependiente por otras características y/o patologías diferentes. Esto es así debido a que, por un lado, no se ofrece ningún tipo de formación donde el/la cuidador/a pueda obtener técnicas para saber intervenir en situaciones de crisis o donde aprenda a cómo atender a la persona de una forma eficiente y adecuada y, por otro lado, se tiene que hacer frente al estigma, falsas creencias y situaciones de discriminación que sufren las personas con una patología mental (Navarro y Carbonell, 2018).

Con el paso del tiempo, los modelos que se aplicaban para la intervención con personas declaradas dependientes han ido variado, actualmente en España el modelo social se aplica a las personas que se encuentran en una situación de dependencia. Este modelo propicia la sustentación de la persona dependiente en el núcleo familiar, por ende, las familias se vuelven las sustentadoras del cuidado. Las familias las cuales deben hacerse cargo de un/a familiar dependiente deben recibir una educación sanitaria que promueva el poder desarrollar el mejor cuidado posible a la persona, además de estimar las repercusiones que puede tener en la figura del/la cuidador/a el ejercicio de este trabajo (Navarro y Carbonell, 2018).

En el caso de que la persona que padece un trastorno mental no pueda acceder a otros servicios, sería la familia, concretamente la persona que ejerza de cuidador/a, quien tendrá que hacerse responsable del cuidado y supervisión de la persona (Solano y Vásquez, 2014). Por esto, la familia debe estar siempre incluida en el tratamiento que se asigne a la persona, la participación del seno familiar puede traer grandes beneficios a la intervención, ya que el propio núcleo familiar puede facilitar información sobre la persona diagnosticada y las dificultades que se observan que esta misma padece (Lema, 2014).

Asimismo, debemos tener en cuenta que, no todas las familias poseen la misma capacidad de afrontamiento hacia un trastorno mental. Cuando hablamos de “capacidad de afrontamiento” hacemos referencia a la capacidad de los individuos de hacer frente a situaciones, crisis o contextos que resultan angustiosos, abrumadores y/o extremos. Dependiendo de las características personales de los individuos que conforman el seno familiar, se tendrá más capacidad de afrontamiento de situaciones de crisis o menos. En muchos casos, las familias acaban culpabilizando a la persona con la patología mental sobre su propio comportamiento, estos sentimientos negativos hacia la persona diagnosticada pueden ir variando dependiendo de si la persona acaba de ser diagnosticada o ya lleva mucho tiempo padeciendo el trastorno (Lema, 2014).

En definitiva, el padecimiento de un trastorno mental dentro de un seno familiar produce cambios tanto a nivel psicológico, como emocional y económico en los/as individuos/as que conforman el mismo. La inquietud a la hora de afrontar esta nueva situación y/o dinámica, hace que, en muchas ocasiones, se tengan que generar diferentes funciones para los miembros, nuevas rutinas, formas de interactuar, nuevas costumbres, etc. (Lema, 2014).

Es de suma importancia tratar el papel de la familia, ya que, una de las funciones

principales del/la profesional del Trabajo Social engloba la potenciación de la mejoría del miembro familiar que presente las necesidades de intervención (Ramírez, 1992). Será el/la profesional del Trabajo Social quien se encargue de paliar las consecuencias derivadas del padecimiento de un trastorno mental, estas consecuencias pueden variar desde la incapacidad funcional a la dependencia moderada o severa, e incluso la sobrecarga familiar como hemos estado viendo (Martín, 2014). Se deberá hacer frente también a los posibles sentimientos negativos experimentados por parte del núcleo familiar, sentimientos como angustia, miedo, inquietud, impasibilidad, entre otros (Ramírez, 1992).

## **5.6 La mujer como figura cuidadora principal de personas con trastornos mentales diagnosticados e intervención desde la profesión del Trabajo Social**

En las publicaciones sobre perspectiva de género se ha hecho hincapié en diferenciar entre el concepto de sexo y género. Cuando hablamos de sexo hacemos referencia a las diferencias biológicas y anatómicas entre hombres y mujeres. El concepto de género hace referencia a la construcción social por la cual se determina el comportamiento, actitud y percepciones asociadas a ser mujer y ser hombre (Barroso, 2019).

En muchas ocasiones las personas que sufren de alguna patología mental requieren de cuidados para desarrollar las actividades de la vida diaria, además de para potenciar su autonomía y capacidades. En este apartado se relatará la vinculación directa entre las mujeres y la figura que ejerce estos cuidados informales. Cuando hablamos de “cuidado informal”, hacemos referencia a la actividad por la cual una persona se hace cargo y presta una serie de servicios a otra que padece alguna patología sin recibir una retribución económica por dicha actividad. Actualmente, los cuidados informales siguen estando desarrollados, en su mayoría, por mujeres (Larrañaga et al., 2008).

Otro aspecto importante a señalar es la vinculación que se realiza del mal funcionamiento del seno familiar con la sobrecarga del/la cuidador/a, con las horas dedicadas a dicho cuidado y con la convivencia en el mismo hogar de la persona dependiente y el/la cuidador/a. En algunos casos, se ha evidenciado que los esfuerzos dedicados por parte de la familia, en muchas ocasiones, están directamente relacionados con la esperanza de que la persona dependiente pueda llegar a mejorar en un futuro y, consecuentemente, no requiera de tantos cuidados. En otros casos, las familias simplemente asumen que deben dedicar sus esfuerzos, recursos y tiempo en el cuidado de la persona que padece el trastorno mental, sin quiera pensar en otras

posibles vías de actuación, ya que para ellos/as el cuidado de un miembro de la familia es una responsabilidad de la cual no pueden o quieren desligarse (Izquierdo et al., 2016).

Las consecuencias negativas que se producen al cuidar de alguien quedan plasmadas en las diferencias a nivel de salud presentadas entre hombres y mujeres y, consecuentemente, en las exposiciones a riesgos y disparidad a la hora de acceder a recursos (Larrañaga et al., 2008). Las mujeres deben hacer frente a estas consecuencias negativas debido a que, actualmente en España, la asistencia a las personas enfermas se realiza fomentando la estancia de la persona que sufre la patología dentro de su núcleo familiar, teniendo este que asumir los cuidados de la persona, más específicamente, es un rol que se ve asumido por la mujer. A pesar de que el cuidado recibido en el hogar sea prestado por asociaciones, voluntariado o incluso entidades privadas, en última estancia también son mujeres las que prestan estos servicios como forma de trabajo remunerado (Markez et al., 2001).

En general, en el ámbito de los cuidados, se puede observar que la asunción de las tareas de cuidado por parte de las mujeres se concibe, en la mayoría de los casos, como algo “natural” e “innato”, este argumento no desmerece la aportación de los hombres a las tareas de cuidados, simplemente se trata de exponer que, la connotación y expectativas que se depositan en hombres y mujeres a la hora del cuidado son totalmente diferentes. Por ejemplo, si un hombre tiene que dejar de lado las tareas o actividades de cuidado se entiende como una situación normal e incluso se justifica la decisión tomada, mientras que, si esta misma situación se extrapola a una mujer, se asume que está intentando huir de sus responsabilidades y se la culpabiliza por la decisión tomada (Valderrama, 2006).

A pesar de que actualmente se pueda depender de las políticas sociosanitarias y del sector privado para cuidar e intervenir con las personas que tienen alguna patología, la conservación de la buena salud no podría alcanzarse sin la colaboración de las familias y, en general, de los cuidados informales. Una representación de esto puede ser el papel que ejerce la mujer, en su mayoría, como nexo entre el sistema sanitario y la persona con la patología físico y/o psicológica, ya bien sea solicitando la intervención con el/la usuario/a, asistiendo a las citas médicas, siendo el contacto de emergencia, quedándose en los casos de hospitalización, pidiendo las bajas laborales en casos de crisis, o requiriendo el seguimiento de la patología por parte del sistema sanitario (Valderrama, 2006).

El cuidado de personas con un trastorno mental diagnosticado se considera de las tareas

de cuidado que más sensaciones contradictorias despierta en las personas, esto puede deberse a varios factores. Por un lado, tenemos que tener en cuenta que los trastornos mentales tienen muchas y diferentes formas de manifestarse, y, por otro lado, muchos de los trastornos que se diagnostican suelen ser crónicos. Si a esto le sumamos la falta de información y/o formación sobre cómo desenvolverse y actuar con las personas con una patología mental, los estigmas que se tienen asociados a estos trastornos mentales y los prejuicios, como resultado obtenemos que la mayoría de los/as cuidadores/as informales suelen experimentar sentimientos como angustia, temor, irritabilidad y ansiedad ante lo desconocido entre otros (Pozo et al., 2017).

Podemos destacar que, desempeñar el rol de cuidador/a de una persona con un trastorno mental es un reto el cual conlleva situaciones estresantes, las cuales acaban afectando tanto física como psicológicamente a la persona que desempeña esta función. Es por esto que se deben destinar medidas de prevención y concienciación hacia la persona que ejerce de cuidador/a, evitando, consecuentemente, situaciones de sobrecarga y/o estrés (Pozo et al., 2017).

No se puede concluir sin antes mencionar que, la profesión del Trabajo Social ha estado históricamente feminizada, es por esto que, los/as trabajadores/as sociales deben de ser capaces de intentar aplicar siempre una perspectiva de género que los/as ayude a evidenciar las situaciones de discriminación a las que tienen que hacer frente las mujeres. Además del desarrollo de programas, propuestas, intervenciones, talleres, proyectos que faciliten recursos, apoyo y espacios de concienciación y socialización para que estas mujeres cuidadoras puedan desligarse del contexto del cuidado. Debido a la magnitud de la problemática, este debería de ser uno de los objetivos prioritarios de la profesión del Trabajo Social (Cañizares, 2014).

## **6. PROPUESTAS DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

Desde la profesión del Trabajo Social se busca intervenir con la comunidad a través de la prevención y promoción, esta intervención se lleva a cabo a través del Trabajo Social Comunitario. Pese a todo, el trabajo comunitario está, poco a poco, perdiendo valor y e importancia con respecto al Trabajo Social individual, más centrado en la asistencia de los/as usuarios/as a través de las diferentes entidades (Zorilla et al., 2022).

Una de las propuestas que se exponen en este presente Trabajo Fin de Grado es la de fomentar los movimientos sociales y el asociacionismo, se busca promover el movimiento de

los/as individuos/as para la defensa y reivindicación de sus derechos. Con la participación de los movimientos sociales en las tomas de decisiones como activos políticos se acabarán teniendo en cuenta más contextos y realidades que son obviadas cuando la toma de decisiones queda en manos de una minoría. Trasladando esta idea al conjunto de personas diagnosticadas con un trastorno mental se ve que, la implicación de grupos de personas que den voz a la promoción de distintas diversidades y visibilidad a la heterogeneidad de los contextos lleva a que la mirada social del conjunto de ciudadanos/as se vaya modificando poco a poco, dejando atrás prejuicios y estigmas asociados a dicho colectivo de personas (Zorilla et al., 2022).

Otra de las propuestas se centra en el paso de un “modelo rehabilitador” a un “modelo social” de intervención. Como ha sido mencionado anteriormente, el modelo rehabilitador está centrado en la “modificación” de las características individuales de la persona que difieren de lo esperado por parte de la sociedad. Con el paso al modelo social se deja atrás la concepción de que la persona que sufre un trastorno mental es la que debe amoldarse a los estándares normalizados por la sociedad, se inculpa al sistema por la falta de herramientas y recursos para la inclusión y desarrollo de las potencialidades de los/as individuos/as de la forma más equitativa e igualitaria posible. Para el cambio periódico de un modelo a otro, cabe la posibilidad de realizar actividades, proyectos y/o talleres fuera del ámbito sanitario a los que puedan asistir un grupo de personas lo más variado posible, fomentando así la socialización entre personas con características y contextos, aparentemente, dispares en un ámbito ajeno a lo sanitario. Mediante estas actividades y su consecuente socialización entre las personas en espacios comunes, se acaba motivando la sensibilización con respecto a la salud mental de la población (Zorilla et al., 2022).

En definitiva, desde la profesión del Trabajo Social se debe hacer una revisión de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud mental, se debe dejar atrás la visión de que el/la trabajador/a social es una figura que realiza una función meramente asistencial dirigida a cumplir las demandas del propio usuario/a y de la entidad en la que ejerce su trabajo y luchar por la transformación social del sistema. Se debe trabajar por la desvinculación de las etiquetas asociadas a las personas que padecen un trastorno mental, buscando, por ende, la potencialización de sus capacidades, el desarrollo de sus intereses y voluntades personales. Cuando se logre modificar la forma en la que está orientada actualmente la intervención y visión del/la profesional del trabajo social en el área de salud mental, se retomará la imagen del/la trabajador/a social como figura y agente de cambio social, volviendo al que era su rol inicial en esta profesión (Zorilla et al., 2022).

## 7. CONCLUSIONES

Una de las principales conclusiones que pueden extraerse del presente Trabajo Fin de Grado es la constatación de falta de documentación y artículos que traten, no solo la vinculación del ámbito de la salud mental en la profesión del Trabajo Social, sino la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de algún tipo de trastorno mental. En la mayoría de documentación revisada se hace meramente hincapié en la relación de los trastornos mentales y los aspectos hereditarios de estos, dejando a un lado el contexto, los determinantes sociales, los determinantes económicos y los determinantes familiares y/o culturales en los que se desarrolla la persona.

Por otro lado, con la realización de este Trabajo Fin de Grado, se ha mostrado la necesidad de entender y normalizar la importancia del cuidado de la salud mental no solo como tarea de los/as individuos/as, sino que también ha de ser abordado de forma integral y colectiva desde organizaciones gubernamentales, y entidades públicas entre otras. Normalizar implica visibilizar y visibilizar va de la mano con hablar de todos esos trastornos que afectan a la población ya que, como se ha mencionado en numerosas ocasiones, la mayoría de la población ha sufrido, sufre o sufrirá problemas de salud mental. Estas patologías pueden variar en intensidad, duración o sintomatología, pero, de una forma u otra todas afectarán en los estilos de vida, hábitos, círculos sociales, núcleo familiar, etc. de las personas que los padecen.

No se puede concluir este trabajo sin antes mencionar la importancia de la implicación a nivel profesional de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la salud mental. La actividad de los/as profesionales de este ámbito no puede reducirse a lo asistencial, desde el Trabajo Social se deben reivindicar los derechos humanos y sociales de aquellas personas diagnosticadas con un trastorno mental y se debe acompañar, concienciar, capacitar y trabajar con todas estas personas para fomentar su plena autonomía. Desde la profesión del Trabajo Social se debe luchar por aportar una visión social en aquellos grupos de trabajo multidisciplinares, sobre todo en el ámbito sanitario, y se debe abogar por que esta profesión tenga el espacio necesario para desarrollar una intervención de calidad con los/as usuarios/as que así lo demanden.

En definitiva, ajustándose a un modelo de trabajo más preventivo, los/as trabajadores/as sociales necesitan crear planes de intervención enfocados al grupo de población que sufre problemas de salud mental. A través de estos planes se informaría a la población de la importancia del cuidado de la salud mental, se disminuirían las situaciones de negación del

diagnóstico obtenido y se trabajaría con familias y grupos para concienciar sobre el peso de un trastorno mental tanto en la persona como en su núcleo más cercano. Mediante esta forma de trabajo preventiva se irían trabajando, a su vez, los estigmas, estereotipos y discriminaciones a las que, como se ha visto durante el presente trabajo, tienen que hacer frente las personas diagnosticadas con un trastorno mental.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aretio Romero, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Una-mirada-social-al-estigma-de-la-enfermedad-mental.pdf>
- Armesto Cabañas, J. (2016). *Trastorno mental grave, áreas sociales afectadas y papel del trabajador/a social en el ámbito de la salud mental*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Uvadoc. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/19405>
- Arnaiz Muñoz, A. y Uriarte Uriarte, JJ. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Arnau Sabatés, L. y Sala Roca, J. (2020). La revisión de la literatura científica: pautas, procedimientos y criterios de calidad. [https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie\\_a2020.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie_a2020.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Barroso Martínez, AA. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>
- Bleda, J. M. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria. Revista Castellano-Manchega De Ciencias Sociales*, (7), 149-160. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Caballero Martínez, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales, *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(84), 5389-5395. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>
- Cañizares Ulloa, M. (2014). *La imposición social de cuidar, un estudio de las mujeres cuidadoras*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Jaén]. CreaUjaen. <https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/659>

- Casañas, R. y Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 117-132. <https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/288/20210413-promocion-de-la-salud-mental-prevencion-de-los-trastornos-mentales-y-lucha-contra-el.pdf>
- Consejo General del Trabajo Social. (sábado 10 de octubre de 2020). *La salud mental, una pieza importante dentro de la labor del Trabajo Social*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/la-salud-mental-una-pieza-importante-dentro-de-la-labor-del-trabajo-social/6515/view>
- Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 53, de 17 de marzo de 2008. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/53/12>.
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 53, de 17 de marzo de 2008. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/53/12>.
- Delgado Bordas, L. y Carbonell, A. (2024). Detrás del estigma. Un análisis cualitativo del impacto en las familias de personas con trastorno mental grave. *Itinerario De Trabajo Social*, (4), 7-15. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43388>
- Figuerola Duarte, AS. y Campbell Araujo, ÓA. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2), 66-76. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142b.pdf>
- Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., Robles García, R., Páez Agraz, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 82-89. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123f.pdf>
- Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 333-352. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>
- Gómez Parada, LT. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social; *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, (86), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6135425>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Lucio Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª edición). McGrawHill educación  
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1210>
- Idareta Goldaracena, F. (2018). *Trabajo social psiquiátrico: Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau Llibres.  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=llp0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=trabajo+social+y+salud+mental&ots=NfYvFTrdz5&sig=Mmz43RIFNd8XCuvlKyx8OjJCKh0#v=onepage&q&f=true>
- Izquierdo Mulett, D., Manjarrés Figueroa, J., Nieves Blanco, K., Pacheco Mercado, W., Pérez Mendivil, B. (2016). *Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastornos mentales*, Cartagena. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Cartagena]. Repositorio.unicartagena.  
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/3103>
- Jiménez Molina, A., Abarca Brown, G., Montenegro, C. (2019). “No hay salud mental sin justicia social”: desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. *Revista De Psiquiatría Clínica*, 57(1-2), 7–20. <https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65638>
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, JM., Valderrama, MJ., Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/ga/v22n5/original7.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ga/v22n5/original7.pdf)
- Leiva Peña, V., Rubí González, P., Vicente Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista panamericana de salud*, (45). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Lema Gómez, M. (2014). *Vivencias, ocupaciones y roles de los familiares de personas con enfermedad mental*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Coruña]. Ruc.udc.  
<https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/14105>
- Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. *Boletín Oficial del Estado*, 59, de 22 de abril de 2023. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-9773>.

- Markez, I., Romera, C., Ariño, J., Merino, C., Poo, M., Córdoba, S. (2001). Cuidadoras de personas con enfermedad mental en el ámbito familiar. *Revista de servicios sociales*, (39), 29-37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=300844>
- Martín Virumbrales, L. (2014). *Trabajo Social y Salud Mental no solo psiquiatría y medicamentos*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Uvadoc. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7124/TFG-G670.pdf;jsessionid=ADC750E69B1EED7E8C7616D448BE200F?sequence=1>
- Mora Ríos, J., Natera Rey, G., Bautista Aguilar, N., Ortega Ortega, M. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. *Representaciones sociales y contexto de investigación con perspectiva de género*, 45-80. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Estigma-publico-y-enfermedad-mental.pdf>
- Munuera Gómez, MP. y Jiménez Rodríguez, JM. (2021). *Fundamentos del trabajo social sanitario: Análisis de su recorrido histórico hasta la actual pandemia*. Tirant humanidades. [https://buscaenbuja.ujaen.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991004088015204994&context=L&vid=34CBUA\\_UJA:VU1&lang=es&search\\_scope=CATALOGO&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Jaen&query=any,contains,fundamentos%20trabajo%20social&offset=0](https://buscaenbuja.ujaen.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991004088015204994&context=L&vid=34CBUA_UJA:VU1&lang=es&search_scope=CATALOGO&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Jaen&query=any,contains,fundamentos%20trabajo%20social&offset=0)
- Muñoz Navarro, R., Cano Vindel, A., Ruiz Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., González Blanch Bosch, C., Moriana Elvira, JA., Capafons Bonet, A., Dongil Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 124-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6846157>
- Navarro Pérez, JJ. y Carbonell Marqués, A. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VDDTb87zr6jkqVM7DMr8v6f/#>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Legislacionsaludmentalderechoshumanos.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (21 septiembre de 2021). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (8 junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (8 octubre de 2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.
- Patiño Cardona, D., Zuleta Guzmán, VA., Londoño Bernal, LV., Ramírez Nieto, LA., Viveros Chavarría, EF. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123797>
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185–196. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>
- Porcel Omar, P. (2009). El treball social en l'àmbit de la salut. *Revista de Treball Social*, (186), 132-144. [https://institucional.academia.cat/docs/monografies/mo\\_me13.pdf](https://institucional.academia.cat/docs/monografies/mo_me13.pdf)
- Pozo Romero, H., Infante Reyes, D., Rojas Márquez, R. (2017). Rol de los cuidadores de los pacientes de salud mental. *XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017*, 17. <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMU3CVP2017.pdf>
- Ramírez de Mingo, I. (1992). El trabajo social familiar. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo social*, N.1, 25-31. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5896/1/ALT\\_01\\_03.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5896/1/ALT_01_03.pdf)
- Revilla Martín, AM. (2022). *Trabajo Social, salud mental y Modelo de Atención Centrado en la Persona*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Uvadoc. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/52347>
- Ripoll, M. (4 de nov, 2020). TLP ¿Trastorno o enfermedad? *Fundación AMAI TLP*. <https://www.amaitlp.org/blog/tlp-trastorno-o->

enfermedad/#:~:text=Es%20por%20ello%2C%20que%20se,la%20alteraci%C3%B3n%20en%20la%20salud.

Rodríguez Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204. <https://www.redalyc.org/pdf/832/83248831006.pdf>

Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente, AH., Del Llano Señarís, JE. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*, 96, 1-58. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C\\_202205041.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf)

Ruiz Rodríguez, P., Cano Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, JA., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., González Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 118-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6846156>

Salvador Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez Barquero, JL., Muñoz, PE., Gómez Beneyto, M., Torres, F. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas. *Invertir para la salud: prioridades en salud pública: informe SES-PAS 2002*, 301-326. [https://www.researchgate.net/profile/Luis-SalvadorCarulla/publication/242188121\\_CAPITULO\\_15\\_LA\\_SALUD\\_MENTAL\\_EN\\_ESPAÑA\\_CENICIENTA\\_EN\\_EL\\_PAIS\\_DE\\_LAS\\_MARAVILLAS/links/0deec528a7d7d1a804000000/CAPITULO-15-LA-SALUD-MENTAL-EN-ESPANA-CENICIENTA-EN-EL-PAIS-DE-LAS-MARAVILLAS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-SalvadorCarulla/publication/242188121_CAPITULO_15_LA_SALUD_MENTAL_EN_ESPAÑA_CENICIENTA_EN_EL_PAIS_DE_LAS_MARAVILLAS/links/0deec528a7d7d1a804000000/CAPITULO-15-LA-SALUD-MENTAL-EN-ESPANA-CENICIENTA-EN-EL-PAIS-DE-LAS-MARAVILLAS.pdf)

Sarmiento Suárez, MJ. (2017). Salud Mental y desarrollo. *Medicina*. *Revista Medicina*, 39(3), 246–254. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/118-7>

Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Consumo. (2019). *Salud mental. Red de recursos*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-red-de-recursos>

Solano Murcia, MI. y Vázquez Cardozo, S. (2014). Familia, en salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202. [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014000584?casa\\_token=Y7G27OO\\_fEAAAAA:910yuQ7eJlet-Imtvqk-](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014000584?casa_token=Y7G27OO_fEAAAAA:910yuQ7eJlet-Imtvqk-)

[XAJG4pAHWg7wkbGW3dMvsFwO3LdD0bQZinsg2IwwgUvcCj8OAo9pJk](#)

- Valderrama Ponde, MJ. (2006). El cuidado ¿una tarea de mujeres? *Vasconia: Cuadernos de historia-geografía*, (35), 373-385. <https://ojs.eusko-ikaskuntza.eus/index.php/vasconia/article/view/310>
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 75-80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
- Vázquez, C., Sánchez, Á., Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 93-124. [https://www.researchgate.net/profile/Alvaro-Sanchez-Lopez/publication/311767229\\_Clasificacion\\_y\\_diagnostico\\_de\\_los\\_trastornos\\_psicologicos\\_el\\_DSM-IV-TRDSM-V\\_y\\_la\\_CIE-10/links/58597b5a08aeabd9a58b491a/Clasificacion-y-diagnostico-de-los-trastornos-psicologicos-el-DSM-IV-TR-DSM-V-y-la-CIE-10.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alvaro-Sanchez-Lopez/publication/311767229_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_el_DSM-IV-TRDSM-V_y_la_CIE-10/links/58597b5a08aeabd9a58b491a/Clasificacion-y-diagnostico-de-los-trastornos-psicologicos-el-DSM-IV-TR-DSM-V-y-la-CIE-10.pdf)
- Zorrilla Beltrán, S. y Cazorla Palomo, J. (2022). Retos del Trabajo Social en salud mental: Una propuesta para la revisión crítica de la aplicación de los fundamentos de la disciplina. *Trabajo social en esencia: cambiar para avanzar, crear para crecer*, (127), 69-79. <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/-106>