



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“La influencia de los factores socioeconómicos en la
atención a la Salud Mental”**

**"The influence of socioeconomic factors on Mental
Health Care"**

Autora:

D^a. Lucía Fonseca Méndez

Tutor:

D. Francisco Javier Sánchez Galán

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2022 - 2023

FECHA DE ENTREGA: 22 de junio de 2023

1. RESUMEN

Cuidar de la Salud Mental es fundamental para el desarrollo del proyecto de vida de cada individuo, pero para preservarla y atenderla correctamente hay que tener en cuenta todos los factores que la moldean. Entre estos factores se encuentran aquellos de carácter económico y social, que forman parte del día a día de toda la población y que determinan el cómo y el porqué de los estados de salud mental de la misma.

Dar a conocer los aspectos que varían esta realidad posibilitará mejorar la atención de personas con enfermedades mentales y sus familias, además podrá ser un mecanismo activador de soluciones a otros niveles como es el caso de las políticas sociales y sanitarias.

En este estudio se pretenden visibilizar las consecuencias y la influencia que generan los factores socioeconómicos y el estigma en la concepción, tratamiento y atención de las enfermedades mentales además de la perspectiva y el papel que tienen la población, las entidades, los recursos y los/as profesionales de salud mental en todo este entramado. Sin olvidarnos de la importancia del rol del Trabajo Social en la identificación y lucha ante las desigualdades y el apoyo de los colectivos vulnerables, como es el de las personas con trastornos mentales.

Palabras clave: salud mental, enfermedad mental, factores socioeconómicos, atención, estigmatización.

ABSTRACT

Taking care of mental health is fundamental for the development of everyone's life project, but in order to preserve and care for it correctly, it is necessary to take into account all the factors that shape it. Among these factors are those of an economic and social nature, which are part of the day-to-day life of the entire population and which determine the how and why of their mental health conditions.

Making known the aspects that vary this reality will make it possible to improve the care of people with mental illnesses and their families, as well as being a mechanism for activating solutions at other levels, such as social and health policies.

This study aims to make visible the consequences and influence generated by socio-economic factors and stigma in the conception, treatment and care of mental illness, as well as the perspective and role of the population, organisations, resources and mental health professionals in this whole framework. Without forgetting the importance of the role of Social Work in the identification and fight against inequalities and the support of vulnerable groups, such as people with mental disorders.

Keywords: mental health, mental illness, socioeconomic factors, care, stigma.

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	5
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVOS	9
4.1. Objetivo general	9
4.2. Objetivos específicos	9
5. MARCO TEÓRICO	10
5.1. Contextualización y estado de la cuestión	10
5.2. Aproximación conceptual	13
5.3. Objeto de estudio	20
5.4. Fundamentación teórica	21
5.5. Políticas, planes, programas y proyectos asociados	41
6. METODOLOGÍA	45
7. CONCLUSIONES	47
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de fin de grado tiene como finalidad visibilizar la situación de la atención a las personas con problemáticas de Salud Mental (en adelante SM), con motivo de la influencia que tienen los factores económicos y sociales en ello, además del importante papel que juega la estigmatización entorno a las enfermedades mentales.

No solo se llevará a cabo un análisis documental y consulta de artículos científicos sobre estos temas, sino que también se tendrá en cuenta, mediante la revisión de diversa información, cómo se gestiona y trabaja la SM en la agenda política y pública, y sobre todo por qué surge como un tema de interés en la actualidad, tras la pandemia del Covid-19.

El estudio e investigación se centra en la realidad del territorio español, guiándonos para su contextualización a través de aspectos tanto internacionales como nacionales y locales.

En primera instancia, debemos apuntar que el término de SM ha evolucionado enormemente durante el final del siglo pasado y el comienzo de este, hasta día de hoy. La SM pasó de concebirse únicamente como un concepto clínico a convertirse en un concepto asistencial y posteriormente también preventivo, tratado como un derecho humano fundamental como así afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) además de ofrecer una atención terapéutica y social (Desviat, 2020).

En segunda instancia, debemos enlazar estas ideas con un hecho con el que estoy de acuerdo, no es suficiente guiarse de un manual clínico para la atención a estas personas, sino que hay que contar con la red social de los/as usuarios/as y el *código postal* donde nacieron (Desviat, 2020). Confirman algunos autores (Fundación Encuentro, 2015), que la ubicación de un individuo en la estructura social condiciona sus oportunidades en ámbitos entre los que se encuentra la salud (p. 490).

Estos hechos nos llevan a pensar en la existencia de factores socioeconómicos que pueden influenciar la vida de los individuos, jugando un papel importante como posible elemento de riesgo que propicia la aparición de enfermedades mentales en algunos casos, como término determinante en el acceso a la atención de la SM en otros, o como base de la

percepción que el conjunto de la sociedad tiene sobre las enfermedades mentales y todo cuanto las rodea.

Sabemos que los factores socioeconómicos asocian desigualdades con los problemas de SM en España, así como que la población considerada más vulnerable entre los que encontramos a las mujeres, los inmigrantes, los individuos con escaso apoyo social, con escasos recursos económicos, los individuos en situación de desempleo o las personas que presentan enfermedades crónicas (Bones, 2011), son aquellos que más prevalencia de problemas de SM muestran (p.14).

De aquí que en la actualidad se evidencian numerosos problemas asociados entre este tipo de factores y la atención a la SM, que según considero, precisan de intervención de la disciplina de Trabajo Social como motor de búsqueda y propuesta de soluciones que pretendan conseguir el bienestar social y reducir las desigualdades, mejorando la calidad de vida de la población. Estas soluciones no se deben centrar únicamente en las actuaciones con las personas afectadas sino también cogiendo las riendas de los medios o sectores que ocasionan esto y transformándolos hacia una posición más justa socialmente y mucho más inclusiva.

Una vez introducido el contenido a tratar a lo largo de este escrito, cabe mencionar que el presente trabajo se encuentra dividido en cuatro bloques de contenido que facilitarán su comprensión y lectura, entre los que encontramos los siguientes.

El primero, engloba la contextualización y motivación para la realización del trabajo entre lo que se diferencia la justificación y los objetivos de este. Es la puerta de entrada al hilo conductor de este estudio, y lo que nos servirá como base y guía para el desarrollo de los apartados posteriores en los que se entra con más detalle en la información y los datos.

En el segundo, se explica todo el cuerpo del trabajo, destacando el marco teórico como grueso donde se van a tratar los temas desde su contextualización histórica, características, actualidad, aproximación conceptual a los términos empleados. En paralelo, se definirá el objeto de estudio, y diferentes elementos gráficos que fundamenten la teoría

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

expuesta hasta el momento, además de señalar algunos planes o proyectos en el marco político sujeto al tema de la SM, su atención y los factores sociales y económicos asociados.

El tercero permite exponer la hipótesis o respuesta al objetivo general, y se detallará la metodología seguida para la realización del trabajo de fin de grado. Este bloque centrará mucho su atención en el papel del Trabajo Social en relación con el tema que se viene tratando.

Por último, se presentan las conclusiones y la bibliografía con la totalidad de los documentos consultados para la redacción, complementándolo con un punto de Anexos donde se deposita aquella información adicional.

3. JUSTIFICACIÓN

El rol del/la trabajador/a social para identificar e investigar acerca de las posibles soluciones a la influencia de los factores sociales y económicos en el proceso de atención a la Salud Mental es bajo mi opinión, fundamental.

Este profesional tiene una percepción muy amplia sobre las causas y consecuencias de carácter social ya que, al fin y al cabo, están constantemente trabajando por el bienestar de todos los sectores de población. En los casos en los que los individuos más vulnerables no tienen suficiente poder o voz para expresar sus situaciones, los/as trabajadores/as sociales tienen la posibilidad de denunciarlas o visibilizarlas, ya que, tienen los recursos y medios para hacerlo.

La motivación para hacer este trabajo nace en parte después de haber trabajado durante las prácticas académicas del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, a lo largo de aproximadamente nueve meses, con profesionales dedicados al ámbito de la SM, de aquí mi interés por estudiar sobre este colectivo.

Este trabajo de fin de grado, considero que es acertado desde la visión y enfoque transversal del Trabajo Social ya que posibilita que se estudie y ponga en el punto de mira una problemática con una magnitud tan elevada como es la desigualdad en la atención a los problemas de SM por causas sociales y económicas, intrincadas en la estructura social, económica y política del territorio español. Al mismo tiempo, estos últimos años de pandemia a causa del virus del Covid-19, han generado que el tema de la SM aparezca de nuevo con gran potencia en la agenda pública y política.

Además, debemos de tener en cuenta que esta problemática está estrechamente ligada al concepto de estigmatización, y no solo al estigma social sobre las enfermedades mentales sino también al auto estigma y al estigma en los/as profesionales de los servicios de atención en SM, lo que complica aún más el tratamiento de la cuestión.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Conocer la influencia de aquellos factores de carácter económico y social involucrados en la atención a las personas con enfermedades mentales.

4.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos se determinan con la finalidad de profundizar nuestro estudio y analizar cuestiones que surgen a partir del objetivo general, es decir, que lo emplean como base. Estos objetivos son:

- Estudiar los conceptos más relevantes sobre enfermedades mentales y su evolución en el tiempo.
- Analizar los tipos de enfermedades y diagnósticos de salud mental más presentes en la actualidad, y sus efectos en el desarrollo del proyecto de vida de los individuos afectados.
- Estudiar los procesos de exclusión social en relación con la salud mental.
- Investigar sobre la estigmatización de las personas que padecen enfermedades mentales y las consecuencias derivadas de ello.
- Estudiar y determinar cuáles son los recursos para la atención a la salud mental, tanto en el ámbito público como en el privado, y analizar las desigualdades de acceso a estos.
- Analizar el concepto de salud mental presente en la agenda política y social en España.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Contextualización y estado de la cuestión

Conocer la historia del término de Salud Mental nos va a permitir entender en qué momento se encuentra actualmente y cómo es el modo de atención a los pacientes y usuarios/as presente.

La noción de SM ha evolucionado en los últimos años, pero debemos señalar que su origen estuvo en los inicios del Estado de Bienestar cuando el sistema sanitario marcaba las características de evolución. En el inicio de la atención a la salud mental entre los años cincuenta y setenta, los esfuerzos de la reforma se basaron en un modelo asistencial comunitario (Desviat, 2020, p. 18). La propuesta de los objetivos de reforma recaía en cuatro cuestiones como la transformación o cierre de los hospitales psiquiátricos creando recursos cercanos a la comunidad, la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad, la modificación de la legislación asegurando los derechos de los pacientes y la promoción de cambios sobre la estigmatización social de las enfermedades mentales (Desviat, 2020, p.19). Además, el hecho de que se lleve a cabo una desinstitucionalización supone asimilar que se crean nuevos sujetos de derecho (Desviat, 2020, p.19).

Todo esto tiene un acercamiento en lo que hoy en día se nos presenta como recursos de atención en los que se hace más partícipe a los pacientes y usuarios/as, se trata de las conocidas como comunidades terapéuticas, introducidas por Maxwell Jones a finales de los años cincuenta (Desviat, 2020, p.22).

Concretamente los antecedentes de la reforma psiquiátrica en España y, por ello, de la SM comunitaria fueron las Reuniones, Semanas y Misiones que la Liga de Higiene Mental realizó durante la Segunda República (Desviat, 2020, p.27). Dentro de su razón de actuar estaba la de difundir medidas sanitarias y culturales para mejorar la idea que la población tenía sobre la SM (Desviat, 2020, p.28).

Carrazana (2003) afirmó que:

En el contexto internacional, el movimiento de la salud mental creado por William James y Meyer, se inició para reintegrar a las personas a su vida normal con el fin de cuidar del enfermo mental. La higiene mental, término por el que también se conoce a la Salud Mental, ganó terreno internacional en el primer Congreso Internacional sobre Higiene Mental en 1985 cuando se fundó la Federación Mundial para la Salud Mental que aglutinó 11 organizaciones internacionales, 146 sociedades en 53 países diferentes. Actualmente la SM ha logrado ser una ciencia multidisciplinaria, desarrollando la psiquiatría social sobre los fundamentos de Freud y Meng (pp. 14-15).

Pero no fue hasta la Transición cuando se dieron las condiciones realmente adecuadas a nivel social para asumir este cambio con la llegada en el año 1986 de la Ley General de Sanidad, donde se exponen las ideas de mejora destacando la importancia de la atención primaria en este proceso (Desviat, 2020, pp. 29-30).

En este periodo comienza a tener relevancia el cambio en la profesión de Trabajo Social, que abandona su posición asistencialista convirtiéndose propiamente en una profesión donde los/as profesionales asumen el rol de Trabajadores/as Sociales (Desviat, 2020, p. 37).

El modelo comunitario que se ha mencionado anteriormente, ligado a la realidad más actual, permite tener en cuenta una dimensión social, plural, subjetiva que comprenda tanto lo particular como lo colectivo según comenta Manuel Desviat (2020) en uno de sus artículos (pp. 39).

Para considerar la realidad en el amplio abanico de variables sociales, lo que nos interesa estudiar con relación a esa evolución de atención a SM, son los factores sociales y económicos que ayuden a comprender lo individual y lo colectivo. Derivado de esto surgen a lo largo de las últimas décadas, numerosos estudios sobre los determinantes sociales de la salud (en adelante DSS), conocidos como las

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

variables entre las que se estructuran y constituyen las desigualdades sociales en el ámbito de la salud.

Hoy en día entre los factores que mayor influencia tienen sobre la salud general y la SM en España, según los estudios investigativos sobre el efecto de los DSS en la salud en la población española desde el año 2010 hasta el año 2021 (Ruiz et al., 2022), se encuentran los siguientes:

- El lugar de residencia y las diferencias existentes entre la población de entornos rurales en comparación con la de entornos urbanos.
- La etnia u origen de los individuos entre los que destaca la etnia gitana y la población marroquí.
- El nivel de ocupación.
- La equidad de género y su condición determinante en la mayoría de los otros factores.
- El nivel educativo o formativo.
- El estatus socioeconómico.
- Y, por último, el capital o apoyo social entendido como los recursos que presentan las personas en función de sus relaciones sociales.

Debido a esta variedad de factores y a que la amplitud de su influencia parece ser elevada si tenemos en cuenta que se extiende a lo largo de toda la población del territorio español, podemos pensar que los afectados tanto directos como indirectos también pueden ser numerosos. Por ello, se irán detallando más aspectos vinculados y construyendo la relación del impacto que tienen por consecuente esos factores en la atención a la SM.

5.2. Aproximación conceptual

A continuación, se realizará un acercamiento a algunos de los conceptos asociados a este trabajo de investigación, con el ánimo de favorecer la comprensión y coherencia en el desarrollo del cuerpo teórico que posteriormente se va a exponer, donde se tratan profundamente cada uno de los temas más relevantes estudiados.

○ **Salud**

Para comenzar a hablar de SM, uno de los temas centrales de este trabajo, es pertinente definir y considerar el concepto de Salud en sí, ya que es la base desde donde se desarrollan posteriormente los demás tipos de salud como es el caso de la Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) definió en el Preámbulo de su Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en el año 1946, que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

A partir de esto, se va a desarrollar a continuación el propio concepto de la salud que resulta interesante para este trabajo, la SM.

○ **Salud Mental**

Por una parte, como definición internacionalmente reconocida, para la OMS, la Salud Mental se define como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2022).

Muchas organizaciones y entidades se apoyan en esta definición como guía para la orientación de sus actuaciones en este ámbito. Un claro ejemplo de ello es el uso que le da la Confederación Salud Mental España en cada una de sus Federaciones en el territorio español, así como FEAFES Galicia (FEAFES, 2023).

Por otra parte, los problemas de SM son un aporte más a la definición, para entenderla como un conjunto de diversas partes. Como afirma FEAFES, una enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (FEAFES, 2023).

○ **Diversidad Funcional**

Según se determina en el VI Congreso Estatal de Educación Social, este concepto hace referencia a un nuevo enfoque por el cual se define a la persona que presenta una capacidad distinta a la considerada normal (VI Congreso Estatal de Educación Social, 2014).

Su origen se encuentra en el Foro de Vida Independiente, un movimiento que actualmente conforma una comunidad de personas alrededor de España y otros países que luchan por los derechos de las personas con diversidad funcional (FVID, 2023). Este nuevo término sustituye a los anteriores de “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez o “incapacidad” (Romañach, J., 2007) en los cuales residía un enfoque negativo, permitiendo ahora por primera vez en la historia, su uso como término integrador y real.

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud realizó una clasificación de las consecuencias de las alteraciones de la salud para promocionar

y guiar en una visión social a este colectivo. Esta clasificación recibió el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) permitiendo la sustitución de algunos de los términos anteriores como “deficiencia” por déficit del funcionamiento, “discapacidad” por limitación de la actividad o “minusvalía” por restricción en la participación (Romañach, J., 2007).

En definitiva, la diversidad funcional queda definida como una diversidad en las capacidades que tiene cada individuo para desarrollar el conjunto de los aspectos de su vida, su uso actualmente está aceptado y es un concepto que se emplea cada vez más en los discursos públicos. Pero hay que señalar que, aunque su finalidad era sustituir el concepto de discapacidad para suprimir la percepción negativa de este, este término todavía se emplea en numerosos contextos tanto políticos como académicos, legislativos e institucionales, entre otros.

○ **Enfermedad o trastorno mental**

Según lo define la OMS (2022), la enfermedad o trastorno mental hace referencia desde una visión clínica a una alteración de la cognición, regulación de emociones o comportamiento de las personas. En algunas ocasiones, está ligado a la discapacidad funcional, ya que existen numerosas variantes y tipos de enfermedades de SM que engloban también discapacidades psicosociales o riesgos en conductas autolesivas.

Debido a la multitud de diagnósticos, la principal herramienta empleada por los/as profesionales del ámbito de la SM es la conocida Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) donde aparece una clasificación detallada de los diagnósticos psiquiátricos desglosados por categorías, y entre los que se encuentran algunos de los más prevalentes y comunes en España, como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

○ **Estigmatización**

Se define como un elemento mala fama, una marca impuesta, una condición o atributo que categoriza a la persona que sostiene como negativa (RAE, 2023).

Si se atiende a la psicología social, se puede desarrollar el estigma en las tres formas siguientes de comportamiento social: la discriminación, los estereotipos y los prejuicios (Legazpe, 2019). En múltiples ocasiones, aparece el binomio exclusión social y enfermedad mental, lo cual explica en parte nuestra problemática de la influencia socioeconómica sobre la atención en la SM.

Concretamente, desde este tipo de disciplina también se diferencian los tipos de estigma, muy interesantes de definir para el desarrollo de este trabajo. Existe el estigma social, en el que podríamos enmarcar el estigma de los/as profesionales de la salud que anteriormente mencionamos, y el auto estigma (Legazpe, 2019), un hecho que refleja el nivel de influencia social en la concepción propia de la persona.

Sumado a la estereotipación de las personas que presentan enfermedades mentales, sobre las que se asumen conductas como la violencia o agresividad entre otras, se crea una nube de prejuicios que generan barreras sociales y comunicativas entre los individuos. Esto puede desembocar en una desigualdad en la atención a las problemáticas de SM con una difícil solución al tratarse de un entramado estructural y social que parece bastante arraigado.

○ **Exclusión social**

Se entiende como un proceso vinculado a la disponibilidad de recursos económicos, a la accesibilidad a los bienes, a la relación entre ambos (Bravo, 2008) y a la relación de la persona con su entorno, con la red social y medio en el

que desarrolla su proyecto vital. No es un proceso unidireccional o de elementos aislados, sino que es la convergencia de muchas situaciones de vulnerabilidad que desembocan en una situación con grandes obstáculos para su solución, por ese mismo motivo, la multicausalidad.

En definitiva, es el proceso que limita a los individuos en su participación en la sociedad y con los componentes que esta presenta. La exclusión social además es un factor contundente, así como de riesgo ante la pobreza, estando vinculado actualmente a transformaciones sociales en el contexto del empleo y la crisis del Estado de Bienestar (Camacho, 2014) en las sociedades capitalistas, como es el caso de España.

Algunos autores definen este concepto como un proceso gradual que conlleva la quiebra de los vínculos sociales y simbólicos desde diferentes perspectivas, como la económica, la institucional y la individual que asocian el individuo con la sociedad (Lizana, 2007).

Para la medición de la exclusión social y la pobreza, en un nivel europeo se emplea la Tasa AROPE o Tasa de Riesgo de Pobreza o Exclusión Social. Es un indicador elaborado por EUROSTAT, la oficina de estadística de la Unión Europea, que permite comparaciones de diferentes datos e información entre los territorios (Eurostat, 2023).

○ **Desigualdad social**

Tomando como referencia la definición proporcionada por OXFAM Intermón, la desigualdad social es la situación socioeconómica resultante del trato desfavorable de una comunidad o colectivo social respecto del resto de los miembros que conforman su entorno. Se manifiesta a través de elementos como la situación de poder adquisitivo que determina las oportunidades y el grado de

exclusión, la cultura, la religión, el origen, las costumbres y la ideología (Oxfam INTERMÓN, 2023).

Pero no es relevante únicamente su definición, sino todo aquello que este tipo de desigualdad lleva implícito, debido a que comúnmente se asocia con el origen de situaciones de marginación o aislamiento, vulnerabilidad, riesgo y, en definitiva, de exclusión social. Acontecimientos que durante siglos y en la actualidad continúan presentes, a pesar de haberse intentado abordar desde el contexto más internacional mediante la Declaración de los Derechos del Hombre en el año 1789 o la posterior aprobación de la Carta de los Derechos Humanos en el año 1948 ideología (Oxfam INTERMÓN, 2023).

- **Trabajo Social**

La importancia de detallar las características del trabajo social surge de su rol de agente de cambio ante la exclusión y las desigualdades sociales que se experimentan día a día en diversos espacios de nuestras vidas, entre los que se encuentra la atención de las enfermedades mentales.

La primera definición, oficial y reconocida a nivel mundial, conocida como la nueva definición global del Trabajo Social surgió en la Asamblea de Melbourne en julio del año 2014.

“El trabajo social es 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. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (Consejo General del Trabajo Social, 2023).

Este concepto, en España, queda recogido por el Consejo General del Trabajo Social, organismo que representa a todos los/as profesionales de la disciplina en nuestro territorio.

Para centrar una disciplina como esta en el territorio español cabe destacar la figura de Concepción Arenal como pionera del Trabajo Social en España (Capilla, 2001) gracias a sus numerosas iniciativas sociales que ha propuesto durante años.

- **Bienestar social**

Algunos autores lo definen como el conjunto de aquellos factores que inciden en la calidad de vida del individuo, debe considerarse un concepto de carácter abstracto con una gran subjetividad, pero también relacionado con factores económicos objetivos. Además, debe ser empleado en un sentido amplio en el que incorpore elementos de satisfacción de necesidades, pero también debe estar relacionado con las capacidades, oportunidades, ventajas y demás elementos no cuantificables vinculados a la calidad de vida de las personas (Reyes y Rains, 2014).

Este bienestar social está relacionado con el término de justicia social que según la definición que proporciona el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), “la justicia social se basa en la igualdad de oportunidades y en los derechos humanos, más allá del concepto tradicional de justicia legal. Está basada en la equidad y es imprescindible para que cada persona pueda desarrollar su máximo potencial y para una sociedad en paz” (Unicef, 2023).

Entre ello determina tres aspectos clave relacionados con la justicia social: el conflicto, la pobreza y la discriminación, estas son diferentes realidades de la injusticia para lo que hay que trabajar de manera integral si se quieren conseguir avances en su solución más general o también en este caso, en la centrada en el ámbito de la salud mental.

5.3. Objeto de estudio

Determinar el objeto de estudio de este trabajo de fin de grado nos va a permitir concretar las cuestiones que se van a explicar y delimitar la tarea de investigación.

Para comenzar es imprescindible precisar que el espacio geográfico donde se ubica la investigación es España, los territorios recogidos entre las fronteras políticas de todo el país. El motivo de esto es que el estudio se hace desde la perspectiva del Trabajo Social, una profesión determinada por legislación y normativas primeramente estatales, aunque posteriormente se desglosan en normativas de ámbitos más específicos como las Comunidades Autónomas o las entidades locales.

En definitiva, se pretende tener una visión global de la realidad española en su conjunto.

Otro de los elementos para tener en cuenta, es el estudio que se encuadra en un marco temporal actual, entendiendo por actual las situaciones y circunstancias de la última década. Si resulta necesario el marco investigativo y de análisis se amplía apoyándose en aquellas informaciones y datos tanto cualitativos como cuantitativos de años anteriores que puedan sostener el tema de la investigación y que a pesar de la diferencia temporal guarden coherencia con el desarrollo de esta. Además, un tema como es la atención a la Salud Mental que ha variado mucho y evolucionado de manera exponencial durante los años es preciso que se aborde no solo con lo conocido en la última década sino lo conocido a cerca de su evolución, y sobre cualquier información que arroje luz sobre la problemática estudiada, la influencia de los factores socioeconómicos en este tipo de atención.

De esta manera, y solo a través del conjunto de la información recogida, se podrá estudiar cómo actúan y se conservan los factores sociales y económicos en la atención a la SM, cuáles son los motivos de su influencia, qué motivó su origen, cuáles son sus características, cómo se abordan tanto en la sociedad y servicios

específicos de atención a SM como en los medios públicos, y qué soluciones se pueden plantear desde el Trabajo Social para enfrentarse a ellos.

5.4. Fundamentación teórica

La fundamentación teórica del trabajo abordará todas aquellas informaciones relativas al estudio, de una manera muy concreta, permitiendo analizar el grueso del asunto en este punto. Para una mejor comprensión y orden, se van a dividir los diferentes elementos del trabajo en los siguientes subapartados:

5.4.1. Enfermedades mentales y perfiles:

Para facilitar el análisis de las enfermedades mentales resulta interesante estudiar cuál es su prevalencia para ver el impacto real que estas tienen.

La prevalencia es, según la Real Academia de la Lengua Española, la proporción de casos de una enfermedad en un período de tiempo, respecto a la población que existe en la zona geográfica determinada como objeto de estudio (RAE, 2023). Por lo que el análisis de la prevalencia en este trabajo se realizará sobre la zona geográfica que comprende el territorio español.

Para entender este concepto y su impacto en la sociedad española, podemos atender a los datos de la incidencia de las enfermedades mentales. Se conoce que entre el 2,5 y el 3% de la población adulta presenta una enfermedad mental grave, lo que equivale a más de un millón de personas (FEAFES, 2023). Si queremos concretar un poco más a cerca de esto, analizando la incidencia sobre algunas de las enfermedades de salud mental más notables en España, hay constancia de que un 0,7% de la población española padece esquizofrenia y un 0,5%, trastorno bipolar, según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007).

A nivel europeo, el 38,2% de la población europea, que representa a 164,8 millones de personas, tiene algún problema de SM (FEAFES, 2023).

Y si prestamos atención a una perspectiva más global, la OMS prevé que el 25% de la población tendrá algún problema de SM a lo largo de su vida, además de las cifras actuales, donde se puede observar que 450 millones de personas alrededor del globo se ven afectadas por un problema de SM (OMS, 2005).

Según la OMS, en su fin de determinar a quién afecta esta problemática, afirma que una de cada cuatro personas presenta o presentará un problema de salud mental a lo largo de su vida. Aunque en la aparición de trastornos mentales entran en juego las variables de la predisposición genética y los factores ambientales que, al fin y al cabo, afectan a la totalidad de la ciudadanía (FEAFES, 2023).

Contando con todo lo anterior, es necesario señalar que entre los factores que representan mayor prevalencia de problemáticas de SM, y por tanto serán los que más estudiemos, se distinguen: el género, la situación de divorcio o separación, las enfermedades crónicas, el desempleo o situación de baja laboral, los escasos apoyos sociales, y la posición socioeconómica considerada como desventajada por aspectos como el nivel educativo o el nivel de ingresos (Bones et al., 2010).

Finalmente, hay que tener presente que las enfermedades mentales en numerosas ocasiones generan situaciones de discapacidad o dependencia entre quienes las padecen, siendo esto un elemento más que determina el desarrollo de los/as usuarios/as y el de la atención profesional a sus problemáticas.

El estudio de este trabajo está centrado en España por lo que la determinación del perfil sociodemográfico apela a la población de ese país concretándose en lo siguiente:

El perfil de las personas con mayores tasas de prevalencia en enfermedades de Salud Mental relacionadas con la influencia de los factores socioeconómicos es la población activa residente y originaria de España que vive en las zonas urbanas, con presenta una situación ocupacional precarizada o está desempleada, son mujeres, carecen de estudios o únicamente poseen estudios primarios y con una red de apoyo social es escasa.

Para aclarar más detalladamente estos rasgos, se explican a continuación según algunos factores socioeconómicos.

5.4.2. Factores socioeconómicos:

Los factores socioeconómicos llevan implícitas una serie de desigualdades que en términos epidemiológicos de SM sostienen la asociación de esa característica a variables como la clase social y el, pero estatus socioeconómico en concepto financiero, de educación y laboral.

Existen concretamente dos teorías que apoyan esta realidad, la “causalidad social” y la “selección social”. La primera formula una mayor prevalencia de enfermedades mentales en la población con bajo estatus socioeconómico, y la segunda, el proceso de bajar de clase social por una predisposición genética a la presencia de enfermedades de ese mismo tipo (Bones, 2011).

5.4.2.1. Lugar de residencia

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, los hombres que viven en áreas rurales presentan menor prevalencia de problemas de salud mental (12,2%) (Bones et al., 2010).

Algunos estudios más concretos afirman desigualdades en el uso de los recursos de SM entre las áreas urbanas y las rurales, como el caso de Cataluña donde se presentan diferencias en las visitas a los servicios de psiquiatría y psicología. Y otros, atienden a la conocida como perspectiva “neo-material” para explicar las desigualdades en este tema.

Esta última, hace referencia a que un gran número de desigualdades son consecuencia de las condiciones de tipo material como las de la vivienda o el acceso insuficiente a los servicios de salud, o también, por las condiciones adecuadas del barrio de residencia de los/as usuarios/as o pacientes y por las oportunidades en las actividades de ocio.

La conclusión general que sale de esa reflexión es que la exposición continuada a un entorno problemático puede conllevar situaciones de estrés crónico que originen otras enfermedades mentales, sumado a que las características objetivas del barrio como el nivel de privación económica, el nivel socioeconómico, la fragmentación social o la violencia también inciden en la prevalencia de problemas de SM (Bones, 2011).

5.4.2.2. La etnia u origen

La pertenencia a una etnia u origen minoritario o desfavorecido en sociedades como la española, supone un elemento crucial en el desarrollo de la vida de esos individuos. Las acciones y estándares sociales están marcados por corrientes ideológicas que influyen aquello relacionado con los diferentes factores sociales donde la población mayoritaria determina, en la mayoría de las ocasiones, el camino a seguir o las oportunidades y evolución de la población minoritaria.

En términos de SM, la conclusión a la que llega el análisis de los datos sobre población inmigrante en España es que la población inmigrante perteneciente a países pobres o más desfavorecidos está en mayor medida comprometida a las desigualdades en el ámbito de la salud. Sin embargo, se encuentran datos interesantes referentes al hecho de que este colectivo de población aún precisando en teoría mayores atenciones en SM, son los que menos acuden a la atención profesional en comparación con las personas originarias de España o los inmigrantes originarios de países más ricos. Es decir, se presenta una realidad inversa en la que quienes más precisan esa atención, menos acceso tienen (Bones, 2011).

Si atendemos a los resultados de la investigación sobre el efecto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), destaca en España el estudio de las poblaciones de etnia gitana y las de origen marroquí. Los individuos de etnia gitana presentan mayor prevalencia de problemas de salud por enfermedades crónicas y peor salud auto percibida que el resto de la población, sobre todo en mujeres, en personas con más de treinta y cinco años con menos nivel educativo y con escasa conciencia de la relación entre estilos de vida y salud.

En cuanto a la población inmigrante en general la salud auto percibida y la SM son peores que en la población no inmigrante, las mujeres de origen latinoamericano que trabajan como cuidadoras internas sin contrato y contando con un estatus irregular y poca edad se relacionan con peor calidad de vida, y en las personas de origen marroquí, se asocia a una buena salud el empleo remunerado en mujeres y el capital social en hombres (Ruiz et al., 2022).

5.4.2.3. Ocupación o situación laboral

Algunos estudios confirman que en España en las últimas décadas continúa existiendo desigualdad de género en el ámbito de la SM. Este tipo de desigualdad engloba numerosos aspectos que se deben de tener en cuenta, ya que, las consecuencias de las desigualdades en general son de carácter interseccional y terminan determinándose por el conjunto de diversas circunstancias como las relacionadas con la situación laboral, la clase social y otros factores socioeconómicos (Arias, 2019). Por este motivo el análisis de la situación laboral en SM suele asociarse a la variable de género, variable como eje en su comprensión.

La población trabajadora podría fundamentar las razones de su prevalencia en aspectos como la actual precarización laboral, que según confirman los DSS, son una razón de asociación para una mala SM (Ruiz et al., 2022). También en aspectos como la clase social donde se encuentra una mayor prevalencia de enfermedades de SM entre las personas englobadas en clases sociales calificadas como menos favorecidas, es decir, esa prevalencia aumenta sistemáticamente si la clase social ocupacional es menor.

Los cambios socioeconómicos negativos podrían incrementar potencialmente la incidencia en trastornos de tipo mental (Arias, 2019).

En ocasiones el análisis de los datos relacionado con las variables de SM y los factores socioeconómicos, podrían llevar a pensar que la clase social y el estatus financiero de los individuos, se convierten en aspectos moderadores o mediadores del impacto sobre la SM. Por lo que la pertenencia a las clases clasificadas como más o menos favorecidas podría moldear el impacto que las situaciones laborales tendrían sobre la SM (Arias, 2019).

Si mencionamos la ocupación, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, presentan mayor prevalencia de problemas de SM los que tienen contratos laborales precarios como son los temporales o los individuos sin contrato y las personas que tienen mayor nivel de estrés relacionado al trabajo (21,7% hombres y 30,6% mujeres) (Bones et al., 2010).

Este estrés junto con la satisfacción laboral se observó en algunos estudios, que permitieron sacar la conclusión de que a mayor estrés laboral y menor satisfacción, la prevalencia en los problemas de SM se elevaba (Arias, 2019).

Por otro lado, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, se encuentra una mayor prevalencia de problemas de SM en personas desempleadas (27,9% hombres y 30,2% mujeres) (Bones et al., 2010). Como algunas investigaciones afirman, estos resultados podrían tener su origen en factores como el mayor estrés financiero, la incertidumbre respecto al futuro o la clase social y la dedicación en las labores domésticas o en otras actividades de similares características donde la prevalencia es mayor en las clases menos favorecidas (Arias, 2019).

Además, si nos remontamos a datos de la Organización Internacional del Trabajo en el año 2011, se comprueba que la tasa de desempleo en España aumentó más de trece puntos porcentuales mostrando valores como el 21,3% en el primer trimestre de ese mismo año, o un 45% entre datos de jóvenes en situación de desempleo (Bones, 2011).

Con esto se quiere llegar a la reflexión de que las tasas de desempleo son elevadas, y si están vinculadas como se sabe, a la determinación de la prevalencia de enfermedades mentales, también serán más elevadas las tasas de individuos que presenten estas dos condiciones.

En cuanto a los factores protectores frente enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad en hombres, encontramos la posesión de un trabajo remunerado. En cambio, en las mujeres esto solo es un elemento protector para aquellas que no tienen hijos, por lo que se materializa la sobrecarga de las actividades relacionadas con este género (Bones, 2011).

Y si se hace referencia a la situación de las incapacidades laborales, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, hay mayor prevalencia de problemas de SM en las personas con baja laboral (43,3% hombres y 47% mujeres) (Bones et al., 2010).

Además de lo anterior, existe un aspecto fundamental para explicar actualmente las realidades que asocian el contexto laboral y las enfermedades mentales, la precariedad laboral.

La precariedad laboral o situación de los/as trabajadores/as por inestabilidad en la contratación y vulneración de sus derechos laborales, es uno de los aspectos actuales que caracterizan las consecuencias negativas en el mercado laboral.

Si se menciona la prevalencia de problemas de SM en este aspecto se pueden visibilizar los altos porcentajes en situaciones de precariedad elevada con valores de 17,1% en hombres y 36,1% en mujeres o de precariedad moderada con un 10,6% y 17,5%, respectivamente, al compararlos con las situaciones no precarias que oscilan entre el 5,9% en hombres y el 8,8% en mujeres (Valero et al., 2022).

Esta diferencia destaca la mayor prevalencia en hombres con muy o moderada precariedad y en mujeres, en todas las dimensiones. Además, en ambos es tres veces superior entre quienes están en precariedad elevada que los no precarizados donde se compara el nivel salarial de valores de 15,9% y 25,4% frente a 5,0% y 7,3% en hombres y mujeres, o la

vulnerabilidad, 16,4% y 32,8% frente a 5,9% y 8,0%, respectivamente (Valero et al., 2022).

Añadiendo a esto, que la temporalidad como una de las características del mercado laboral español, realmente no se asocia de manera determinante con la prevalencia de esos problemas de SM entre los/as trabajadores/as que se vienen tratando (Valero et al., 2022).

Para finalizar el estudio de la ocupación, cabe incluir la inserción laboral como el proceso de acompañamiento a las personas en exclusión laboral o social para que puedan acceder al mercado laboral que les posibilite desarrollarse en las esferas social, política y cultural a través de la esfera económica.

Actualmente existen numerosos obstáculos para el acceso al mercado de trabajo, pero si tenemos en cuenta también una condición agregada de SM, las proporciones aumentan (Porras, 2013).

Para apoyar esta afirmación, podemos recurrir a la exposición de datos que realizó la Confederación Salud Mental España en el año 2022 sobre el Informe de Empleo de las personas con Discapacidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) basado en el año 2020. Gracias a este se llegó a la conclusión de que en ese año las personas con problemas de SM estaban representadas por un 17,1% en la tasa de empleo, es decir, únicamente dos décimas más que el año previo cuando se registró un 16,9%, lo que quería decir que las personas con enfermedades mentales seguían siendo las más afectadas por el desempleo en el ámbito de la discapacidad (Confederación Salud Mental España, 2022).

Desde la misma Confederación alienta a la población y a los empleadores para tener en cuenta todas las variables que potencian y dificultan el acceso al empleo, y muestran la importancia del cuidado de la SM en el entorno laboral.

Tabla 1

El empleo de las personas con discapacidad. Año 2020

Notas de prensa • Instituto Nacional de Estadística

**El empleo de las personas con discapacidad
Año 2020**

Discapacidad⁽¹⁾ y actividad

3. Población de 16 a 64 años según tipología de la discapacidad y relación con la actividad. Cifras absolutas en miles

	Valores absolutos		Tasa de actividad		Tasa de empleo	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019
TOTAL	1.933,4	1.876,9	34,3	34,0	26,7	25,9
TIPO DE DEFICIENCIA						
Sistema osteoarticular	364,1	343,1	45,1	47,7	36,6	38,6
Sistema neuromuscular	158,3	157,0	33,4	30,5	26,7	23,9
Sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	110,4	108,5	38,5	31,2	30,5	23,6
Sistemas digestivo, metabólico y endocrino	61,3	58,4	48,0	41,5	41,4	33,4
Otros ⁽²⁾	182,5	165,1	41,8	41,1	34,6	31,5
Intelectual	200,0	192,4	28,3	30,3	17,6	20,4
Trastorno mental	340,8	318,9	26,6	27,8	17,1	16,9
Sistema visual	94,1	92,8	43,1	45,0	37,4	38,5
Sistema auditivo	89,9	86,5	59,9	56,8	47,3	46,3
No consta ⁽³⁾	331,9	354,2	17,1	17,8	14,3	14,1

Fuente: *INE*, 2020.

Como el trabajo en las sociedades occidentales capitalistas es un valor imprescindible para la vida social, se puede ver que hay herramientas que pretenden facilitar las cuestiones relacionadas con ello. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) redactó algunas recomendaciones para la gestión de la integración laboral de las personas con discapacidad y es de gran importancia la existencia de modalidades de empleo para la inserción de esas personas con discapacidad, muchas de ellas con discapacidad derivada de un trastorno mental. Entre las modalidades se distinguen el empleo autónomo, el normalizado, los centros ocupacionales o talleres laborales, los centros especiales de empleos y el empleo con apoyo (Porrás, 2013).

Estas son algunas de las facilidades e instrumentos de apoyo que pueden ser base de actuación frente a las cifras sobre el desempleo en el colectivo de las enfermedades de SM, anteriormente señaladas.

5.4.2.4. La equidad de género

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, se evidencia una mayor prevalencia de problemas de SM en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%) (Bones et al., 2010).

Además, algunos autores vinculan esa prevalencia con los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), concretamente con los determinantes de SM como es el caso del acceso a recursos, posición socioeconómica o roles sociales. Se conoce gracias a los DSS que la prevalencia es superior en mujeres mayores, con menos nivel de educación y un estatus socioeconómico bajo, y ellas tuvieron más del doble de probabilidades que los hombres en la aparición de depresión o ansiedad (Ruiz et al., 2022).

En España la equidad se mide a través del Índice de equidad de género modificado, que resulta claramente desfavorable para el colectivo femenino, únicamente siendo beneficioso en el ámbito educativo (Ruiz et al., 2022).

Por otra parte, los roles familiares conforman un entramado fundamental que explica los aspectos de la equidad o inequidad en cuanto al género. No solo aparecen si se hace referencia al determinante de SM de roles sociales mencionado anteriormente, sino también cuando se habla de quiénes son las personas que cuidan de los/as usuarios/as o pacientes diagnosticados con enfermedades mentales. Se sabe que las familias asumen la mayor parte de los cuidados en estos casos y que el 88% de la atención a este colectivo la realizan cuidadoras o cuidadores informales, es decir, las personas más cercanas a los enfermos (FEAFES, 2023).

Algún autor considera necesario para disminuir las desigualdades en salud que surgen como consecuencia de la desigual distribución de las demandas familiares entre hombres y mujeres, que se impulsen políticas públicas que faciliten el cuidado de personas dependientes como los niños, las personas con discapacidad y las personas mayores (Bones et al., 2010).

En España siguen presentándose divisiones en los roles familiares por género, entendidos no solo como una división sino como uno de los posibles factores sociales con un mayor peso en la explicación de las desigualdades en SM (Arias, 2019). En este caso, la doble vertiente es la siguiente: por un lado, las mujeres con sobrecarga donde se les suman las tareas del hogar a las tareas remuneradas, y por otro lado los hombres, con el estrés generado a partir del rol de sustentador principal en la familia (Arias, 2019).

5.4.2.5. El nivel educativo o formativo

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, existe mayor prevalencia de problemas de SM en los individuos sin estudios o con estudios primarios, entre los que se afirma la diferencia atendiendo al género con un 16,7% de los hombres y un 29,1% de mujeres) (Bones et al., 2010).

Este factor suele entenderse a través de sus correspondencias con factores como el género, el estado civil, los roles familiares o la clase social, motivo por el que el análisis de este factor se realiza al desarrollar el análisis de las otras variables. Y según lo DSS un nivel educativo bajo está ligado a aspectos como la fragilidad y la discapacidad (Ruiz et al., 2022).

5.4.2.6. El capital o apoyo social

El capital social son los recursos que tienen los individuos derivados de sus relaciones y contactos sociales.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, las personas con menor apoyo social son las que tienen mayor prevalencia de problemas de SM (Bones et al., 2010). Pero el capital social no se estudia como variable independiente, sino que se agrupa en investigaciones de otros factores socioeconómicos, ya que, las relaciones sociales suceden en cada uno de los ámbitos de la vida de las personas. Por ejemplo, en referencia al capital social en el lugar de trabajo, los DSS afirman que su baja intensidad es un elemento de mala SM entre los hombres (Ruiz et al., 2022).

5.4.2.7. Edad

Parece ser que el factor de la edad toma una asociación de manera significativa entre las mujeres. Lo que podría suponer, según algunos estudios, que ese factor moldea el efecto de las variables socioeconómicas sobre la SM entre el colectivo de las mujeres (Arias, 2019).

Además del binomio de edad-género, hay que señalar que en otros estudios se observan las desigualdades en el acceso a los servicios de SM vinculadas con la edad. En este caso, la población mayor de 64 años es aquella con menor acceso a los/as profesionales de estos servicios especializados, entre los que están la psiquiatría y la psicología (Bones, 2011).

5.4.2.8. Estigma

Este término fue definido por Erving Goffman como un atributo que desacredita y desvaloriza, derivado de estereotipos negativos hacia quien lo posee. Este autor considera que la marginación de la población con enfermedades mentales se originó por el reconocimiento público de la propia enfermedad mental, creando la despersonalización del enfermo y sirviendo como justificación de su exclusión e incapacidad (Navarro y Trigueros, 2019).

El concepto surge por la diferencia entre las características que debe tener un individuo según lo determinen así las normas culturales y los atributos reales que posee (Navarro y Trigueros, 2019).

El estigma es un fenómeno de carácter social que también engloba elementos de carácter individual por lo que, las posibles soluciones deben de ser intervenciones en los niveles social y personal (López et al., 2008).

En este caso el tipo de estigma que es objeto de estudio de este trabajo es el relativo a las enfermedades mentales. Para comprenderlo mejor se exponen a continuación algunas de sus características:

- Existen algunos estudios que consideran que es un fenómeno universal con mecanismos ligados a la dinámica social, lo que supone su compleja eliminación.
- Engloba elementos personales cognitivos, emocionales, conductuales y estructurales.
- Actúa sobre personas y grupos o colectivos concretos por fases de identificación, etiquetado y asociación de estereotipos generando resultados discriminatorios y de asimetría de poder.
- En su papel sobre el colectivo de las personas con enfermedades de SM, se identifican diversos factores como las conductas no normativas posiblemente síntoma de la enfermedad

o del tratamiento con fármacos, el diagnóstico y uso de los servicios especializados de SM, la imágenes difundidas que distorsionan y magnifican la realidad y los problemas, la asociación con los servicios tradicionales de SM basados en la exclusión, y por último, la conductas de los/as profesionales tanto de los de SM como de los demás.

Si bien hay estigmatización por las enfermedades mentales, no todas son percibidas o tratadas de la misma manera. Algunas están más normalizadas como la ansiedad y otras menos, como la esquizofrenia, y esto conlleva un diferente grado de estigma en cada uno de los casos (Navarro y Trigueros, 2019).

Los componentes de estigma son (Navarro y Trigueros, 2019):

- El componente cognitivo o de conocimientos.
- El componente emocional o de sentimientos.
- El componente conductual o de comportamiento.

Y están clasificados dentro de tres niveles de comportamiento social conocidos como estereotipos, prejuicios y discriminación.

En cuanto al estigma de tipo social, existen un conjunto de “agentes” sociales que resultan relevantes por su rol en los distintos momentos y etapas del proceso de estigmatización, por ello también, en el de des-estigmatización. Entre ellos se encuentran los/as profesionales de los medios de comunicación, los/as profesionales docentes, los/as empresarios, los/as profesionales de Atención Primaria de Salud, de los servicios sociales comunitarios y otras entidades de ayuda a las personas, y los/as profesionales de SM (López et al., 2008).

Esta acepción se sostiene bajo normas socioculturales establecidas entre la población.

De otra manera, se conoce el término auto estigma entendido como la disminución de la autoestima y confianza propia que desemboca en situaciones de aislamiento social, dificultades en la búsqueda de ayuda, mala adherencia a los tratamientos o actitudes pesimistas respecto a la recuperación (Navarro y Trigueros, 2019).

O se distingue también el estigma de los/as profesionales de atención en SM, ya que el estigma se encuentra en el conjunto de la población, lo que incluye también a las personas que atienden a los/as pacientes o usuarios/as. Realmente la responsabilidad de las actuaciones en estos/as profesionales es muy importante por el impacto y repercusión que suponen para la atención de los afectados.

A través de distintos estudios se han llegado a una serie de conclusiones respecto al estigma de los/as profesionales de SM (Navarro y Trigueros, 2019):

- No hay grandes diferencias entre las creencias, actitudes y comportamientos hacia las personas con enfermedades mentales por parte de los/as profesionales y el resto de la población.
- Los/as profesionales las consideran violentas, prefieren distanciamiento social con ellas o ponen en duda sus capacidades de adaptación social.
- El estigma aumenta cuanto mayor es la formación de los/as profesionales.
- Los/as profesionales muestran actitudes negativas hacia las personas afectadas de trastornos psicóticos.
- Se ha observado que los/as profesionales de psiquiatría presentan más estereotipos y actitudes negativas que el resto de los/as profesionales sanitarios.

- Se asumen actitudes paternalistas por parte de los/as profesionales y emplean etiquetas o lenguaje estigmatizador sobre todo con los/as pacientes con esquizofrenia.

5.4.3. Exclusión social de personas que padecen enfermedades mentales

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España, la prevalencia de problemas de salud es mayor entre personas con trastornos crónicos y en personas que se encuentran limitadas en el desarrollo de sus actividades cotidianas, entre las gravemente limitadas, concretamente hay un 61,1% de hombres y un 70,7% de mujeres. Y entre estas personas, además, la mayor prevalencia se está entre los que afirman que la causa de la limitación son problemas de SM y físicos, destacando el 65,8% hombres y el 81,9% mujeres (Bones et al., 2010).

5.4.4. Recursos para la atención a la Salud Mental

En los últimos años se han desarrollado nuevas herramientas para representar los recursos de SM de manera espacial, por lo que, los mapas de salud mental son considerados instrumentos de gran utilidad para la planificación de servicios basada en la evidencia, que posibilitan conocer los distintos tipos de recursos disponibles, su ubicación geográfica y las áreas de atención (De Pedro et al., 2016).

Estos recursos de SM en el territorio español adquieren características en las diferentes Comunidades Autónomas pero en su mayoría son comunes los siguientes (Instituto de Información Sanitaria [IIS], 2007):

- Equipos de Salud Mental de Distrito.
- Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidades de Salud Mental de Adultos.

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

- Unidades de Rehabilitación de Área como los centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
- Unidades de Salud Mental de Hospital General y las Unidades de Agudos.
- Comunidades terapéuticas.
- Dispositivos Residenciales.
- Unidades de Hospitalización Breve.
- Hospitales de Día.
- Centros de Día.
- Pisos tutelados o viviendas supervisadas.
- Mini residencias de atención a enfermedades mentales.
- Hospitales Psico geriátricos.
- Recursos de integración laboral como los talleres ocupacionales o prelaborales.
- Asociaciones de familiares y enfermos mentales como FEAFES o Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales.
- Programas de Atención Domiciliaria.
- Programa de Drogodependencias.

Cabe mencionar en relación con los recursos de atención, el gasto de las familias en el tratamiento de enfermedades de SM. Más de la mitad de las personas con problemas de salud mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado (FEAFES, 2023).

El Gobierno ha visibilizado su interés por fortalecer el Sistema Nacional de Salud a través de los datos de los Presupuestos Generales de 2023, según afirma una nota de prensa del Ministerio de Sanidad. Se contará en 2023 con 2.746,17 millones de euros, un 7,83% más que en 2022, de ellos, un porcentaje equivalente a 43 millones de euros destinado al Plan de Acción Salud Mental y Covid-19 (Ministerio de Sanidad, 2023).

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

Pero a pesar de la puesta en marcha de algunos medios o estrategias para abordar la SM como es la destinación de capital económico, nos encontramos con situaciones que dificultan la atención o aspectos como las largas listas de espera para ello. Por ejemplo, en la comunidad de Madrid existe una gran lista de espera para acceder a los recursos de la red de atención social que atiende a las personas con enfermedad mental, como se puede ver en la tabla 2 con fecha de referencia del 30 de abril del año 2023 (Comunidad de Madrid, 2023). O en la Comunidad Autónoma de Castilla y León como se puede observar en la tabla 3 (Junta de Castilla y León, 2023).

Tabla 2.

COMUNIDAD DE MADRID. LISTA DE ESPERA DE DEMANDA DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	
TIPO DE CENTRO O SERVICIO	Nº DE DEMANDANTES EN LISTA DE ESPERA
RESIDENCIAS	417
PISOS SUPERVISADOS	99
APOYO AL ALOJAMIENTO-PLAZAS EN PENSIONES	30
CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	188
CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL	100
CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL	336
EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO	171
SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL Y APOYO A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE SIN HOGAR	11

Fuente: Comunidad de Madrid, 2023.

Tabla 3.

LISTA DE ESPERA Y DEMORA MEDIA CONSULTAS EXTERNAS															
31 de marzo de 2023															
PSIQUIATRÍA	CA Ávila	CAU Burgos	H Santiago Apóstol	H Santos Reyes	H El Bierzo	CAU LEÓN	CAU PALENCIA	CAU Salamanca	CA Segovia	CA Sorle	HURH Valladolid	H Medina del Campo	HCU Valladolid	CA Zamora	Castilla y León
Número de pacientes en espera para primera consulta externa	548	1.147	252	274	412	1.192	363	603	498	102	486	98	1.324	572	7.871
Número de pacientes en espera estructural para primera consulta externa	123	987	166	235	401	87	41	4	21	91	256	64	886	304	3.666
Porcentaje de pacientes en espera estructural sobre el total de pacientes en espera para una primera consulta	22%	86%	66%	86%	97%	7%	11%	1%	4%	89%	53%	65%	67%	53%	47%
Tiempo medio (días) de espera estructural para primeras consultas	50	39	63	94	58	36	13	11	27	20	22	33	37	22	42

Fuente: Salud Castilla y León, 2023.

Por último, hay que destacar que, debido a estas listas de espera en los servicios sanitarios públicos, en numerosas ocasiones las personas usuarias o familiares deciden recurrir a la atención privada como método más ágil y continuado de atención o tratamiento. Este es el ejemplo de la visita a consultas psicológicas que ha aumentado en los últimos años, un ejemplo de ello es lo que indica el periódico *La Razón*: “la demanda de la población española en general aumentó un 37,2% en comparación al año 2021” (2022), no solo ocasionado por la problemática anterior sino también por una normalización social en lo que respecta a pedir ayuda profesional para el bienestar mental.

Pero acudir a este tipo de consultas conlleva una serie de gastos que no todas las personas se pueden permitir, el coste medio de una sesión psicológica era de 51 euros la hora en el año 2020 según afirma el medio digital *El Confidencial* (2020), precio que oscila entre los 45 y los 62 euros por consulta, existiendo además diferencias entre las diversas comunidades autónomas. Una alternativa costosa a la opción de la atención sanitaria pública y las esperas que actualmente presenta.

5.4.5. Salud Mental en la agenda política y social

El tema de la SM en las actuaciones políticas y sociales en España ha tomado mayor relevancia durante los últimos años debido a las consecuencias de la pandemia del Covid-19 y todo aquello relacionado con su gestión y mecanismos de respuesta.

Pero ya en años anteriores, a través de diferentes estudios sobre las desigualdades territoriales en el uso de los recursos de SM se pudo observar que es importante desarrollar, fortalecer y defender políticas de bienestar social para lograr una sociedad más igualitaria y saludable (Bones, 2011). Esta propuesta surgió del análisis de datos de que visibilizaban esas desigualdades entre las Comunidades Autónomas y las asociaba a la disponibilidad de

profesionales de los servicios especializados de SM y enlazadas con la organización de la red de SM (Bones, 2011).

Acercándonos más a la actualidad, se sabe que en España se han creado planes estratégicos de SM con un enfoque centrado en la persona, en la comunidad, en la recuperación y en los derechos, siguiendo los modelos promulgados por Naciones Unidas y la OMS.

Se aprobó en el año 2021 la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, siguiendo el camino de la propuesta de la OMS de “la necesidad de brindar servicios de salud mental de alta calidad, centrados en la persona y orientados a la recuperación, que protejan y promuevan los derechos humanos de las personas”, pero aun así se han materializado escasos cambios al respecto por lo que se proponen acciones en aspectos más estructurales (Sampietro et al., 2023).

5.5. Políticas, planes, programas y proyectos asociados

En este apartado se mostrarán una serie de documentos y elementos sobre los que se apoya nuestro estudio para posteriormente poder elaborar una hipótesis sobre el tema. En este caso, se analiza el encuadre legislativo y los planes o programas que existen a nivel internacional, europeo y nacional sobre los diferentes aspectos implícitos en la problemática que se quiere tratar.

LEGISLACIÓN:

Para fundamentar de manera más completa toda la investigación, es adecuado aludir a documentos como los internacionales, los cuales en la mayoría de las ocasiones suponen, por el hecho de ser elaborados para un ámbito global, un apoyo reconocido además de una pauta para aquellos territorios a los que se dirige. Las necesidades de adaptación a estos implican mayores exigencias sobre todo en lo relacionado al reconocimiento político y social, convirtiéndose por parte de las

diferentes instituciones implicadas en una forma de cuidar la imagen pública, y por parte de los poderes que promulgan estas acciones, un medio de demandar la participación de los anteriores.

Por ello, aquí aludimos a uno de los tratados internacionales más importantes en materia de garantías en SM (OMS, 2003, p. 15):

- La Declaración Internacional de Derechos que incluye:
 - Declaración de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.
 - Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles.
 - Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Existen otros acuerdos internacionales, en este caso no vinculantes, que engloban los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de SM (OMS, 2003).

PLANES:

- **Ámbito internacional:**

Resulta importante mencionar el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2022), que aúna la necesidad de la atención de la SM y los objetivos que tanto ciudadanos como profesionales deben seguir. De esta manera, enmarcamos tres de los temas de este trabajo: la salud mental, la atención profesional en este campo y de manera transversal, el posible papel del trabajo social como agente motor para la consecución de los propósitos.

Sobre todo, es determinante observar la última de las tres vías de transformación que se propone en el Informe Mundial sobre Salud Mental publicado

por la OMS, que hace referencia al fortalecimiento de la atención de SM y a la protección y promoción de los derechos humanos (OMS, 2022).

- **Ámbito nacional:**

También es posible observar que las actuaciones políticas sí que están enfocadas al fomento de una atención de calidad donde los/as profesionales deben ofrecer una atención personalizada y segura (Ministerio de Sanidad, 2022), lo que supone a tener en cuenta que tal vez la existencia de sesgos por estigmatización pueda dañar esta línea de acción, de manera que hay que conocer exactamente lo que sucede en la práctica y encontrar sus semejanzas o diferencias con la teoría, con el modelo idílico de atención que se pretende conseguir para redireccionar los aspectos menos favorables.

Una forma de hacerlo puede ser como propone el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, con la sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de SM (Ministerio de Sanidad, 2022), pero no solo dirigida a la población en general sino concretamente a los/as profesionales de los que depende la atención de estos individuos.

Se enmarca también entre las políticas nacionales, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud propuesta para el periodo entre el 2022 y el 2026. Es una estrategia desarrollada desde el 2006 que realiza actuaciones de coordinación desde el nivel nacional con las comunidades autónomas, con un enfoque integrado que aúna la promoción de la SM, la prevención de las problemáticas que se le relacionan, el diagnóstico y tratamiento, la coordinación entre instituciones y dentro de las entidades, todo ello con la finalidades de generar acciones de integración social para este colectivo, además de luchar contra el estigma del que se habla anteriormente en este trabajo.

Está planteada tras el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2017 donde se determinó la reorientación de la Estrategia en el campo

de la SM, así se podría tener en cuenta lo pasado y permitir la toma de decisiones y caminos a seguir en el nuevo tiempo (Ministerio de Sanidad, 2022).

Por otra parte, la regulación de los servicios de SM en España viene concretada mediante el contenido de la Cartera de Servicios que está establecido por el Real Decreto 1030/2006 y sus diversos apartados se determinan por orden del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

Entre ello, encontramos la cartera de servicios comunes de atención especializada, como es el caso de la SM, que engloba el diagnóstico y seguimiento clínico de las enfermedades mentales, la psicofarmacoterapia, la psicoterapia y la hospitalización. Es decir, se aglutinan las diferentes prestaciones sanitarias en esta área de salud (Ministerio de Sanidad, 2023).

6. METODOLOGÍA

En este Trabajo de Fin de Grado lo que se pretende es generar conocimiento acerca de la influencia de los factores sociales y económicos en la atención que se da a la Salud Mental, y entre ello, analizar variables como la estigmatización de las enfermedades mentales. Con ánimo de lograr esto, se ha realizado una investigación que tiene por base una metodología de carácter cualitativo.

Esta metodología cualitativa se ha fundamentado en la investigación documental y revisión bibliográfica mediante la exploración de escritos referentes a la Salud Mental, a la relación de los factores socioeconómicos con la atención en el ámbito de SM, al papel de la estigmatización y al rol del/la trabajador/a social como profesionales que analiza la realidad y propone soluciones de mejora. De igual manera, cabe mencionar que también se ha realizado un estudio de materiales de tipo cuantitativo que apoyara los datos cualitativos presentados, pretendiendo proporcionar mayor fiabilidad a la información debido a este contraste de métodos.

En su totalidad se han consultado archivos científicos de carácter digital a través de buscadores oficiales, se han revisado, comparado, interpretado y sacado las conclusiones, con el fin de arrojar luz a la hipótesis propuesta. Hay que destacar que la metodología originalmente planteada no se ha cumplido en su totalidad, ya que, una parte de la esencia de las investigaciones cualitativas es la observación y la recogida de información a través del trabajo de campo, lo cual, en este caso no ha sido posible poner en marcha las entrevistas a los/as profesionales y usuarios/as de los diferentes servicios o recursos de Salud Mental a nivel local y extrapolar las conclusiones de la muestra a un nivel mayor, para contrastar la información con la existente sobre otros territorios del país.

La hipótesis planteada a la cuestión de la influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental es la que se formula a continuación:

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

cuanta mayor disponibilidad y acceso a los bienes económicos y sociales existe una mejor atención a las cuestiones relativas a la Salud Mental en la población de todo el territorio español.

Cuanto más amplio es el abanico de posibilidades de los individuos en su acceso al mercado laboral, en la participación social y política, cuanto más activos son en las actividades de la comunidad, cuanto más se les valora como objetos productivos y también como personas dentro de la estructura social, entonces las condiciones de atención que les brindan los servicios son más amplias, más completas, más variadas y de mayor calidad, y por ende aumentan las facilidades y mejoras en el trato que les proporcionan los/as profesionales que atienden en estos recursos de Salud Mental de los que se ha hablado a lo largo de este trabajo. Quedando todo ello, determinado por los factores socioeconómicos y el estigma extendido en toda la población, lo que influencia y modelo el desarrollo de las enfermedades mentales, su condición y su tratamiento.

7. CONCLUSIONES

Mediante el análisis cualitativo de documentos científicos se han conseguido abordar todos los objetivos inicialmente propuestos y se ha podido contrastar la información y los datos reales con la hipótesis formulada.

Como se ha observado la Salud Mental está significativamente influenciada por los factores socioeconómicos tales como el lugar de residencia, la edad, el género, la ocupación, etc., los cuales moldean la aparición, prevalencia y consecuencias de las enfermedades mentales en la población del territorio español. Y no solo se encuentra determinada por este tipo de factores, sino que también la estigmatización toma un papel importante tanto en la atención como en el trato del concepto, desde la perspectiva social por los roles de “agentes” sociales en los procesos de estigmatización o des-estigmatización (López et al., 2008), la propia perspectiva de la persona por la influencia en el autoestima y confianza (Navarro y Trigueros, 2019) y la perspectiva de los/as profesionales de los servicios de Salud Mental que al parecer guarda similitud con el estigma detectado en el resto de la población o incluso en ocasiones parece mayor en los/as trabajadores/as del área de psiquiatría en comparación con el resto de profesionales sanitarios por los estereotipos y actitudes negativas (Navarro y Trigueros, 2019).

Se ha comprobado que, en los últimos años, efectivamente este tema ha formado un interesante eje de actuación política y social en los procesos preventivos y asistenciales, llevando las actuaciones hacia el enfoque centrado en la persona y las comunidades, hacia los derechos y tratando de cumplir lo establecido por los órganos internacionales como la OMS o la ONU. El enfoque de atención no se ha dirigido únicamente al área pública sino también a la presencia de los recursos privados que complementan los puntos débiles de la atención proporcionada por el Estado y las Comunidades Autónomas, evidenciando las desigualdades y casuísticas que dirigen la atención de las personas y sus familias de una manera muy marcada según su perfil y, por tanto, sus oportunidades de acceso a esta.

La influencia de los factores socioeconómicos en la atención a la Salud Mental

Se refuta la hipótesis anteriormente mencionada, comprobando gracias a los estudios consultados, que cuanto mayor disponibilidad y acceso a los bienes económicos y sociales, las personas recibirán una mejor atención y cobertura en materia de Salud Mental.

En estas situaciones es importante la perspectiva y el rol activador de los/as profesionales de Trabajo Social, que observan estas problemáticas y son comprendedores de los aspectos que las determinan. Pueden detectarlas y proponer acciones sobre ellas que permitan solucionar los obstáculos y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades de salud mental, ya que el objetivo de la profesión es el bienestar humano, y por ello la promoción de la salud mental como un camino para conseguirlo (Tenorio y Hernández, 2005).

Además de las acciones de promoción propuestas desde Trabajo Social están las de sensibilización, como es el caso de la campaña realizada desde “El Puente” Salud Mental de Valladolid que tiene como fin sensibilizar a cerca de este tipo de enfermedades, combatiendo el estigma asociado a ellas y promoviendo la salud mental. La campaña se ha publicado en redes sociales y fue presentada el día 1 de junio de 2023 en el Centro Municipal José Luis Mosquera de Valladolid, esta emplea metafóricamente un medicamento llamado *Combatilopram* creado para combatir ese estigma y los prejuicios sobre los problemas de salud mental, es decir, “La idea es derribar las actitudes estigmatizadoras que siguen presentes en la sociedad y que tanto daño hacen a las personas que sufren algún problema de salud mental” (FEAFES, 2023).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, J. (2019). *Influencia de la situación laboral y otros factores socioeconómicos sobre la salud mental de la población española* [Programa de Doctorado, Universidad de León].

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=SH6cG7GZSRE%3D>

Bones Rocha, K. (2011). *Desigualdades sociales asociadas a los problemas de salud mental en España: Un estudio Epidemiológico* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona].

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=LqVGt6SGoFA%3D>

Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Revista Psicothema*, (22), 389-395. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714400006.pdf>

Bravo Abrales, R.M. (2008). *La exclusión social*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7644133>

Camacho, J. (2014). Exclusión social. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (7), 208-214. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2242/1178>

Capilla, A. (2001). *Concepción Arenal: un enfoque desde el trabajo social*. <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/113/b13881127.pdf;jsessionid=98F73C177295821C3C4F75E893293A82?sequence=1>

Carrazana, V. (2003). *El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial*.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=s2077-21612003000100001&script=sci_arttext

Cascos, E. (29 de septiembre de 2022). *Jóvenes de 18 a 25 años, los que más visitan al psicólogo*. La Razón.

<https://www.larazon.es/sociedad/20220928/fsxwembocrc7jgyrj5eqwdtli.html>

Comunidad de Madrid. (2023). *Listas de espera de atención temprana, discapacidad y atención social a personas con enfermedad mental*. Comunidad Madrid.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/listas-espera-atencion-temprana-discapacidad-atencion-social-personas-enfermedad-mental>

Confederación Salud Mental España. (11 de enero de 2022). *Las personas con problemas de salud mental vuelven a ser las más afectadas por el desempleo en 2020, dentro del ámbito de la discapacidad*. Confederación Salud Mental España.

<https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-afectadas-desempleo-discapacidad/>

Consejo General del Trabajo Social. (2023). *Internacional – Definición Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.

<https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>

De Pedro, J., Sainz, J., Roca, M. A. y Noguer, I. (2016). *Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención*. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5616843>

Desviat, M. (2020). *Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/367856/466393>

El Confidencial. (30 de septiembre de 2020). *¿Cuánto cuesta ir al psicólogo en España? Hay grandes diferencias de precios entre regiones*. El Confidencial. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiGupiPmbn_AhW9T6QEHRxeBBQQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.elconfidencial.com%2Falma-corazon-vida%2F2020-09-30%2Fcuanto-cuesta-hora-psicologo-espana-precios_2765691%2F&usg=AOvVaw02Mp1lhUtWOBnyQ2813Re2

Eurostat. (2023). EU key indicators. <https://ec.europa.eu/eurostat>

Federación de Salud Mental Galicia. (2023). *Qué es la salud mental*. FEAFES Galicia. <https://feafesgalicia.org/salud-mental/que-es-la-salud-mental/>

Federación de Salud Mental Valladolid. (2023). *El Puente Salud Mental Valladolid lanza una campaña para combatir el estigma y promover la salud mental*. FEAFES Valladolid. <https://consaludmental.org/sala-prensa/puente-salud-mental-campana-estigma/>

Foro de Vida Independiente. (2023). *¿Qué es el FVID?*. Foro de Vida Independiente y Divertad. <http://forovidaindependiente.org/que-es-el-fvid/>

Fundación Encuentro. (2015). *Informe España 2015*. <https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2019/05/Informe-Espana-2015-completo.pdf>

Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. (2007). Informe de Salud Mental: organización y dispositivos. https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf

Junta de Castilla y León. (2023). *Listas de espera y de mora media de consultas externas. Salud Castilla y León*. [Archivo Excel] <https://www.saludcastillayleon.es/es/leq-total-ce-pdt.ficheros/2418519-Lista%20de%20espera%20de%20consultas%20externas%20a%2031%20de%20marzo%202023.xlsx>

Legazpe Martín, S. (2019). *Guía de Intervención para Trabajo Social en pacientes con Trastorno Mental Grave*. [Trabajo de fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://core.ac.uk/download/pdf/290000836.pdf>

Lizana Ibaceta, R. (2007). Desigualdad Social y Trabajo social. *Revista perspectivas*, (18), 145-158. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2573450>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (28). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004

Ministerio de Sanidad. (2023). *Atención a la salud mental*. Sanidad Gobierno. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/AE-7-SaludMental.htm>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental: Estrategia Salud Mental del SNS*.

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). *Los Presupuestos Generales del Estado de 2023 consolidan el compromiso del Gobierno por fortalecer el Sistema Nacional de Salud*.

Sanidad Gobierno. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5904>

Navarro, N. y Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Revista Psychology, Society, & Education*, (11), 253-266.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7282877>

Nota. Adaptado de *El empleo de las personas con discapacidad*. Año 2020, del INE, 2020, INE.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Preguntas más frecuentes*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. 2003. <https://consaludmental.org/publicaciones/Legislacionsaludmentalderechoshumanos.pdf>

Oxfam INTERMÓN. (2023). *Desigualdad social: ejemplos en la vida cotidiana*. Blog Oxfam INTERMÓN. https://blog.oxfamintermon.org/desigualdad-social-ejemplos-en-la-vida-cotidiana/#Definicion_de_desigualdad_social

Porras, N. R. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Revista Tesis Psicológica*, (2), 98-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4630497>

Real Academia Española. (2023). *Estigma*. <https://dle.rae.es/estigma>

Real Academia Española. (2023). *Prevalencia*. <https://dle.rae.es/prevalencia>

Reyes Blanco, O. y Rains Franklin, S. (2014). Teoría del bienestar y el óptimo de Pareto como problemas microeconómicos. *Revista Electrónica de Investigación en Ciencias Económicas*, (2), 217-234. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjtyp_ehZb_AhUCVKQEHZY-A_0QFnoECB0QAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5109420.pdf&usg=AOvVaw3-CKxg5yzuuZZH7OJXV1kT

Romañach, J. (2007). *Diversidad funcional*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2393402>

Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente, A.H. y Del Llano Señarís, J.E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, (96), 1-58. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf

Sampietro, H.M., Rojo, E. y Gómez-Benito, J. (2023). *Recovery-oriented care in public mental health policies in Spain: opportunities and barriers*. Dialnet.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742023000100005&script=sci_arttext#B16

Tenorio, R. y Hernández, M.N. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). *Salud Mental*, 28 (4), 18-32

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1367514>

Unicef. (2023). *Día Mundial de la Justicia Social*. Unicef.

<https://www.unicef.es/educa/dias-mundiales/dia-mundial-de-la-justicia-social#:~:text=La%20justicia%20social%20se%20basa,para%20una%20sociedad%20en%20paz.>

Valero, E., Utzet, M. y Martín, U. (2022). ¿Cómo afectan las distintas dimensiones de la precariedad laboral a la salud mental? *Gaceta Sanitaria*, (36), 477-483.

<https://www.scielosp.org/article/ga/2022.v36n5/477-483/>

VI Congreso Estatal de Educación Social. (2014). Nuevas visiones para la Educación Social, Experiencias y retos de futuro. *Revista de Educación Social*, (18), 1-2.

http://www.eduso.net/res/pdf/18/en6_res_18.pdf