

**PRÁCTICAS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN
SOCIAL DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ANDALUCÍA**

**PROFESSIONAL PRACTICES OF SOCIAL WORK IN SOCIAL CARE FOR
SEVERE MENTAL DISORDER IN ANDALUCIA**

Rafael Conejo-Trujillo¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 14 (2024)

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v14.29732>

¹ Universidad de Málaga (España)  <https://orcid.org/0000-0003-2932-4343>

Contacto: rafac@uma.es

Recibido: **13-12-2023** Revisado: **29-10-2024** Aceptado: **30-10-2024** Publicado: **19-12-2024**

Cómo citar / How to cite:

Conejo-Trujillo, R. (2024). Prácticas profesionales del trabajo social en la atención social del Trastorno Mental Grave en Andalucía. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 14, 1-27. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v14.29732>

Resumen

La atención social a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) ha transitado desde paradigmas que las consideraban prescindibles hacia modelos inclusivos centrados en los derechos humanos. Este trabajo analiza históricamente el papel de los manicomios y hospitales psiquiátricos, así como las prácticas de cuidado desarrolladas en ellos, y ubica las prácticas profesionales del Trabajo Social en la atención al TMG tras la reforma psiquiátrica. Mediante una investigación cualitativa basada en revisión documental y observación participante, los resultados destacan que estos antiguos establecimientos fueron clave en la profesionalización inicial del Trabajo Social, aunque de manera complementaria y subordinada a otras áreas. Actualmente, esta disciplina permanece en las redes de atención al TMG, pero aún carece del reconocimiento formal de su especialización. Además, coexisten prácticas que reflejan tanto paradigmas tradicionales como nuevos enfoques. La trayectoria del Trabajo Social en este ámbito muestra su capacidad de adaptación y su contribución a modelos más inclusivos. Sobresale su potencial para articular ética, políticas públicas y cuidados orientados a la defensa de derechos concretos y efectivos para las personas con TMG. Y presenta competencia para identificar la persistencia de prácticas problemáticas, así como para afrontar con rigor los desafíos metodológicos y éticos necesarios para superarlas.

Abstract

Social care for people with Severe Mental Disorder (SMI) has moved from paradigms that considered them expendable to inclusive models focused on human rights. This work historically analyzes the role of asylums and psychiatric hospitals, as well as the care practices developed in them, and locates the professional practices of Social Work in the care of SMI after the psychiatric reform. Through qualitative research based on documentary review and participant observation, the results highlight that these old establishments were key in the initial professionalization of Social Work, although in a complementary and subordinate way to other areas. Currently, this discipline remains in the SMI care networks, but still lacks formal recognition of its specialization. Furthermore, practices coexist that reflect both traditional paradigms and new approaches. The trajectory of Social Work in this area shows its capacity to adapt and its contribution to more inclusive models. Its potential to articulate ethics, public policies and care oriented to the defense of concrete and effective rights for people with SMI stands out. And it presents competence to identify the persistence of problematic practices, and to rigorously confront the methodological and ethical challenges necessary to overcome them.

PC: Trabajo Social; Salud mental; Trastorno Mental Grave; Práctica profesional.

KW: Social Work; Mental Health; Severe Mental Disorder; Professional Practice.

1. Introducción

Las prácticas de cuidado a las personas con Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG) incluyen acciones, intervenciones y relaciones dirigidas a atender sus necesidades en contextos familiares, sociales e institucionales. Éstas han estado históricamente influenciadas por acontecimientos sociales, políticos y económicos.

En las formas premodernas de la acción social, estas prácticas fueron ejercidas por la familia, los gremios y las cofradías. Más tarde, la beneficencia privada y pública toma el relevo desde establecimientos manicomiales escindidos de las macroinstituciones características del denominado *Gran Encierro* (Foucault, 2011). El manicomio fue innovador y paradigmático en su origen (Novella, 2008); pero con el tiempo las buenas intenciones originales derivaron hacia condiciones que lo cuestionan como alternativa de apoyo a las personas con TMG.

Los hospitales psiquiátricos han sido espacios clave para la atención de las personas con este tipo de problemática, configurando no solo las estrategias de cuidado, sino también a las representaciones sociales de la enfermedad mental y a los paradigmas del tratamiento. Aunque estas prácticas han evolucionado, el cambio puede no ser lineal ni homogéneo en el ámbito de la salud mental, tal como plantean los trabajos de Palacios y Romañach (2006) o el de Santos (2020) en relación a la discapacidad. Por tanto, muchos comportamientos heredados de estos establecimientos, considerados "instituciones totales" tal como las definió Goffman (2012), parecen persistir en la actualidad.

A lo largo del tiempo, la institucionalización del cuidado al TMG ha implicado la progresiva profesionalización de sus prácticas. La psiquiatría se institucionalizó al interior de dichos establecimientos y medicalizó la atención prestada a las personas con TMG. De forma paralela, incipiente y subalterna, ocurre lo propio con el Trabajo Social que aportó la perspectiva social. Sin embargo, en el contexto español y particularmente en Andalucía (España), esta profesionalización no se ha traducido en una especialización reconocida formalmente en el sentido planteado por Mintzberg (1979), lo que ha generado tensiones respecto al rol del Trabajo Social en este ámbito (Lorente, 2020).

El Trabajo Social, inicialmente ligado a lo sanitario en países como Estados Unidos (Munuera, 2021; Colom, 2005), desempeñaba ya un papel relevante en la atención al TMG. Este escenario destaca la relevancia de considerar las protoprácticas de trabajo social

entendidas como un conjunto de acciones, estrategias y enfoques de intervención social no sistematizadas. Aunque no estén en el centro de esta investigación, y en su momento carecieran de sistematización formal o reconocimiento disciplinar, estas prácticas contribuyeron a establecer las bases conceptuales que posteriormente definirían esta profesión y pueden ayudar a determinar la complejidad de su desarrollo.

Todo esto hace que la transformación del sistema de salud mental en Andalucía, que supuso la desaparición de los hospitales psiquiátricos públicos (Carmona y Río, 2011; López et al., 2006), plantee preguntas fundamentales sobre la práctica profesional del Trabajo Social asociada a la atención de personas con TMG. ¿Cómo se han adaptado las prácticas del Trabajo Social a estos cambios? ¿Qué lugar ocupan sus prácticas respecto a la de otras disciplinas? ¿Qué elementos de las antiguas estrategias de cuidado se han mantenido en sus prácticas, cuáles han sido reemplazados y cuáles han desaparecido por completo?

Para ello, se conceptualizan las prácticas profesionales del Trabajo Social en la atención al TMG como la manera en que la labor de esta disciplina se concreta de forma situada, en relación con el contexto social en el que se desarrolla, y descritas a partir de las dinámicas propias de lo cotidiano. En este marco, se adopta una propuesta metodológica que permite contextualizar históricamente estas prácticas en las nuevas redes de atención al TMG, evaluando su alineación con las demandas actuales de un modelo de cuidado transformador e inclusivo.

Este estudio tiene como objetivo describir las funciones y cuidados desplegados en los antiguos manicomios y hospitales psiquiátricos a lo largo del tiempo, identificando la continuidad, transformación y ruptura de sus prácticas del cuidado. Asimismo, busca situar las prácticas del Trabajo Social en la atención social del TMG en el contexto de dispositivos sanitarios y sociales diseñados tras la reforma psiquiátrica, con el fin de analizar si dichas prácticas contribuyen al desarrollo de la ciudadanía de las personas con TMG desde los nuevos paradigmas del cuidado.

2. Metodología

La presente investigación sigue un enfoque cualitativo, adecuado para indagar y comprender la complejidad de fenómenos como los relacionados con la salud mental desde una perspectiva social. Esta metodología permitió describir y analizar las funciones y

cuidados ofrecidos desde los antiguos manicomios y hospitales psiquiátricos en la atención a las personas con TMG. Además, facilitó contextualizar las prácticas del Trabajo Social en los dispositivos creados tras la reforma psiquiátrica, destacando su rol en la atención social de esta población.

El diseño de la investigación combinó el uso de la revisión documental y la observación participante, lo que permitió triangular la información y analizar tanto el conocimiento teórico disponible como la experiencia situada, generando una visión comprehensiva del objeto de estudio.

Se analizaron documentos relevantes, concretamente artículos científicos, informes técnicos, políticas públicas y literatura gris. Estas fuentes se obtuvieron a través del buscador *Google Scholar* y las bases de datos *Dialnet*, *Scopus*, *Pubmed* y *Web of Science* (WoS) —seleccionados por su relevancia en el ámbito de estudio, y su alcance regional/internacional—, bibliotecas especializadas y portales gubernamentales.

Una vez aplicada la combinación de las palabras clave “Trabajo Social”, “manicomio”, “hospital psiquiátrico”, “Trastorno Mental Grave” y “prácticas profesionales” con operadores booleanos y truncamientos, se seleccionaron los documentos relevantes tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de: a) relevancia temática (trabajos sobre salud mental, TMG y Trabajo Social); b) publicación en los últimos 10 años, con excepciones para textos fundacionales o seminales; y procedencia de fuentes académicas o profesionales acreditadas.

La observación se llevó a cabo en el contexto de un espacio residencial sociosanitario para personas con trastorno mental grave. En este caso, el investigador, con más de 25 años de experiencia como trabajador social en salud mental, desempeñó su rol de forma activa en un dispositivo andaluz orientado al cuidado de personas con TMG, manteniendo el equilibrio entre la implicación directa y la distancia analítica con la intención de preservar la objetividad. Para minimizar sesgos, las observaciones fueron validadas mediante sesiones grupales con cuatro profesionales del equipo (tres mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 35 y 62 años) con más de 10 años de experiencia.

El proceso de observación se extendió durante seis meses, desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2022. Las observaciones fueron documentadas en un diario de campo, detallando interacciones, comportamientos, dinámicas grupales y contextos institucionales.

Y complementadas con documentos internos del equipo de trabajo (diarios de actividades, protocolo de urgencias y actas de reuniones). Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, y se garantizaron la confidencialidad y el anonimato en todo momento.

Los datos obtenidos a través de la revisión documental y la observación participante fueron analizados mediante un análisis temático. Este proceso incluyó cuatro etapas: a) lectura exhaustiva y codificación inicial de los datos; b) validación de las observaciones mediante consenso grupal; c) identificación de patrones y proceso iterativo de categorización temática y triangulación de la información entre las dos fuentes, siguiendo las pautas de Coller (2005); y d) integración de hallazgos de ambas técnicas para enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado.

Se documentó detalladamente el proceso de análisis en *NVivo14* para garantizar su reproducibilidad, lo que permitió identificar categorías emergentes como: cambios en los paradigmas del cuidado, transformaciones en las prácticas del trabajo social en la atención al TMG, sistemas públicos de atención al TMG. Las categorías fueron refinadas iterativamente hasta alcanzar saturación teórica.

3. Resultados

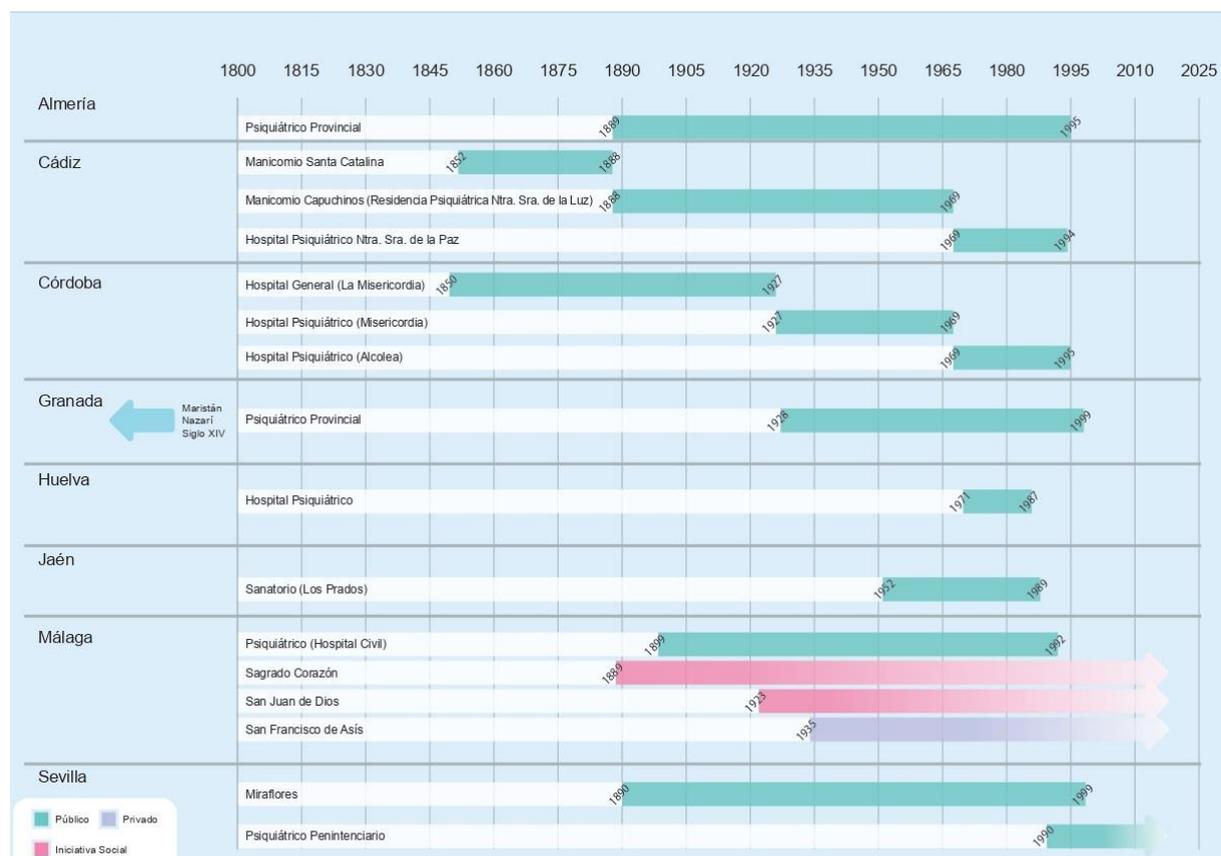
3.1. Del manicomio al hospital psiquiátrico: transformaciones y discursos

El tratamiento de las personas con trastorno mental grave en Andalucía tiene raíces históricas. El primer establecimiento conocido en este sentido, fue el Maristán de Granada, fundado en 1367 (García et al., 1989) y seguido por otros como el Hospital de los Inocentes en Sevilla (1436). Estas instituciones no cumplían funciones hospitalarias en el sentido moderno (Giménez, 2008), combinaban caridad, control social y prácticas rudimentarias de cuidado.

En Europa, a finales del siglo XVIII, los manicomios comenzaron a institucionalizarse como espacios dedicados exclusivamente al tratamiento de la “locura”. En España, la Ley General de Beneficencia de 1822 reguló estas instituciones, consolidándose con la Ley de 1849, que marcó el inicio de dos redes de manicomios y hospitales psiquiátricos, una pública y otra privada (Casado, 2007).

En Andalucía, desde mediados del siglo XIX, tal como describe el Cuadro 1, tuvieron un gran peso las dos redes antes señaladas, apareciendo en el primer tercio del siglo XX la iniciativa privada con fin de lucro (Huertas, 2002).

Cuadro 1
Manicomios y hospitales psiquiátricos andaluces



Nota. Elaboración propia en base a Broza (1966); Diputación Provincial Huelva, (2014); Diputación Provincial de Jaén (s.f.); García et al. (1989); García-Díaz (2018); Giménez (2008); Imágenes de la psiquiatría (2010); Notas cordobesas (2011) y Villasante (2011).

Durante el siglo XX, crecieron las críticas a las condiciones inhumanas en los hospitales psiquiátricos. La II República intentó integrar a los problemas de salud mental en la medicina general para evitar la marginación y el abandono sufrido hasta el momento (Candela y Villasante, 2021; Huertas et al., 1997), pero la Guerra Civil y el franquismo interrumpieron estos avances. Posteriormente, con la Ley General de Sanidad de 1986 se inició la reforma psiquiátrica. Se transfirió la atención de las personas con TMG al sistema público sanitario y, de forma paralela, se procedió al desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos públicos, con la excepción de los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Valencia dependientes del Estado español, que siguen presentes.

Peset (2022) constata que, tanto la atención al TMG como el hospital psiquiátrico, han cambiado a lo largo del tiempo. Sacristán (2009) describe la existencia de tres grandes discursos presentes en el ámbito académico en relación con este tipo de institución. En ellos se evidencian las funciones que ejercieron:

1. El que destaca su humanización inicial y sus contradicciones: aunque los manicomios dignificaron a las personas con TMG al brindarles un espacio protegido, se convirtieron en lugares de aislamiento, hacinamiento y tratamientos inadecuados.
2. El que las concibe como instrumentos de control social: inicialmente bajo la Iglesia y la familia, el control de la “locura” pasó al Estado moderno, legitimado por discursos científicos.
3. El que los considera espacios de refugio y conocimiento: los manicomios también funcionaron como centros terapéuticos y de producción de saber, aunque permeados por tensiones entre los intereses de usuarios, profesionales y familias.

3.2. Las prácticas del Trabajo Social en la atención al TMG: antecedentes, transformaciones y modelos

Hasta el siglo XVII, las personas con trastorno mental grave, lo mismo podían ser toleradas, alimentadas y cuidadas por su familia sin grandes pretensiones de mejoría, que llevadas en peregrinación a santuarios esperando un milagro, dejadas junto a los animales en los establos, encerradas en un ático, recluidas en los hospitales dentro de las celdas de agitados, arrojadas en calabozos o abandonadas al vagabundeo en las calles (Casado y Guillén, 2005; Sacristán, 2009). En esta etapa, las prácticas del cuidado implementadas hacia las personas con TMG se fundamentaban en el modelo de la prescindencia, tal como lo describen Palacios y Romañach (2006). Quienes presentaban este tipo de trastornos eran prescindibles en términos sociales y productivos.

Posteriormente, los manicomios emplearon medidas y tratamientos con el objetivo de contener conductas y sintomatologías e intentar la curación de sus trastornos mentales. Unas fueron arquitectónicas. Se entendía que, situados fuera de los núcleos de población y aislados, beneficiarían a las personas con trastornos mentales y mejorarían las terapias y rehabilitaciones. Otras físicas, como la inmovilización mecánica o la hidroterapia (Ceballos, 2006).

A finales del siglo XVIII surgieron movimientos reformistas que propusieron un trato más humano para las personas con trastornos mentales. Figuras como Pinel en Francia y Tuke en Inglaterra promovieron la “terapia moral”, sustentada en el aislamiento, la rutina, la disciplina y el diálogo con la parte sana de la persona enferma (Galende, 1990).

Transformados los manicomios en hospitales psiquiátricos, se añadieron los tratamientos biológicos (transfusiones de sangre de cordero, camisas de fuerza, malarioterapia, insulino-terapia, lobotomías, o convulsiones con alcanfor); la terapia electroconvulsiva; y los primeros psicofármacos (Pacheco, et al., 2015).

Los manicomios y hospitales psiquiátricos fueron espacios en los que las protoprácticas de trabajo social en la atención al TMG se transformaron, hasta adoptar, en el siglo XX, la forma de prácticas profesionales. Proceso que ha podido incorporar al menos en parte alguna de las características de estas protoprácticas como:

1. Su carácter asistencialista: estas prácticas se centraban en proporcionar ayudas directas a las personas necesitadas, como alimentos, refugio o cuidados necesariamente básicos, sin abordar las causas estructurales de su situación.
2. Su enfoque moral o caritativo: estaban frecuentemente influenciadas por ideologías religiosas o filosóficas, buscaban aliviar el sufrimiento humano y promover valores como la compasión y la solidaridad.
3. La subalternidad: surgieron como actividades complementarias dentro de campos como la asistencia religiosa, la medicina o la psicología, sin una identidad profesional propia.
4. O su limitada sistematización: sus acciones no contaron con una metodología y principios científicos explícitos, basándose principalmente en la experiencia práctica y en la tradición.

A la reforma moral le siguió otra de atención comunitaria que abogaba por la integración de las personas con TMG en la sociedad. Aquí, las trabajadoras sociales desempeñaron un papel clave. Se centraron en el desarrollo de relaciones de confianza, brindaron apoyo emocional y ayudaron a las personas a reintegrarse en la comunidad. También trabajaron para mejorar las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas y abogaron por cambios en las políticas y prácticas de atención.

El proceso de profesionalización de los cuidados a las personas con TMG transitó a lo largo de los procesos reformistas descritos anteriormente (Conejo, 2017). La medicina amplió la

construcción de su rol profesional valorando conductas humanas y estableciendo diagnósticos para delimitar las fronteras de lo patológico. La psiquiatría se institucionalizó como disciplina. Lo que, además de aportar bondades terapéuticas, permitió que mujeres, homosexuales y disidentes políticos se convirtieran en usuarios de los manicomios a lo largo de diferentes coyunturas históricas (Sacristán, 2009; Sánchez, 2013). En este contexto, la atención a los trastornos mentales se orienta hacia el modelo rehabilitador que, tal como señala Velarde (2012), busca atender a la persona enferma mediante intervenciones médicas y terapéuticas.

El Trabajo Social nace vinculado a lo sanitario desde que Mary Richmod y Garden Hamilton afianzaran sus funciones en este ámbito a principios del siglo XX (Colom, 2005, 2022; Munuera, 2021), y a la salud mental cuando, en torno a 1914, las primeras profesionales del Trabajo Social se incorporaran a hospitales psiquiátricos en los Estados Unidos (Garcés, 2010), siendo considerada Mary Potter Brooks la primera trabajadora social psiquiátrica.

En la literatura científica consultada, destacan varios aspectos sobre los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía que son relevantes para este trabajo. Villasante (2011) describe la insuficiencia de personal médico y de enfermería, así como la baja profesionalización existente en el hospital de Granada en 1916. Torres (2013) resalta las deficiencias de personal médico, enfermería, psicología, terapia ocupacional o laborterapia, además de contar solo con un asistente social en el hospital psiquiátrico de Jaén en 1980. Hernández (2009), por su parte, aborda las condiciones de vida de los internos del hospital jiennense antes de su ingreso y las más que dudosas prácticas justificadas en ese contexto como terapéuticas.

En relación con el ambiente percibido en estos establecimientos, señalaban que, en general, las instalaciones y el entorno no dejaban una buena impresión. Sin embargo, existían excepciones en los departamentos destinados a “pensionados” y personas distinguidas, donde las condiciones eran excelentes (Hernández, 2009; Torres, 2013; Villasante, 2011).

A mediados del siglo XX, surge un importante movimiento de desinstitucionalización que buscaba el cierre progresivo de los grandes hospitales psiquiátricos (Desviat, 2020; Elvira, 2018; Girao, 2018).

En este nuevo contexto, las trabajadoras sociales se convirtieron en enlaces clave entre las personas con TMG, los servicios de salud mental y los recursos comunitarios. Colaboraron, gestionando las dificultades implícitas (Remartínez, 2021; Silva et al., 2019), con otras profesionales de la salud mental, con los proveedores de atención primaria y con las

organizaciones comunitarias para garantizar una atención integral y coordinada. Buscaron asegurar que las personas tuvieran acceso a servicios de salud mental, vivienda, empleo, educación y apoyo social en su entorno comunitario. Promovieron la autonomía de las personas, su integración social y el desarrollo de servicios comunitarios, sentando las bases de un enfoque más humanista e inclusivo.

Las transformaciones producidas a raíz de la reforma psiquiátrica son confrontadas desde un nuevo modelo de atención al TMG. Este se basa en el principio de recuperación y en la atención centrada en la persona (Sheperd, et al., 2008). Actualmente, este planteamiento constituye el pilar en la atención a los trastornos mentales graves. El nuevo modelo reconoce la capacidad de las personas para llevar una vida significativa y prioriza su autodeterminación. El trabajo social apoya este enfoque en la medida en que reconoce la experiencia individual como base del tratamiento; fomenta la autonomía y las metas personales; promueve la inclusión social; combate el estigma; y propone colaborar con redes comunitarias e interprofesionales

Este cambio de paradigma busca entornos más acogedores y respetuosos, donde las personas con TMG puedan participar activamente en su comunidad y desarrollar una vida plena (Del Río, 2020).

3.3. El trabajo social en la atención al TMG en Andalucía

En Andalucía, el trabajo social desempeña un papel esencial dentro del sistema público de atención a las personas con problemas de salud mental. Sistema que está profundamente orientado hacia la atención al TMG.

La política andaluza de salud mental busca reducir estigmas, crear entornos de apoyo y fomentar la integración social de las personas con problemas de salud mental. Estos trastornos presentan diversas manifestaciones y niveles de gravedad, lo que demanda una atención multidisciplinaria que integre a psiquiatras, psicólogas, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales, entre otros profesionales (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

Los principios que rigen la atención incluyen (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011; Servicio Andaluz de Salud, 2019):

1. Enfoque centrado en la persona, orientado al bienestar psicosocial.
2. Modelo comunitario, que integra a los usuarios en su entorno social.

3. Participación activa, promoviendo la toma de decisiones informadas sobre su tratamiento y recuperación.

Estos enfoques buscan garantizar el respeto a los derechos humanos y eliminar prejuicios asociados a los problemas de salud mental.

En Andalucía la tasa global de prevalencia es de 2,4 personas con TMG por cada 1000 habitantes (Del Río, 2020). El TMG puede afectar a personas de cualquier etnia, género, edad o condición social. Son condiciones médicas que requieren atención y tratamiento adecuados, como cualquier enfermedad, por lo que, además de tratamientos específicos, se trabaja para desestigmatizar los problemas de salud mental y promover una comprensión empática hacia las personas que los padecen. La ética aquí, cobra un papel relevante al recordar que todas las personas merecen ser tratadas con respeto y dignidad, independientemente de si experimentan trastornos mentales u otros desafíos de salud. El enfoque propuesto es brindar apoyo, comprensión y acceso a los servicios de salud mental necesarios para promover su bienestar y calidad de vida.

En la región andaluza, existen servicios y recursos disponibles para abordar problemas de salud mental con enfoques preventivos, diagnósticos tempranos, tratamientos y apoyos continuos (Carmona et al., 2016).

El sistema de salud mental andaluz incluye (Servicio Andaluz de Salud, 2019):

1. Atención primaria: primera línea de intervención, a cargo de médicos de familia, enfermeras y trabajadoras sociales.
2. Atención especializada: incluye hospitalización, terapia individual y grupal, y programas de rehabilitación psicosocial.
3. Programas de apoyo social: una fundación pública (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental [FAISEM]) que proporciona asistencia a personas con TMG en sus entornos habituales.
4. Equipos de atención domiciliaria: brindan seguimiento en los hogares de los usuarios.
5. Programas de prevención: sensibilización en escuelas, lugares de trabajo y comunidades para fomentar la inclusión y el apoyo social.

La literatura consultada señala que las prácticas de las trabajadoras sociales, a la hora de prestar apoyo y asistencia a personas con problemas de salud mental, incluyen cinco funciones:

1. El diagnóstico social de necesidades sociales en personas con trastornos mentales. Permite comprender el entorno social, familiar y económico, identificar recursos y evaluar apoyos disponibles (Bega, 2020);
2. La planificación de intervenciones de servicios y programas de atención a la salud mental y colaboración con otros profesionales para diseñar planes de tratamiento y rehabilitación que aborden las necesidades sociales de las personas (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, s.f.);
3. Apoyo y orientación para personas con trastornos mentales y sus familias. Se ofrece un espacio seguro para expresar preocupaciones, proporcionar información sobre recursos y servicios, y guía en la toma de decisiones relacionadas con su atención y recuperación (Miranda, 2015; Miranda y Galán, 2021);
4. La intervención de crisis y emergencia, que coordina otros profesionales para dar apoyo y asistencia inmediata en situaciones de riesgo o vulnerabilidad (Trullenque, 2010); y,
5. La promoción de la autonomía de los pacientes con problemas de salud mental para participar en decisiones sobre su propia atención y recuperación. Facilitar acceso a información, recursos y servicios que ayuden a ejercer derechos y tomar decisiones informadas (De Pena et al., 2017).

3.4. Trabajo social y TMG: prácticas sociales situadas y cotidianas

La literatura científica revisada constata que las trabajadoras sociales desempeñan un papel esencial en el abordaje integral de los problemas a las personas con TMG, aportando los principios de justicia social, derechos humanos y equidad. Su objetivo es garantizar que todas las personas tengan acceso a una atención de calidad y a los apoyos necesarios para su bienestar integral. ¿Cómo llevar dichos enunciados generales y abstractos a la práctica? ¿Cómo concretarlos en la atención a pacientes según casuísticas específicas? ¿Cómo aprenderlos y transmitirlos en tanto conocimiento especializado? Mediante las prácticas sociales situadas, parece ser una respuesta teórico-metodológica común, porque conocer las prácticas *in situ* amplía la experiencia y se accede a los comportamientos que no se conocen de manera directa. Tal estrategia supone entender las condiciones concretas en las

que ellas se inscriben y el modo en que los individuos las apropian (Abric, 2001). Este apartado describe la observación de una situación (“evento”) acaecida en un dispositivo residencial para personas con TMG y la cotidianeidad de las prácticas de las trabajadoras sociales en contextos de atención al TMG.

El evento hay que situarlo en el contexto del proceso de acogida de personas con TMG en un dispositivo residencial donde conviven veinte personas con este tipo de trastorno. El equipo de profesionales está compuesto por un trabajador social en funciones de gestión y coordinación, doce con función de monitoreo residencial (once mujeres y un hombre), personal de cocina (dos mujeres) y de limpieza (dos mujeres). Desde su apertura hace quince años, el día de la incorporación, el trabajador social hizo entrega de la llave de la habitación a cada persona con TMG que ocupó su plaza. Esta era una práctica que normalizaba el espacio institucional, garantizaba la intimidad, reforzaba la responsabilidad y dignificaba a la persona con TMG, en suma, respetaba los derechos humanos. Tras década y media de funcionamiento, a raíz de la implementación de un protocolo de prevención de riesgos laborales (simulacro de incendios), dentro del equipo del dispositivo afloró la tensión entre seguridad —para las personas con TMG— y responsabilidad penal —para los profesionales—. A pesar de que los usuarios y usuarias estaban habituados a tener las llaves y que era una práctica normalizada en el dispositivo residencial, la acción fue: a) por parte del equipo de monitoras/es solicitar la retirada de las llaves de la habitación a los residentes; b) el trabajador social propuso la alternativa de instalar llaves magnéticas para garantizar la intimidad y el acceso en caso de emergencia; c) iniciativa que fue rechazada por la dirección; y d) el equipo de monitoras aceptó acríticamente la decisión de los responsables institucionales. La reacción de las personas usuarias abarcó desde quejas por la pérdida de intimidad o por la inseguridad ante la sustracción de enseres personales, hasta la resignación vinculada a la enfermedad. El uso de las llaves en el dispositivo residencial se había gestionado desde la normalidad como una práctica social, no clínica, y había dado resultados.

La vida cotidiana es el lugar asignado a un individuo y sus relaciones por la división del trabajo para contribuir a la construcción social (Heller, 1985). La de una trabajadora social en salud mental varía según el entorno y el contexto en el que trabaje, por lo que es dinámica, contextual, situada y diversa. En relación con las prácticas en contextos de TMG, desde el trabajo de campo realizado en esta investigación, se pudo observar que:

1. Lo cotidiano es establecer contacto con las personas usuarias de los dispositivos con el fin de identificar su estado de ánimo; actividad sin horario predeterminado, pues depende de un sin número de circunstancias de las personas con TMG. El contacto es prioritario, pues aporta la base para cualquier intervención, incluso para las de trámite.
2. Las rutinas incluyen evaluar y planificar al comenzar el día; se revisan los casos asignados con la información disponible sobre cada usuario y sus necesidades sociales inmediatas. Las metas y planes de atención son individualizados y coordinados con el equipo de trabajo.
3. Las intervenciones individuales y grupales son habituales y programadas; se atienden a los tratamientos según esté en dispositivo residencial u hospital, terapias, apoyos, asesoría y habilidades para afrontar y resolver problemas con autonomía y bienestar.
4. La coordinación es diaria y continua; según transcurre el día se generan necesidades de coordinar personas, servicios y recursos, así como vigilar que los diferentes protocolos se cumplan para garantizar la atención integral de las personas usuarias. Incluye trabajo en equipo, reuniones interdisciplinarias, revisiones de tratamientos, discusiones clínicas y consultas que aseguren la atención integral y coordinada.
5. La comunicación, el intercambio de información, la programación de citas y la coordinación de servicios y recursos adicionales necesarios, es regular. Por lo tanto, la actualización de registros, las reuniones con personas usuarias y familias se cumple según lo acostumbrado y se brinda a demanda.

4. Discusión

El análisis de las antiguas instituciones psiquiátricas, a partir de sus funciones, atenciones y cuidados, ha permitido identificar protoprácticas de trabajo social en el ámbito de la salud mental. Según Lorente (2020), el Trabajo Social no se define exclusivamente por su profesionalización, sino por un saber acumulado que, aunque olvidado, no ha sido plenamente reconocido ni estudiado. Estas protoprácticas, tal como señala esta investigación, surgieron como respuestas empíricas y como actividades complementarias dentro de diferentes campos, no vinculadas a una determinada identidad profesional. Reflexionar sobre las experiencias de trabajo social en salud mental antes de su consolidación como profesión (Lorente, 2006) permite, no solo identificar elementos que

prefiguraron su rol futuro, sino también comprender su posterior posicionamiento frente a otras disciplinas.

El manicomio, inicialmente concebido como una institución innovadora para el cuidado de personas con TMG, derivó en condiciones que pusieron en duda su idoneidad, tal como señala Novella (2008). En este contexto, los tres discursos académicos identificados por Sacristán (2009) invitan a reflexionar sobre las transformaciones necesarias en las prácticas profesionales de cuidado a personas con TMG, por ejemplo, en relación a:

1. Los tratamientos actuales y la calidad de vida: tras el cierre de los hospitales psiquiátricos, es fundamental evaluar las consecuencias de la aplicación de tratamientos farmacológicos de forma automática y prolongada en el tiempo. Es pertinente analizar cómo estos afectan a la calidad de vida, la integración social y el apoyo comunitario de las personas con TMG.
2. La redistribución de funciones de control y defensa social: durante la época antigua, estas funciones eran asumidas por la familia y la iglesia, mientras que en la modernidad pasaron al Estado, legitimadas por discursos científicos (Alegre, 2021; Santos, 2020). Esto plantea una pregunta crítica: ¿quién asume estas funciones tras el desmantelamiento de los manicomios?
3. Las tensiones en las nuevas estructuras del cuidado: las dinámicas entre los intereses de las personas usuarias, los profesionales, las familias y la opinión pública generan tensiones que cuestionan la capacidad de las nuevas estructuras para asumir las funciones de protección y control desde los nuevos paradigmas del cuidado.

El proceso de degradación que se produjo a lo largo del tiempo en los hospitales psiquiátricos también estuvo marcado por el abandono de los poderes públicos, especialmente en cuestión de financiación y control. Esto provocó deficiencias graves que dejaron a las personas internas en condiciones deplorables (Clara, 2020; Huertas, 2020). Este deterioro no solo refleja la situación de indignidad en la que se encontraban estas personas. También habla de la percepción social existente, a lo largo de casi dos siglos, hacia las personas con enfermedades mentales.

Este estudio también sugiere que las trabajadoras sociales, al dedicarse a mejorar las condiciones de vida de las instituciones psiquiátricas y promover cambios en las políticas y prácticas de atención, desempeñaron un papel clave en la transformación de los antiguos modelos de atención al TMG. Su labor impulsó un enfoque más humanista y centrado en la

persona, fundamentado en el reconocimiento de los derechos y la dignidad de las personas con TMG, como destacan Eyraud y Henckes (2013).

Las políticas públicas y la ética plantean desafíos significativos para las prácticas del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental. Entre las principales problemáticas, destaca la falta de reconocimiento de su especialización profesional, a pesar de la calidad e impacto de sus intervenciones. Las trabajadoras sociales forman parte de equipos interprofesionales responsables de brindar apoyo y asistencia a las personas con trastornos mentales y sus familias. Sin embargo, sus aportes, como las valoraciones sociales y las intervenciones basadas en éstas, no siempre son debidamente reconocidos (Miranda, 2015; Miranda y Galán, 2021). Esta invisibilidad limita su capacidad de incidir en la comprensión y abordaje de los factores sociales relacionados con la evolución de la enfermedad mental. Es fundamental fortalecer el reconocimiento del Trabajo Social en salud como profesión esencial (Gijón, 2019) y fomentar el desarrollo de nuevas capacidades en áreas subespecializadas, como la salud mental (Gijón et al., 2024), con especial énfasis en la atención a las personas con TMG.

Las políticas públicas de salud mental en Andalucía establecen principios fundamentales como la centralidad en la persona, el enfoque comunitario y la participación activa. Sin embargo, su implementación enfrenta barreras importantes, especialmente en profesiones como el Trabajo Social, que aborda la atención desde una perspectiva social. A pesar de los esfuerzos por promover un modelo comunitario e integrador (FAISEM, 2012), persisten dificultades asociadas a la falta de recursos, coordinación y reconocimiento de las intervenciones sociales dentro de las instituciones (Juliá-Sanchis et al., 2020). Estas limitaciones afectan la capacidad de ofrecer cuidados efectivos y sostenibles, a menudo subestimando el impacto de los factores sociales en la salud mental (Funk & Bold, 2020; Leamy et al., 2011).

La observación sistemática de las prácticas del trabajo social en el ámbito de la salud mental confirma su contribución a la mejora de la calidad de vida, la inclusión y el bienestar social de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave. No obstante, actualmente ciertas dinámicas profesionales también pueden perpetuar prácticas que restringen la ciudadanía, refuerzan una cultura institucionalizante y excluyente, y dificultan la transición hacia paradigmas centrados en los derechos humanos. Como se señala en este análisis, adoptar determinadas medidas sin un enfoque metodológico crítico puede impedir que las personas

con TMG habiten dispositivos y contextos de manera acorde al paradigma de los derechos humanos.

La práctica social situada, descrita en este trabajo, evidencia que los derechos, la dignidad y la centralidad de las personas no son conceptos abstractos, sino realidades que se construyen y conquistan de manera social en cada entorno específico. Este enfoque plantea la necesidad de repensar y reconfigurar críticamente las prácticas profesionales, evitando reproducir dinámicas del pasado y promoviendo un modelo inclusivo y respetuoso con la diversidad.

El diseño de esta investigación presenta ciertas limitaciones, como la subjetividad inherente a la observación participante y la posible exclusión de literatura relevante debido a las restricciones de los criterios de búsqueda. Estas limitaciones subrayan la necesidad de estudios complementarios que amplíen el alcance y la perspectiva del presente análisis.

En este sentido, se proponen: a) replicar investigaciones similares, mejorando la metodología para reducir sesgos bibliográficos; b) estudios empíricos en archivos históricos y centros documentales para identificar prácticas previas a la profesionalización del trabajo social en salud mental; c) estudios interprofesionales que exploren cómo estas protoprácticas se articularon con disciplinas como la Psiquiatría y la Medicina, esclareciendo el proceso de construcción identitaria del Trabajo Social en este ámbito; d) estudios comparativos entre Andalucía y otras regiones para analizar singularidades y patrones comunes; e) estudios cualitativos basado en entrevistas sobre el reconocimiento profesional del trabajo social en salud mental; o f) investigación-acción participativa (IAP) con usuarias de servicios de salud mental, sobre prácticas sociales y derechos humanos.

Estas propuestas de investigación no solo generarían datos empíricos, también profundizarían en el conocimiento histórico y metodológico del rol del Trabajo Social en salud mental y abordarían desafíos clave, vinculando teoría y práctica para promover transformaciones prácticas y políticas en el ámbito del trabajo social en la atención del TMG.

5. Conclusiones

La investigación sobre las prácticas de cuidado implementadas por el trabajo social en la atención al trastorno mental en Andalucía, identificó tres dimensiones fundamentales.

En primer lugar, se destaca el papel que desempeñaron los manicomios y hospitales psiquiátricos como contextos fundamentales en el desarrollo inicial del Trabajo Social como profesión especializada en la atención a personas con TMG. Dentro de estas instituciones, el Trabajo Social se integró como disciplina complementaria de otras. En segundo lugar, se examina la consolidación del Trabajo Social dentro de las redes contemporáneas de servicios de salud mental en Andalucía, donde, pese a su relevancia, aún no tiene el reconocimiento formal como especialidad profesional. Finalmente, se subraya cómo las prácticas sociales situadas del trabajo social demuestran una significativa capacidad para conectar la ética, las políticas públicas y los cuidados. Este enfoque se enmarca en la promoción de derechos concretos y efectivos para las personas con TMG, defendiendo su dignidad y ciudadanía.

El Trabajo Social en atención al TMG ha demostrado capacidad de adaptación frente a la transformación en el sistema de atención a la salud mental, particularmente tras el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos andaluces.

Se observa una transformación en los paradigmas del cuidado hacia un enfoque comunitario, centrado en la persona y en la promoción de los derechos humanos. Las dinámicas jerárquicas y medicalizadas de las antiguas instituciones, aún presentes, han sido reemplazadas, al menos formalmente, por enfoques interprofesionales que buscan la integración social de las personas usuarias. No obstante, las trabajadoras sociales enfrentan desafíos significativos, como son la falta de reconocimiento de su especialización profesional y la limitada influencia de sus valoraciones sociales dentro de los equipos multidisciplinarios. A pesar de estas barreras, su rol sigue siendo crucial para fomentar la inclusión social, la participación activa de las personas con TMG y su bienestar integral.

El cierre de los hospitales psiquiátricos ha implicado una reubicación y cambios en las prácticas del cuidado. Se han conservado prácticas orientadas a la protección y al bienestar, ahora integradas en redes comunitarias o sistemas residenciales, y se han añadido otras orientadas a la inclusión social (Haliday, 2021). Sin embargo, persisten prácticas institucionalizantes que restringen la ciudadanía y dificultan la implementación plena de modelos basados en derechos humanos. Esto pone en evidencia tensiones entre paradigmas del pasado y las demandas actuales de atención centrada en la persona.

Este trabajo proporciona una visión crítica de las transformaciones históricas en las prácticas de trabajo social en la atención social del TMG en Andalucía. El análisis de las prácticas del trabajo social y el rol desempeñado, no solo visibiliza su contribución a los

modelos de atención, sino que también subraya la necesidad de reconocer y fortalecer su especialización. Asimismo, permite, por un lado, reflexionar sobre la continuidad de ciertas dinámicas problemáticas y, por otro, plantea desafíos metodológicos y éticos para su superación.

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para vincular el análisis histórico con los desafíos contemporáneos del Trabajo Social en la atención al TMG. Ofrece una base para promover nuevas líneas de investigación, tanto empíricas como teóricas, que ayuden a superar limitaciones metodológicas y potencien el impacto de esta disciplina en el bienestar y los derechos de las personas con TMG. Finalmente, subraya la importancia de avanzar hacia modelos de atención socialmente inclusivos, comprometidos con la dignidad y los derechos humanos, y adaptados a las complejidades de la sociedad actual.

Referencias bibliográficas

Abric, J.C. (2001). *Pratiques sociales, représentations sociales*. PUF.

Alegre, E. (2021). *Stultifera Domus. Del manicomio a la institución doméstica total: vida familiar cotidiana, familia y esquizofrenia*, [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/673090>

Bega, R. (2020). Espejismos de la Ley nacional de salud mental en torno a la reinserción social: el derecho humano a una vivienda adecuada. Transitar hacia una vida libre de manicomios desde un enfoque de los derechos humanos. *Revista derecho y salud*, 4(5), 47-62. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)16](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)16)

- Broza, J. (1966). *Historia de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Cádiz*. Autoedición.
- Candela, R., y Villasante, O. (2021) Lo que es, fue y será el Manicomio de Leganés: un proyecto de reforma de José Salas y Vaca (1911-1929). *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 181-208.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000200010>
- Carmona, C., y Del Río, F. (2011). Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto. *Estudios de Psicología*, 16(3), 329-339.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294x2011000300017>
- Carmona, J. (Dir.), García-Cubillana, P., y Millán, A. (Coords.). (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Casado, D. (2007). Apunte histórico de la construcción de los Servicios Sociales. En D. Casado y F. Fantova (Coords.), *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia* (pp.101-146). Cáritas Española.
- Casado, D., y Guillén, E. (2005). *Manual de Servicios Sociales. Visión general, recursos didácticos y casos. Situación actual y perspectivas para el desarrollo profesional*. CCS.
- Ceballos, M.A. (2006). Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica*, 21(1), 22-32.
- Clara, J. (2020). El manicomio de Salt, un centre d'horror. *Annals de l'Institut d'Estudis Gironins*, 61, 407-422.
<https://www.raco.cat/index.php/AnnalsGironins/article/view/387522>
- Coller, X. (2005). *El estudio de los casos*. CSI.
- Colom, D. (2005). *Historia del Trabajo Social Sanitario. Inicios, evolución y estado actual*. Agathos.
- Colom, D. (2022). *Trabajo Social Sanitario, catálogo de prestaciones y cartera de servicios: teoría, metodología de elaboración y diseño*. Agathos.
- Conejo, R. (2017). *Prácticas profesionales en dispositivos residenciales para personas con trastorno mental grave en Andalucía* [Tesis doctoral, Universidad de Cádiz].

- De Pena, L., Lema, S., y Silva, C. (2017). Consentimiento informado en salud mental. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 93-108). Psicolibros universitarios.
- Del Río, F. (Coord.). (2020). *Proceso Asistencial Integrado: Trastorno Mental Grave*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educació Social Revista d'Intervenció Socioeducativa*, (75), 17-43.
<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id367856>
- Diputación Provincial de Jaén. (s.f.). Sanatorio Psiquiátrico Los Prados.
https://www.dipujaen.es/archivo/datos-fondos/servicios-psiquiatricos-prov/historia_institucional.html
- Diputación Provincial de Huelva. (2014, febrero 6). Hospital psiquiátrico.
<https://www.diphuelva.es/archivo/contenidos/Hospital-psiquiatrico/>
- Elvira, M. (2018). Participación comunitaria en salud mental. Centro Cultural Camino Abierto: desmanicomialización provincia de Río Negro (Argentina). *Revista Fronteras*, (18), 106-118. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/34900>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2011). *Derechos humanos y salud mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental grave en el marco de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Eyraud, B., y Henckes, N. (2013). Entre psychiatrie, travail social et droit civil: les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968. *Le Mouvement Social*, (242), 61-79. <https://doi.org/10.3917/lms.242.0061>
- Foucault, M. (2011). *Historia de la locura en la época clásica*. FCE.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental [FAISEM] (2012). *Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía*. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.

- Funk, M., & Bold, N.D. (2020). WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. *Health and Human Rights*, 22(1), 69-75. <https://doi.org/10.2307/26923422>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A>
- García, J.A., Girón, F., y Salvatierra, V. (1989). *El Maristán de Granada. Un hospital Islámico*. AEN-OMS.
- García-Díaz, C. (2018). El manicomio provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: La utopía que (no) pudo ser. *Asclepio*, 70(2), p238. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- Gijón, M.T. (2019). El trabajo social sanitario y su relación con la salud pública en el abordaje de la dimensión social de la salud. En M.T. Gijón (Coord.), N. Moreno (Dir.), y M.T. Díaz (Dir.), *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar. Una visión nacional y europea* (pp. 349–373). Editorial Comares.
- Gijón, M.T., Conejo, R., y Morata-García, M.B. (2024). Trabajo social sanitario en equipos interprofesionales durante la pandemia de COVID-19: una scoping review. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 237-259. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.25787>
- Giménez, M.C. (2008). La fundación del manicomio de Miraflores de Sevilla. *Frenia*. 8(1), 161-182. <https://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16457/16302>
- Girao, A.G. (2018). *A desinstitucionalizacao psiquiátrica em Portugal: Reinsecao social do doente mental na regio de Lafoes do distrito de Viseu* [Disertacao no âmbito do mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/86241>
- Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Haliday, H. (2021). The “spirit” of the psychiatry sector, between institutional psychotherapy and community mental health care. *Information Psychiatrique, John Libbey Eurotext*, 97(1), 33-38. <https://dx.doi.org/10.1684/ipe.2021.2200>
- Heller, A. (1985). *Historia y Vida Cotidiana*. Editorial Grijalbo.
- Hernández, M. (2009). La creación del manicomio de Jaén: Reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 8(33) 87-93
- Huertas, R. (2002). Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2(2), 92-106.
- Huertas, R. (2020) Locura y activismo en Viaje al manicomio, de Kate Millett. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 13-31. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020002>
- Huertas, R., Campos, R., y Álvarez, R. (1997). Entre la enfermedad y le exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX. *Historia contemporánea*, (16), 47-65. <https://doi.org/10.1387/hc.19906>
- Imágenes de la Psiquiatría. (2010, febrero 18). El hospital psiquiátrico de Cádiz. <http://www.psiqifotos.com/2010/02/123-el-hospital-psiquiatrico-de-cadiz.html>
- Juliá-Sanchís, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., y Martínez-Riera, J.R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- López, M., Laviana, M., y García-Cubillana. (2006). Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En F. Pérez (Coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 239-273). AEN.

- Lorente, B. (2006). Para una antropología del sujeto profesional en perspectiva histórica. La mujer y la ayuda social en el Occidente cristiano. *Trabajo Social*, (8), 109-130. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8501>
- Lorente, B. (2020). Diversidad cultural y polarización social. Posibilidades epistémicas y docentes para la intervención social. In memoriam. *Scripta Ethnologica*, XLII, 17-40. <https://www.redalyc.org/journal/148/14864828002/html/>
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations. A Synthesis of The Research*. Prentice-Hall.
- Miranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental: trabajo social en psiquiatría (I)*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Miranda, M., y Galán, F.J. (2021). *Lo social en la salud mental: trabajo social en psiquiatría (II)*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Munuera, M.P. (2021). Fundamentos del Trabajo Social Sanitario. En M.P. Munuera y J.M. Jiménez (Coords.), *El Trabajo Social en el ámbito de la salud* (pp. 43-47). Tirant Lo Blanch, Tirant Humanidades.
- Notas cordobesas (2011, julio 9). Hospital de la Misericordia. <https://www.notascordobesas.com/2011/07/hospital-de-la-misericordia.html>
- Novella, E.J. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia*, 8(1), 9-32. <https://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16454/16299>
- Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., Álvarez de Ulate, S., Gómez de Maintenant, P. (2015). Reseña histórica sobre las llamadas terapéuticas biológicas en psiquiatría. *Norte de salud mental*, 13(52), 89-99.
- Palacios, A., y Romañach, J. (2006). *Modelo de la diversidad. La bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad de la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas-AIES.
- Peset, J.L. (2022). Manicomios, escritura y locura en la Edad de Plata española. *Culture & History Digital Journal*, 11(1), e012. <https://doi.org/10.3989/chdj.2022.012>

- Remartínez, M.T. (2021). Egreso de los pacientes del manicomio general de La Castañeda, (1929-1958) ¿un problema familiar? *Asclepio*, 73(1), p348. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.14>
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008
- Sánchez, J. (2013). *La locura y su memoria histórica*. Ediciones Atlantis.
- Santos, J.P. (2020). Dispositivos sustitutos al manicomio: aportes para pensar otras realidades posibles. *De Prácticas y discursos*, 9(14), 1-11. <https://doi.org/10.30972/dpd.9144803>
- Servicio Andaluz de Salud. (2019, abril 29). *Salud Mental. Red de recursos*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-red-de-recursos>
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s.f.). *Guía de los trabajadores sociales de la salud mental de Castilla-La Mancha*. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.
- Sheperd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud.
- Silva, C., de Pena, L., Batalla, M., y Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*, (13), 83-97.
- Torres, F. (2013). Los prados: La particular historia de la psiquiatría Giennense. *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, (207), 703-800.
- Trullenque, E.V. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A>

Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, 15(1), 115-136. <https://doi.org/10.15581/015.15.4179>

Villasante, O. (2011). La polémica en torno a los manicomios, 1996. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 767-777. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000400013>