

**DOCUMENTOS DE POLÍTICA SOCIAL. HISTORIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.**  
**ISSN 2340-7808**

---

**Número 37. Vol IV. Julio 2016.**

**Revista editada por el IPS. Instituto de Política social.**

**Indizada en Dialnet y Latindex.**



## **La Atención del Trabajo social en Salud Mental.**

**Mihaela Raducea.**

*Universidad de Murcia (España).*

**Resumen.** Los trastornos psicológicos, a diferencia de los físicos, no siempre son detectados con la misma facilidad, sobre todo si se considera que aún siguen siendo un tema tabú en el mundo. ¿Porque cuesta tanto confesar que se vive una situación difícil? En este trabajo se trata de conocer en profundidad que es la enfermedad mental, los factores de riesgo, la prevención y el tratamiento, desde la perspectiva de trabajo social y en colaboración con los profesionales de la salud, aparte de la máxima implicación por parte de los familiares de las personas que padecen una enfermedad mental.

**Palabras claves:** salud mental, enfermedad mental, necesidades, recursos.

## 1. Introducción

El tema objeto de investigación del trabajo se realiza sobre la atención especializada en el ámbito de salud mental, a las personas que padecen enfermedad mental.

Para la realización de esta práctica nos hemos apoyado en fuentes secundarias de información, como artículos de prensa, portales de internet y varios documentos tanto oficiales como publicados por autores. Para contrastar la legislación vigente hemos consultado el Boletín Oficial del Estado y el Boletín Oficial de la Región de Murcia.

El presente documento contiene siete puntos que conforman la información necesaria sobre la salud mental, los conceptos que la componen, la normativa vigente, la situación vivida por las personas con enfermedad mental a lo largo de la historia, los recursos existentes en la Región de Murcia, las funciones que desempeña el trabajador/a social en este campo de actuación y las conclusiones sacadas tras la realización del trabajo.

## 2. Marco teórico y normativo

Para abordar el tema de la salud mental tenemos que establecer qué es lo que determina un estado saludable para nuestra mente y cuáles son los elementos que contribuyen en su degradación. Por lo tanto vamos a abordar la salud mental y su opuesto, la enfermedad mental desde el punto de vista conceptual y también jurídico.

## A. Concepto de salud mental

El clínico define a menudo la salud mental como la resistencia a la enfermedad mental o la ausencia de ella.

Una aproximación a la definición de salud mental lo hace Kisnerman, que entiende la salud mental como la actitud de asumir, elaborar y arbitrar alternativas de solución frente a situaciones problemáticas que crean tensiones y que la enfermedad mental, salvo las generadas por lesiones orgánicas, es una reacción de defensa, por ello la salud mental como proyecto comprendería toda la problemática de la salud-enfermedad mental, su etiología, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, docencia e investigación y creación de servicios para atender dicho problema.

La OMS define la salud general como “el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad” y la salud mental como “el modo más adecuado de acercarnos al mundo y a los otros con la máxima eficacia y felicidad” OMS (1985). Posteriormente, la OMS (2010) en la European Network for Workplace Health Promotion, define salud mental como el “estado de bienestar en el cual el individuo 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”.

Teniendo en cuenta que, mientras la enfermedad física afecta al cuerpo, la enfermedad mental afecta a los sentimientos, pensamientos y a las conductas y, por lo tanto, la salud mental será mucho más que la ausencia de un trastorno mental; tiene que ver con cómo nos sentimos con nosotros mismos, cómo nos sentimos con los demás, cómo respondemos a las demandas de la vida.

La Guía de Salud Mental en Atención Primaria define la salud mental como la capacidad de amar, disfrutar, trabajar y tolerar (a uno mismo y a los demás); afirma que para cuidar de la salud mental y evitar su deterioro debe atenderse a determinados aspectos de nuestra vida cotidiana y prestar especial atención a:

***Cuidar de sí mismo:*** aprender a conocer las situaciones capaces de generar malestar psíquico y enfrentarse a ellas; reconocer nuestros diversos estados de ánimo; aprender a encontrar el equilibrio reconociendo lo que podemos hacer y lo que no podemos cambiar; resistirse al entorno consumista, invertir más en deseos que en necesidades porque puede generar decepción y ansiedad; dedicar parte de nuestro tiempo a labores solidarias; disfrutar de tiempo libre; cuidar de aspectos de nuestra vida cotidiana como alimentación, ejercicio físico y ritmo del sueño.

***Cuidar las relaciones con los demás:*** compartir las cosas de cada día con al menos una persona que goce de nuestra confianza; compartir los problemas con otras personas que han pasado por circunstancias parecidas a las nuestras puede ayudar a sentirse menos solo; dedicar tiempo a la familia y a los amigos ya que mantener las relaciones y las redes sociales ayudan a sentir más confianza en uno mismo, la amistad

presupone un intercambio: dar apoyo a los demás y recibir su soporte; procurar desconectar después de la jornada de trabajo.

Aun teniendo presente todo esto no podrá evitarse que en diferentes circunstancias de la vida, las personas sientan que su equilibrio mental se resienta y se vea afectado por diferentes situaciones relacionadas con el trabajo, los estudios, dificultades económicas, o por las enfermedades propias o de las personas cercanas a las que queremos.

Podemos observar así que en la vida cotidiana en un momento u otro aparecen situaciones que pueden alterar el equilibrio psicofísico, siendo por tanto casi inalcanzable el pleno equilibrio en salud mental.

También se puede concluir que, aun en situaciones de dificultad, o enfermedad, existen áreas de la persona funcionalmente sanas, con las que debemos de contar para potenciarlas. Lo importante es conocer que, cada individuo con sus potencialidades, en cada situación, es capaz de resolver las dificultades por las que puede pasar, solo debe identificar y controlar los factores de riesgo físicos, síquicos y sociales a los que estamos expuestos.

## **B. Concepto de enfermedad mental**

Teniendo en cuenta las cuestiones arriba expuestas, podríamos considerar las enfermedades mentales como alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo de una persona, consideradas como anormales por el entorno social del cual proviene el individuo. Las alteraciones de los procesos adaptativos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta. En el concepto de enfermedad mental se encuentra un gran abanico de enfermedades de muy diversa índole y cada una de ella tiene sus propias características, más, si tenemos en cuenta que cada persona puede sufrirla con síntomas algo diferentes.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad mental son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas: biológicas, socioculturales, y psicológicas, teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad (CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana), utilizan, en el campo de la salud mental, el término de “trastorno mental” y lo consideran más adecuado respecto al de enfermedad mental.

Los trastornos psiquiátricos, debido al gran número de características que presenta, no se puede unir en una sola definición, pero se agrupan de un modo general y práctico en cuatro grandes síndromes (Gómez, Zapata, 2000):

- Trastorno psicótico: pérdida del juicio de la realidad, con delirios y alucinaciones, normalmente esquizofrenia y trastornos delirantes aunque su cuadro también puede encontrarse en algunos trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar) y en los trastornos cognoscitivos (delirium).
- Trastorno neurótico: aunque el término neurosis ya no se emplea, resulta útil para describir un conjunto de enfermedades caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que causan ansiedad, pero que no anulan el juicio de la realidad. Su cuadro típico es el de trastorno de ansiedad o angustia, pero también aparecen en los trastornos somatomorfos y en los trastornos del estado de ánimo.
- Trastorno psicopático: de la personalidad o del carácter, viene marcado por la inmadurez temperamental y la intolerancia a la frustración, sin alterar el sentido de la realidad, ni producir manifiestas alteraciones emocionales, incapacitan para el aprendizaje y la adaptación al entorno y dan lugar a conflictividad en las relaciones interpersonales y a problemas generalizados en las relaciones de vida. Su cuadro típico es el trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno mental orgánico: este término también ha caído en desuso, pero sigue siendo útil para referirse a aquellos trastornos mentales relacionados con un agente específico (enfermedad, traumatismo, adicción a sustancia tóxica) que provoca daño estructural del Sistema Nervioso Central. Se caracterizan por la alteración de la atención, de la memoria y de la vigilancia, de forma permanente o temporal. Su cuadro típico es el de las demencias y las intoxicaciones por drogas.

La Sociedad Española de Neuropsiquiatría define el trastorno mental severo como aquel que se da en un largo período de tiempo, precisa de cuidados sanitarios y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social en relación a: el nivel de autonomía limitada en autocuidados; bajo nivel de autocontrol; problemas serios en las capacidades de establecer relaciones interpersonales; aislamiento social; incapacidad para disfrutar; falta de motivación e interés; dificultades en el funcionamiento cognitivo.

Cualquier enfermedad o trastorno mental puede llevar al aislamiento social, inactividad, desorden del ritmo de vida en general de la persona que lo padece y en determinados casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicida.

## 2.1. Definición de sector de población

Las enfermedades mentales están muy presentes en España. Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, entre el 20% y el 25% de los españoles padece algún tipo de trastorno psiquiátrico. Los más comunes son:

- Depresión. La Junta de Andalucía cifra en un 26% los españoles que padecen algún tipo de trastorno depresivo.
- Trastornos de Ansiedad, un trastorno que afecta al 15% de las personas en España.
- Alzheimer. Es la forma más común de demencia senil, una dolencia que afecta al 25% de los mayores de 85.

Pero hay más trastornos mentales. La esquizofrenia afecta a 1% de la población total del mundo; cerca de 400.000 personas en España y se calcula que hay muchas más sin diagnosticar. Es uno de los trastornos más graves, y multiplica por nueve el riesgo de suicidio.

Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los varones y aumentan con la edad; hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a adultos empiezan antes de los 14 años de edad; el 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión a lo largo de su vida.

Una de cada cuatro personas padece enfermedad mental a lo largo de su vida; unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental; las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. (OMS 2005).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, (OMS 2013) debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio.

Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuro-psiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión (Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006).

En la Región de Murcia los datos aportados por el SMS respecto de personas con enfermedad mental atendidos por primera vez en los Centros de Salud Mental durante el año 2007 son:

- Prevalencia de trastornos mentales por 100 habitantes mayores de 15 años: Ambos sexos 15,26%; hombres 8,69% y mujeres 21,94 %.
- Por edades: Los niños/as de 4 a 15 años presentan “problemas emocionales” en un 46,9% seguido de “problemas de adaptación” en un 16,7%, y de “problemas escolares” 11,5% y “problemas familiares” en un 9,6%.
- En relación a la población anciana: Depresión 15% en población general, 25% en atención primaria, más del 30% en residencias. Ansiedad

generalizada 4% en población general, Fobias 10% en población general. Demencia 5% en población general, más del 80% en residencias. Trastornos psicóticos 1% en población general. Delirium 30% en ancianos hospitalizados. MacDonald, AJD (1997). En la región de Murcia los datos aportados para el 2006, referían la presencia de la enfermedad de Alzheimer en un 5,8%, Demencia tipo mixta un 3,1%. Demencia vascular 1,6% y DCL el 7,8%.

- En el programa de adultos el perfil predominante es el de mujer (64,6%), en un grupo de edad mayoritario que va desde los 25 a los 44 años (43,6%), con un nivel socio-educativo medio/bajo (estudios primarios 43%, seguido de un 20% para E.G.B/Bachiller elemental), que no tienen ningún tipo de estudios (20%), analfabetos 4%.
- En cuanto al estado civil encontramos que se concentra entre casados (51%) y solteros (30%), siendo el trabajo fijo (54,3%) y el trabajo eventual (12,1%) la actividad laboral más frecuente, apareciendo un 9,1% de estudiantes, y un 8,7% en situación de jubilado. Respecto al tipo de convivencia nos encontramos con que el 56% conviven con la familia propia, y que el 26,6% lo hacen con su familia de origen (padres).

En el apartado de diagnósticos, de primeras consultas, el grueso del porcentaje aparece en los trastornos neuróticos afectivos 46,3% , seguido por los trastornos afectivos 15,8, y las distimias que suponen un 5,2% (7,2% en 2004).

Por último los trastornos psicóticos suponen un 3% (3,2% en 2004). En los trastornos neuróticos, afectivos y distimias, prevalece el sexo femenino sobre el masculino, siendo el masculino el que prevalece en los apartados: “otros diagnósticos” de la CIE-10, retraso mental, trastornos de la personalidad, y psicosis.

## 2.2. Legislación

La legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector vulnerable de la sociedad.

Estas personas se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos.

Los trastornos mentales afectan, en ocasiones, a la capacidad de la persona para la toma de decisiones y puede que además ésta no busque o acepte un tratamiento para su problema.

Dada la cantidad de prejuicios que existen sobre este tema, es vital que éstos no influyan nunca en la legislación sobre salud mental. Así la Constitución Española de 1978, en el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud. Además, en su artículo 49 insta a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada. Además, en julio 1983 se creó en España la Comisión para la Reforma Psiquiátrica por Orden Ministerial, reuniéndose por primera vez un año después.

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986). Es la ley que da respuesta al requerimiento constitucional de “reconocimiento del derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, y establecer los principios y criterios que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado”.

Esta ley también recoge los derechos (Capítulo primero, art. 10) y obligaciones (Capítulo primero, art. 11) fundamentales de los usuarios, estando algunos apartados derogados y desarrollados por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”, configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Desde ese momento se han puesto en marcha diferentes estrategias sanitarias y sociales para la atención a la salud mental de los ciudadanos, que constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo.

Mejorar la atención de la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes, por eso se ha elaborado una Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El diseño de esta estrategia por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, establece diferentes líneas de acción en materias como la prevención, la atención sociosanitaria, la coordinación institucional, la formación de los profesionales, la investigación y la valoración de la calidad de los procesos de atención.

La Declaración y el Plan de Acción en Salud Mental auspiciado por la Oficina Regional Europea de la OMS, aprobados y firmados en Helsinki en el año 2005 por España y los 51 países de la región europea de la OMS, ha supuesto un nuevo hito en el abordaje de los problemas de salud mental a nivel europeo.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, encontramos objetivos generales, específicos y recomendaciones que tienen como objeto la mejora de la prevención y asistencia del Trastorno Mental Grave, una de las líneas de atención prioritarias para el Ministerio. Así mismo, existen diversos planes comunitarios, que exponen líneas de desarrollo de la Salud Mental, e incluyen la atención al paciente con TMG.

La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas.

La Declaración de Madrid de 1996, desarrollada por Asociación Psiquiátrica Mundial, señala las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, evitando la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o violencia a terceros.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud. En concreto, incluye en uno de sus apartados, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupo o familiar y, en su caso, la hospitalización. Se excluye expresamente el psicoanálisis y la hipnosis. Y el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre (este RD sustituye al anterior 63/95 en el que la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica estaban contempladas de forma muy general) especifica de forma más amplia las prestaciones, definiendo la Cartera de Servicios comunes de salud mental dentro de la Atención Especializada.

Asimismo, la Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Civil regula dos procedimientos de interés en Salud Mental:

1. El “*internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*” está regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000, de 7 de enero). El artículo 763 concierne a Salud Mental, regulando dicho procedimiento. Se trata del internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidir por sí misma por razón de su estado psíquico, como medida terapéutica necesaria indicada por personal facultativo, aplicada con criterios restrictivos y de la menor duración posible.

2. *La Incapacitación Civil y la Tutela*. La Incapacitación es el mecanismo jurídico previsto para aquellos casos en que enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impiden a una persona gobernarse por sí mismo, teniendo como objetivo la protección de los intereses y derechos del incapacitado, tanto a nivel personal como con fin patrimonial.

### 3. Otra Normativa sobre Incapacitación y Tutela:

- ✓ Creación de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (Decreto 168/1998, de 6 de octubre).
- ✓ Protección Patrimonial de las personas con discapacidad (Ley 41/2003 de 18 de noviembre).
- ✓ Actualización de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (Decreto 13/2004 de 27 de febrero).

Mientras, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 13.g regula las características de la atención especializada a la salud mental.

A ello se unen las Leyes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, que son las que se encargarán, junto con el Estado y demás Administraciones públicas competentes, de organizar y desarrollar todas las acciones sanitarias. Los diferentes estatutos tienen reconocidas amplias competencias en materia de sanidad. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, supone una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia. Decreto n.º 123/2013, de 20 de septiembre, por el que se crea y regula el Consejo Asesor Regional de Salud Mental de la Región de Murcia para considerar las medidas oportunas para la mejora de la atención a la Salud Mental en la Región de Murcia y velar por el cumplimiento de los objetivos de los Planes Integrales de Salud Mental de la Región de Murcia. La Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, y su renovación con la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. El Decreto n.º 57/2010, de 26 de marzo, de concesión directa de una subvención a la Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), para la prevención e intervención en las dificultades en salud mental en centros educativos de la Región de Murcia.

Una de las medidas más recientes es el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 (OMS), que se basa en seis principios y enfoques transversales:

- ✓ *Cobertura sanitaria universal*: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- ✓ *Derechos humanos*: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

- ✓ *Práctica basada en evidencias:* las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- ✓ *Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital:* las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
- ✓ *Enfoque multisectorial:* la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
- ✓ *Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales:* las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

### 3. Principales problemas psicosociales de este ámbito

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.

Se tiene evidencia de que ya en los tiempos prehistóricos se tenía conciencia sobre la enfermedad mental y que ha estado presente en todas las culturas. Lo que difieren son los conceptos sobre las causas que la generan, y como el ser humano se ha enfrentado a ella, y sobre el tipo de tratamientos.

Hasta la aparición de las primeras aportaciones de la psiquiatría (Weyer 1515-1588), las causas de la enfermedad mental se analizaban desde diferentes perspectivas: los sistemas mágico-religioso, como fenómenos sobrenaturales causados por los espíritus de los antepasados, la furia de Dios, posesión demoníaca y embrujamiento, al desequilibrio de los cuatro humores corporales (Hipócrates), las pasiones exacerbadas, influenciadas a veces por causas astrológicas. Durante la Edad Media se recurre al influjo religioso, revalorizándose las concepciones místicas de la salud y la enfermedad.

En el Siglo XVII Paola Zacchia escribió que “solo un medico era competente para juzgar el estado mental de una persona, mediante la observación de la conducta, el lenguaje, sus acciones, la capacidad de asumir un juicio correcto y el estado emocional ; todo esto debía de ser estudiado cuidadosamente”.

A principios del siglo XX la psiquiatría se adscribía a tres teorías respecto a la naturaleza de la enfermedad mental. Uno de los grupos creía en el origen somático de la enfermedad, lesión cerebral, desequilibrio endocrino, o trastorno metabólico. Eran poco optimistas respecto a la recuperación de estos enfermos, el planteamiento era la institucionalización de los pacientes para procurarles cuidados.

Otra corriente relacionaba la locura con la herencia familiar, como mecanismo de selección de la especie homo, justificaba el apartar a los más débiles y defectuosos de la sociedad. Así se les prestaba poca o nula atención sanitaria, o ésta iba dirigida exclusivamente para la contención y aislamiento dentro de establecimientos sanitarios, o se les abandonaba a su suerte. No pocos enfermos mentales fueron encerrados en prisiones acusados de graves delitos, o ejecutados, o exterminados en algunos países con políticas de limpieza racial.

Una tercera visión contenía aspectos de las anteriores teorías, pero daba importancia al factor ambiente, la cultura, la educación, nivel económico. Los psiquiatras empezaron a colaborar con los Asistentes Sociales para reunir información sobre la familia y las condiciones de vida de estos con un enfoque más humanista además de científico. Se creaba la base de la psiquiatría comunitaria.

Los tratamientos aplicados a lo largo de la historia eran tan variados como curiosos, ingeniosos, inapropiados o perversos, según la época, las culturas y el sistema político- social. Los chamanes aplicaban rituales mágicos, imposición de manos, amuletos y talismanes, purgas, hierbas medicinales, dietas especiales, curas de sueños y baños. Más adelante la reclusión en desvanes, sótanos o instituciones de caridad o manicomiales hasta fechas recientes en que, como hemos visto apareció el concepto de psiquiatría comunitaria e higiene mental en los tratamientos, con enfoques más preventivos, de promoción y rehabilitadores.

La aparición de la psiquiatría comunitaria alrededor de los años 60 en algunos de los países occidentales dará lugar a nuevos planteamientos respecto a las estrategias que se han de adoptar, la población a la que hay que dirigirse, a las causas de la enfermedad, y los métodos de tratamientos de los enfermos mentales graves y menos graves.

Respecto al nivel de integración social de los enfermos mentales, en general se les ha temido y repudiado, pero también en algunas culturas, se les ha ensalzado e integrado socialmente. Como hemos ido viendo en el recorrido hasta ahora andado, cada cultura y sistema político- ideológico-social, en cada época se ha optado por encontrar

un sentido a la expresión de las conductas del “enfermo mental”, dependiendo de ello se les ha situado en lo más alto del escalón social-religioso de algunas culturas, o se les ha marginado, expulsado, sancionado y condenado, como individuos que debían de estar al margen de la sociedad o fuera de ella.

El recorrido de la asistencia psiquiátrica en España no ha sido muy diferente de la seguida en otros países de cultura similar, si bien con algo de retardo en sus avances y aplicación de las nuevas corrientes.

Hasta fechas muy recientes el abordaje de la enfermedad mental ha tenido un enfoque puramente biologicista y se ha caracterizado por el hecho de atender al enfermo mental bien en instituciones de caridad para su cuidado y en fechas más recientes practicando los tratamientos médicos en hospitales psiquiátricos o *instituciones manicomiales* donde convivían, en mejores o peores condiciones, ancianos dementes, deficientes y enfermos mentales, marginados socialmente, en una total anomia sin apenas derechos, conformados con el destino que les había tocado vivir sin apenas tener conciencia de su situación y de otras alternativas de vida, como crónicos incurables.

Al margen de toda esta situación la sociedad española carente de derechos sociales y políticos, con un nivel socioeconómico y educativo altamente precario, daba por óptima la exclusiva alternativa hospitalaria como método de tratamiento y sin plantearse otras cuestiones ponían en manos de las instituciones del Estado, organizaciones de caridad y profesionales, el cuidado de los enfermos.

El cambio del sistema político en España trajo consigo, entre otras cuestiones, la posibilidad de implementación de un sistema de bienestar social, cambios en las políticas sociales y reformas de los sistemas de protección.

La reforma sanitaria en España tras la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, posibilitó la reformulación del modelo sanitario en general y también de la atención a la enfermedad mental que pasó a ser más comunitario y más psicosocial en el plano rehabilitador.

Uno de los problemas con los que las personas con enfermedad mental aún se enfrentan, aparte de la sintomatología de la propia enfermedad, es la estigmatización y la discriminación por parte de la sociedad.

A pesar de todos los esfuerzos realizados para erradicar el estigma, éste aún sigue teniendo efectos negativos sobre las personas diagnosticadas de algún problema mental, en general relacionados con la supuesta peligrosidad e incurabilidad de las personas afectadas de estas enfermedades. El estigma representa una de las barreras más relevantes para la atención y la integración social de las personas afectadas por una enfermedad mental. Implicando un sufrimiento adicional a la enfermedad tanto para el paciente como su familia. El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que

llevan a las personas a rechazar, evitar o temer a quienes perciben como diferentes. Atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora de mismo.

Las consecuencias negativas del estigma pueden a veces ser más nocivas que los síntomas mismos de la enfermedad. El estigma que rodea a los problemas de salud mental es tan fuerte que crea un muro de silencio alrededor de la persona, un muro que limita el apoyo social, la satisfacción en la de vida, y que contribuye al desempleo y la pérdida de ingresos, lo que limita las oportunidades normales de la vida, y obtener recursos. Más trágicamente, se priva a las personas de su dignidad, contribuyendo a la reducción de su autoestima, el aislamiento y la desesperanza.

Un reto adicional para las personas con problemas de salud mental, es el acceso a los servicios de salud mental. El estigma y la discriminación son una barrera para el acceso a la atención y el cuidado de la salud física. Debido a que existen grandes disparidades, las personas con problemas de salud mental reciben menos servicios médicos. En las personas con problemas de salud mental, esto es especialmente preocupante porque su promedio de vida es 25 años más corto porque están en mayor riesgo de diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, cáncer y otras enfermedades. El estrés y las limitaciones de su condición contribuyen a no obtener la atención requerida para el bienestar de la salud. Fumar, llevar una dieta deficiente, falta de ejercicio, y los efectos secundarios de medicamentos psicotrópicos son otros de los factores decisivos que contribuyen a una vida más corta en estas personas.

Otro problema en la sociedad actual que puede dar mucho de qué hablar, es que existen personas con enfermedad mental que no pueden acceder al mercado laboral, bien por su situación personal o por sus especiales dificultades de inserción.

A continuación vamos a enumerar algunos **factores de riesgo** que presentan los niños y los adultos respecto a las enfermedades mentales.

- A. En el caso de los adultos puede haber 4 tipos de factores de riesgo:
- ✓ *Factores clínicos:* más de un episodio de hospitalización; continuidad de tratamiento durante más de seis meses; diagnóstico de trastorno mental grave; evolución de más de dos años; consumo de tóxicos; antecedentes de abandonos del tratamiento.
  - ✓ *Factores sociales:* desempleo o incapacidad laboral; deterioro de hábitos sociales; rechazo de su medio habitual; conducta inapropiada; ausencia de residencia.
  - ✓ *Factores individuales:* falta de autocuidados; aislamiento social; pérdida de autoestima; dependencia económica; fracaso escolar.
  - ✓ *Factores familiares:* ausencia de familia; rechazo por parte de la familia y/o conflictividad familiar; ancianidad de los padres; desestructuración familiar; otras patologías graves en el núcleo familiar de convivencia.

B. Entre los factores de riesgo de los menores encontramos:

- ✓ *Del niño:* niños con alteraciones graves de la conducta (hiperactividad, agresividad, Temperamento difícil; Personalidad introvertida / Tendencia al aislamiento, inestabilidad emocional); Niños con cociente intelectual bajo o limite; Niños con síntomas de alta vulnerabilidad somática (malformaciones, neoplasias, asma, diabetes, SIDA, déficits sensoriales, enfermedad del SNC); Niños con trastornos en el desarrollo (lenguaje, lectura, atención); Niños con dificultades de adaptación escolar o fracaso escolar.
- ✓ *De la familia:* Padres con incapacidad de atender los cuidados básicos de sus hijos (alimentar, vestir, asear, tocar, socializar); Padres que no acuden o espacian con alta frecuencia las consultas de sus hijos con los profesionales; Padres que se muestran agresivos, desconfiados o crean frecuentes conflictos en las consultas; Padres que alargan o acortan sin justificación la hospitalización de sus hijos; Padres intensamente angustiados o deprimidos; Padres con edades demasiado joven o mayores; Padres desorganizados que descargan toda su tensión en los hijos, o con una relación de apego excesivamente ansiógena; Ausencia total o prolongada de uno de los progenitores, por muerte, abandono, separación, madre soltera sin compensación por su maternidad; Padres perturbadores o psicotizantes con relaciones simbióticas, folie-ha-deux, violentas, rígidas en los patrones educativos o con adicciones; Padres con enfermedad mental de uno o ambos, con trastornos delirantes, o depresión mayor, esquizofrenia, trastornos graves de personalidad, intentos de suicidio...; Estructuras caracteriales graves en el grupo familiar; Antecedentes en los progenitores del menor, de abandono, de pérdidas prematuras, con vivencia de carencias básicas de cuidados o violencia familiar; Antecedentes de enfermedad mental grave en abuelos.
- ✓ *Ambientales:* Situaciones de pérdidas de trabajo de los padres; Nivel socioeconómico gravemente deficitario; Ambiente cultural empobrecido; Condiciones del hábitat adverso; Migraciones de domicilio con alta frecuencia; Pertenecer a minorías culturales, raciales o religiosas aisladas socialmente.

#### 4. Los Servicios sociales especializados

Los Servicios Sociales Especializados constituyen hoy el segundo nivel de la estructura organizativa del Sistema Público de Servicios Sociales. Uno de los grupos o colectivos que abarca los Servicios Sociales Especializados son las personas con

enfermedad mental, por lo tanto uno de los ámbitos de actuación del trabajo social es la salud mental.

Los Servicios Sociales Especializados han ido variando a lo largo de los últimos 30 años de forma espectacular, incluyendo cambios en lo que el tema objeto de la presente investigación respeta; con la realización de este trabajo hemos obtenido información precisa y actualizada, que nos permite adaptarnos y dar respuestas efectivas a las demandas de los usuarios y de la sociedad en su conjunto. Servicios que permiten, en esta área:

- I. Aplicar y sintetizar los conocimientos prácticos de los Servicios Sociales en este ámbito de actuación
- II. Desarrollar habilidades para analizar y contrastar las diversas prestaciones sociales, eligiendo la que ofrezca mejor ayuda y la que más se adapte a cada usuario.
- III. Presentar una visión global sobre las necesidades que existe en el campo de salud mental.
- IV. Valorar las necesidades y opciones posibles para orientar una estrategia de intervención.
- V. Investigar, analizar y diagnosticar situaciones sociales
- VI. Gestionar información a partir de diversas fuentes
- VII. Trabajar en equipo.

## **5. Recursos de una zona concreta: Centros y Servicios en la Región de Murcia**

El Servicio Murciano de Salud es el ente de derecho público que tiene atribuida la gestión y prestación de la asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia y por ello le compete la prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción de enfermos con problemas de salud mental (y drogodependencias), así como el apoyo a sus familias.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria ejerce sus funciones a través de la Subdirección General de Salud Mental.

La sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, viene definida a través de la “Orden de la Consejería de Sanidad (Mayo 1995) sobre la Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia”, referida tanto a sectorización ambulatoria (contemplando la asistencia en los programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias), como a la sectorización hospitalaria.

La red de recursos para la atención a la Salud Mental en la región de Murcia se encuentra organizada por sectores o Áreas de atención. En cada área puede haber un

dispositivo o más de atención ambulatoria u hospitalaria teniendo en cuenta la carga de población que ha de atender.

Los recursos sanitarios públicos que integran la red de Salud Mental son:

- Unidades de salud mental infanto-juvenil
- Unidades de salud mental adultos
- Unidades de rehabilitación de salud mental
- Unidades de hospitalización de salud mental
- Hospital de Día de salud mental
- Unidad Regional de Media Estancia
- Unidad de Trastornos de la Alimentación. Hospital Universitario Reina Sofía
- Unidad Regional de Terapia Electroconvulsiva Ambulatoria
- ETACs Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario

Existen otros dispositivos pertenecientes a empresas y entidades sin finalidad lucrativa relacionadas con la salud mental que colaboran en la atención a a personas que padecen problemas de salud mental, mediante recursos de soporte y apoyo e inserción sociolaboral:

- ISOL (Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial)
- FEAFES Federación Murciana de asociaciones de Familias y Enfermos Mentales
- Clínica San Felipe del Mediterráneo (especialistas en psiquiatría, psicología y en psicoterapia).
- Fundación Santo y Real Hospital de Caridad "Los Pinos" (Teléfono: 968 08 83 00)
- Cruz Roja Murcia
- Fundación Entorno Slow (bienestar y mejora de la calidad de vida de las personas más desfavorecidas o en riesgo de exclusión social, especialmente drogodependientes con o sin enfermedad mental asociada)
- ADANER (Asociación Anorexia Nerviosa y Bulimia de la Región de Murcia)
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Región de Murcia

El "Primer Plan de Salud Mental en nuestra región, abarco el periodo 1995/1999, el siguiente se relaciona con el periodo 1999/2001, este periodo cobra una especial relevancia dado que coincide con el proceso de preparación de las transferencias sanitarias en nuestra Comunidad Autónoma y el de más amplia conceptualización. El último Plan que se ha publicado corresponde al periodo 2010-2013.

La Red de Salud Mental de la Región de Murcia se encuentra organizada por diversos programas asistenciales. Los que existen en la actualidad, sin detrimento de que en un futuro puedan existir otros, son:

- *El programa Infanto-Juvenil* debe cubrir a la población comprendida entre 0 y 16 años, que resida en el área de salud correspondiente, y al igual que en el programa de Adultos, debe cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población.
- *El programa de atención a Adultos* se organiza y actúa en relación a la Salud Mental de la población general mayor de 16 años, que resida en el área de salud correspondiente, debiendo cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población, así como las correspondientes tareas de rehabilitación.
- *El programa de Drogodependencias* es un programa específico que se organiza y actúa con referencia a la población con problemas de ludopatías (como conducta adictiva), abuso y dependencia de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Debe cubrir de igual manera todas las necesidades especificadas en los anteriores programas.
- *El programa de Hospitalización* está dirigido a aquella problemática de salud mental, que no es posible resolver en el ámbito extra-hospitalario por sus características clínicas fundamentalmente.
- *El programa de Rehabilitación y Reinserción* constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales, teniendo como finalidad principal lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, evitando la marginación que supone la pérdida de la salud mental.
- *El tratamiento asertivo comunitario* es un programa dirigido a enfermos mentales crónicos graves, que ofrecen resistencia a asistir a los tratamientos en las instituciones desde donde se prestan, de forma que solo son atendidos desde los servicios de urgencias y de hospitalización cuando la enfermedad está en sus niveles más altos y la situación del enfermo y de la familia es

insostenible. El Tratamiento Asertivo se inicia en el domicilio donde se prestan los servicios integrales que la institución provee.

En este sentido, la red de Salud Mental la integran diferentes tipos de dispositivos públicos, que ofrecen atención especializada a las personas que padecen problemas de salud mental, constituidos por profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología clínica, enfermería psiquiátrica, trabajo social, terapia ocupacional, auxiliar de clínica y personal administrativo en un conjunto de centros sanitarios distribuidos por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

## **6. Funciones del Trabajador Social**

Entre las funciones del trabajador/a social en el trabajo con personas con enfermedad mental, podemos apuntar las siguientes como referencia general, aunque en función de las características de las personas atendidas (por ejemplo la edad) y de la institución a la que representa, se puede proporcionar una atención todavía más personalizada:

- a) Realización de la historia social del paciente para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.
- b) Realizar informes sociales
- c) Realización de visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de la situación socio-familiar del paciente.
- d) Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.
- e) Apoyo, potenciación y fomento del asociacionismo entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.
- f) Promover el trabajo en equipo y la Coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- g) Colaborar en el control y seguimiento de aquellos pacientes que requieran una actuación continuada en la utilización de recursos comunitarios
- h) Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación con los equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.
- i) Colaborar en las actividades de Formación y de investigación establecidas en el Centro.
- j) Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc.

Los objetivos que se trata de conseguir en el caso de los menores son:

- Mejorar las condiciones de vida del menor y su familia en su propio contexto
  - Atender la problemática socio-familiar presentada, así como capacitar a la familia para el uso adecuado de los recursos existentes.
  - Gestionar y orientar sobre los recursos necesarios al caso.
  - Intervenir en el medio familiar, escolar y comunitario, pues son núcleos de detección de las carencias que repercuten de forma directa sobre el desarrollo del paciente.
  - Fomentar la participación e integración del menor en actividades asociativas, deportivas, lúdicas, de ocio y tiempo libre de la zona por considerarse que son un espacio fundamental en el proceso de desarrollo del niño/adolescente.

Y los objetivos que se trata de conseguir en el caso de los adultos son:

- Atender la problemática socio-familiar del paciente, así como capacitar a la población para el uso adecuado de los recursos sociales y sanitarios.
- Estudiar los hábitos, actitudes y valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Gestionar y orientar sobre los recursos necesarios (asistenciales, educacionales...) para el enfermo mental.
- Intervenir en el medio familiar, laboral, escolar y comunitario, para la reubicación y rehabilitación del enfermo mental.
- Realizar interconsultas con los profesionales del equipo de Salud Mental.

## 7. Conclusiones

Las enfermedades mentales son enfermedades multifactoriales (genética, alteraciones químicas, entorno, etc.) y por tanto existe dificultad en la determinación de un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado.

Las personas con alguna enfermedad mental disponen de una atención comunitaria, desde los Centros de Salud Mental, siendo atendidas por equipos multidisciplinares formados por psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, etc.

Se ofrecen tratamientos específicos desde una perspectiva biopsicosocial a través de los programas existentes en las diferentes áreas de atención a la población. Se busca una intervención eficaz y la mejora en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental a través de la combinación de tratamientos psicológicos y

farmacológicos de una forma continuada, requiriéndose su administración, incluso en ausencia de síntomas.

La preocupación más frecuente la encontramos en la estigmatización y sobrecarga tanto de la familia como del propio paciente por parte de la sociedad, debido al desconocimiento que aún existe respecto a la enfermedad mental.

Debemos fomentar el desarrollo de políticas sociales, como campañas informativas para dar a conocer la enfermedad y patologías específicas, con el objetivo de proporcionar mayor información a la sociedad. De esta manera, aumentar el conocimiento sobre la salud mental y conseguir un alto nivel de autonomía y funcionamiento de las personas que padecen estas enfermedades.

La Federación de Asociaciones de Familias y personas con enfermedad mental (FEAFES) y el Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI) llevan a cabo el funcionamiento y representación de los Programas de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social establecidas por el Ministerio de Sanidad Servicio Sociales e Igualdad de la Región de Murcia.

Ha de tenerse en cuenta el papel fundamental que tiene la prevención y el diagnóstico de las enfermedades mentales, sobre todo en edades tempranas, su importancia es imprescindible para cualquier tipo de problemática y para ésta en particular.

La intervención del profesional de trabajo social con las personas que padecen alguna enfermedad mental debe ser respaldada de un buen bagaje de conocimientos sobre todos los recursos existentes del respetivo ámbito, de esta manera se conseguirá ofrecer la máxima ayuda y el cumplimiento de los objetivos establecidos en la intervención.

## 8. Bibliografía

- Arnaiz A., (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental* nº 26 , pág. 49–59
- Baremos para la *enfermedad mental* en España, extraído el 07 de abril de 2015 de <http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/n5-discapacidad/164-11-baremos-para-la-enfermedad-mental>
- Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la Organización Mundial de la Salud, extraído el 09 de abril 2015 de <http://www.eutimia.com/cie10/#.VRvrcNysXIc>
- County of San Diego Mental Health Services <http://www.saludhealthinfo.com/es/salud/LasRaicesdelEstigmaylaDiscriminacion.html>

- El tratamiento de los trastornos mentales a través de la historia, de 12/04/2012, extraído el 06/04/2015 de <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/>
- Fernández Riquelme, Sergio (2015). *Teoría de la Intervención social. Fundamentos y Modelos para el Trabajo social*. Murcia: Diego Marín ed.
- Giribert, Muñoz. C. et al. Plan Regional de Salud Mental de la Región de Murcia. Guía de Atención a Adultos. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia. 1999.
- Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, extraído el 08 de abril de 2015 de <http://sociology.about.com/od/Works/a/Stigma-Notes-On-The-Management-Of-Spoiled-Identity.htm>
- Historia de la locura en la época clásica” <http://es.scribd.com/doc/3928511/Historia-De-La-Locura-Michel-Foucault>
- Kisnerman. N. Salud Pública y Trabajo Social. Humanitas Buenos Aires.1978.
- *La atención a la salud mental en España* (2005, abril) en el Acto de celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica Abril 1985. Toledo, España.
- Morales. Meseguer. J. M. et al. Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia .1988
- Pedreira, Masa.J.L. Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria. ELA Editorial. Madrid.1995.
- PsicosocialArt - Portal sobre Salud Mental, “Aspectos Psicosociales y calidad de vida en personas con enfermedad mental”
- Rozey, F., Eugenesia y el trastorno mental: una historia que no debe olvidarse de 08/12/2011, extraído el 06/04/2015 de <http://www.activament.org/es/2011/12/08/eugenesia-i-trastorn-mental-una-historia-que-cal-no-oblidar-2/>
- Ruiz, M.A, et. al (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española ; *Revista de psiquiatría y salud mental*; Vol. 05. Núm. 02.
- <http://www.1decada4.es/recursosensibilizacion/>, extraído el 10 de abril de 2015
- <http://www.borm.es/borm/vista/principal/inicio.jsf> , extraído el 10 de abril de 2015
- [http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/04\\_marco\\_legal.html](http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/04_marco_legal.html), extraído el 10 de abril de 2015