



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

El papel del Trabajo Social en la recuperación y autonomía de personas adultas con trastornos mentales graves (TMG) y sin soporte familiar

Estudiante: Syuzanna Slota

Tutora: Rosalía Mota López

Madrid, abril 2026

RESUMEN

Este presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar desde la perspectiva del Trabajo Social los determinantes sociales, modelos de intervención y recursos dirigidos a las personas adultas con Trastorno Mental Grave (TMG) sin soporte familiar en la Comunidad de Madrid. La investigación se justifica por la alta relevancia sociosanitaria de los trastornos mentales graves, la necesidad de respuestas integrales y el impacto de los determinantes sociales (género, precariedad laboral, recursos económicos, estigma, redes de apoyo) en el proceso de recuperación psicosocial. Además, se contextualiza en las estrategias vigentes de salud mental orientadas a la rehabilitación, la continuidad de cuidados y la inclusión social de las personas con TMG, destacando la importancia del Trabajo Social en la promoción de la autonomía y la vida independiente.

Palabras claves: salud mental, trastornos mentales graves, trabajo social, determinantes sociales, modelos de intervención, autonomía, recuperación psicosocial.

ABSTRACT

This research study aims to analyze, from a Social Work perspective, the social determinants, intervention models, and resources available to adults with Severe Mental Disorder (SMD) without family support in the Community of Madrid. The research is justified by the high socio-health relevance of severe mental disorders, the need for comprehensive responses, and the impact of social determinants (gender, job insecurity, economic resources, stigma, and support networks) on the psychosocial recovery process. Furthermore, it is framed within current mental health strategies focused on rehabilitation, continuity of care, and the social inclusion of people with SMD highlighting the importance of Social Work in promoting autonomy and independent living.

Keywords: mental health, severe mental disorders, social work, social determinants, intervention models, autonomy, psychosocial recovery.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	p.7
1.1. Descripción general y contextualización.....	p.7
1.2. Objeto de investigación.....	p.7
1.3. Justificación.....	p.8
2. OBJETIVOS, PREGUNTAS E HIPÓTESIS.....	p.8
2.1. Objetivo general.....	p.8
2.2. Objetivos específicos.....	p.8
2.3. Preguntas de investigación e hipótesis.....	p.9
3. METODOLOGIA.....	p.10
4. Salud Mental.....	p.12
4.1. Clasificación de los trastornos mentales.....	p.12
4.2. Determinantes sociales de la salud mental.....	p.15
4.3. Estigma.....	p.19
4.4. Autonomía, toma de decisiones y vulnerabilidad.....	p.21
4.5. Las personas con TMG y sin soporte familiar.....	p.22
5. Contexto del Trabajo Social en Salud Mental	p.23
5.1. Funciones y competencias del Trabajo Social en la Red de Salud Mental	p.24
5.2. Recursos sociosanitarios de la Red de Salud Mental en la Comunidad de Madrid	p.27
5.2.1. Los Centros de Salud Mental	p.29
5.3. Características y perfiles de los centros y recursos de atención social específicos de Salud Mental.....	p.31

5.3.1. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial.....	p.32
5.3.2. Los Centros de Rehabilitación Laboral.....	p.32
5.3.3. Centro de Dia de Soporte Social.....	p.33
5.3.4. Recursos residenciales.....	p.33
5.4. Prestaciones y servicios de vida diaria: dependencia, discapacidad y garantía de ingresos.....	p.34
5.5. Modelos de intervención (sistémico, centrado en la tarea, intervención en crisis, gestión de casos)	p.35
5.5.1. Modelo sistémico: ver la vida completa, no solo el síntoma.....	p.36
5.5.2. Modelo centrado en la tarea.....	p.37
5.5.3. Modelo de intervención en crisis.....	p.37
5.5.4. Modelo de gestión de casos.....	p.38
6. ANÁLISIS.....	p.39
6.1. Necesidades.....	p.39
6.1.1. Autonomía y autocuidado.....	p.39
6.1.2. Necesidad residencial.....	p.41
6.1.3. Recursos económicos.....	p.42
6.1.4. Relaciones interpersonales.....	p.43
6.2. Determinantes sociales.....	p.44
6.2.1. Relevancia del “Código postal” y factores culturales.....	p.45
6.2.2. Antecedentes familiares y redes de apoyo.....	p.46
6.3. TMG y perspectiva de género.....	p.47
6.3.1. El “ruido” y el silencio.....	p.48
6.3.2. Violencia de género.....	p.49

6.3.3. Trastorno Límite de Personalidad y autolesiones.....	p.50
6.4. Consecuencias del estigma.....	p.50
6.4.1. Soledad no deseada.....	p.52
6.4.2. Aislamiento social.....	p.53
6.5. Recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid.....	p.54
6.5.1. Los recursos de ámbito sanitario.....	p.54
6.5.2. Los recursos de rehabilitación psicosocial.....	p.55
6.5.3. El centro de rehabilitación psicosocial (CRPS).....	p.55
6.5.4. Los centros de rehabilitación laboral (CRL).....	p.56
6.5.5. Los Centros de Día de Soporte Social (CD).....	p.56
6.5.6. El equipo de apoyo social comunitario (EASC).....	p.57
6.5.7. Mini residencias.....	p.57
6.6. Reconocimiento de la discapacidad y dependencia.....	p.58
6.7. Modelos de intervención (sistémico, intervención en crisis, centrado en la tarea)	p.59
6.7.1. Modelo sistémico.....	p.59
6.7.2. Modelo intervención en crisis.....	p.59
6.7.3. Modelo centrado en la tarea.....	p.60
6.8. Gestión de casos.....	p.60
7. CONCLUSIONES.....	p.62
8. BIBLIOGRAFÍA.....	p.65
9. ANEXOS.....	p.73

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

Tabla 1. Perfiles de las personas entrevistadas.....	p.10
Tabla 2. Síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia según Andreasen, N. C., Olsen, S. (1982)	p.14
Tabla 3. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según la edad, sexo, nivel de estudios, clase social, actividad laboral y país de nacimiento. España 2017.....	p.17
Figura 1. Características y tipología de los centros y servicios de la Red de Salud Mental y Adicciones.....	p.29
Tabla 4. Cuantía de las pensiones no contributivas en caso de incapacidad.....	p.35

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción general y contextualización

La recuperación psicosocial y la autonomía son puntos importantes de la atención comunitaria en salud mental. Desde la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022–2026 se impulsa la atención centrada en la persona, la lucha contra el estigma y la continuidad de cuidados entre sanidad y servicios sociales (Ministerio de Sanidad, 2025).

En la Comunidad de Madrid, la Red Pública de Atención Social incluye dispositivos dirigidos a las personas con trastornos mentales graves, los cuales se enfocan en la rehabilitación y apoyos a la vida independiente (Comunidad de Madrid, 2025).

Al respecto Caspi et al. (2024) confirma el alto volumen de las demandas relacionadas con la salud mental en la atención primaria (1 de cada 9 contactos), destacando la necesidad de coordinar intervención social y sanitaria. Además, determinantes sociales como falta de redes de apoyo primario y recursos económicos se asocian con más riesgo de mala salud mental (Vásquez et al., 2022).

1.2. Objeto de investigación

El objeto de la presente investigación es describir y revisar, desde el enfoque del Trabajo Social, los modelos de intervención y recursos de apoyo dirigidos a personas adultas con trastorno mental grave (TMG) que carecen de soporte familiar, y analizar cómo se relacionan con su recuperación psicosocial.

Como delimitación temática, se revisarán los modelos de intervención del Trabajo Social en salud mental, las funciones profesionales asociadas a dichos modelos y los resultados descritos en términos de autonomía/vida independiente y coordinación sociosanitaria.

Finalmente, la población diana la constituyen personas adultas con trastorno mental grave (TMG) y sin soporte familiar, vinculadas a recursos sociosanitarios orientados a la recuperación funcional e inclusión social.

En cuanto al ámbito territorial, el estudio se centra en la Comunidad de Madrid.

1.3. Justificación

El tema planteado se justifica en primer lugar por la relevancia para el Trabajo Social de promover el bienestar de las personas con trastorno mental grave (TMG), en especial de las que carezcan de soporte familiar. En segundo lugar, por su emergencia sociosanitaria. Los problemas de salud mental suponen una demanda significativa, su volumen en atención primaria es comparable al de patologías crónicas. Estas evidencias exigen respuestas integrales de la intervención sociosanitaria para mejorar la autonomía y participación comunitaria de este colectivo (Caspi et al., 2024).

La elección del tema también está relacionada con las nuevas estrategias de las políticas sociales. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026 y Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 de la Comunidad de Madrid orientan políticas a recuperación, continuidad de cuidados, derechos y lucha contra el estigma en el ámbito de salud mental. Analizar el papel del Trabajo Social en ese marco ayuda a aterrizar los objetivos en prácticas activas (Ministerio de Sanidad, 2025; Comunidad de Madrid, 2025).

En cuarto lugar, se investigan los determinantes sociales que influyen en la recuperación psicosocial en los casos de trastornos mentales graves. Es relevante comprender los factores de riesgo que pueden desencadenar el agravamiento del trastorno mental y aplicar las medidas preventivas para reducir la vulnerabilidad y favorecer la vida independiente en condiciones dignas (Vásquez et al., 2022; Cazorla, 2018).

2. OBJETIVOS, PREGUNTAS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivo general

Analizar el papel del Trabajo Social en la recuperación funcional y la autonomía de personas adultas con trastorno mental grave (TMG) y sin soporte familiar.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar y analizar los determinantes sociales que influyen directamente en la recuperación de personas con TMG y sin soporte familiar.
2. Identificar las funciones y competencias del Trabajo Social en recursos sociosanitarios vinculados con la rehabilitación psicosocial.

3. Describir los recursos y prestaciones disponibles en la Comunidad de Madrid dirigidas a las personas con TMG.
4. Revisar desde un punto de vista analítico los modelos de intervención en Trabajo Social orientados a la autonomía de las personas con TMG y sin soporte familiar.

2.3. Preguntas de investigación e hipótesis

¿P1. ¿Qué determinantes sociales influyen en la recuperación de las personas con trastorno mental grave (TMG) sin soporte familiar de qué manera afectan a dicho proceso?

- H1. Los determinantes sociales como el género, situación económica, existencia de la red de apoyo condicionan en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental grave (TMG) sin soporte familiar.

P2. ¿Qué funciones y competencias del Trabajo Social se realizan en recursos sociosanitarios de la Red de Salud Mental?

- H2. La gestión de casos, la coordinación sociosanitaria y la vinculación con los recursos sociosanitarios se asocian con mejor continuidad de cuidados y avances en recuperación funcional y vida independiente.

P3. ¿Qué recursos y prestaciones disponibles se describen como relevantes para este perfil y con qué resultados se relacionan?

- H3. Los recursos de rehabilitación psicosocial en combinación con prestaciones económicas proponen mejor reintegración a la comunidad y prevención de recaídas.

P4. ¿Qué modelos de intervención en Trabajo Social se describen en la literatura como orientados a la autonomía de personas con TMG y sin soporte familiar?

- H4. Los modelos centrados en la persona y su entorno, orientados al desarrollo de autonomía: modelo sistémico, centrado en tarea, intervención en crisis.
- H5. Un modelo de gestión de casos que incorpore apoyos graduados y coordinación interinstitucional se plantea como el más adecuado para guiar la intervención.

3. METODOLOGÍA

Este trabajo adopta un enfoque cualitativo con un diseño exploratorio-descriptivo. Se han combinado dos técnicas: la revisión documental para la construcción del marco teórico, y la entrevista semiestructurada como técnica principal de trabajo de campo. Además, se ha utilizado como técnica complementaria de recogida de información la observación sistematizada y registrada de las prácticas curriculares externas de 4º curso de Grado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, realizadas desde 21 de octubre de 2025 hasta 25 de marzo de 2026.

El marco teórico y analítico de la investigación se ha elaborado a través de una revisión documental en las bases de datos académicas de Dialnet, Scopus, Scielo, ScienceDirect, complementada con Google Académico, Boletín Oficial del Estado, fuentes estadísticas e informes y guías sobre Trabajo Social en salud mental, rehabilitación psicosocial, autonomía y modelos de intervención (gestión de casos, modelo sistémico intervención en crisis, centrado en la tarea). En las búsquedas documentales se han combinado descriptores y operadores booleanos en español e inglés, por ejemplo: “trabajo social” AND “salud mental” AND “autonomía”; “rehabilitación psicosocial” AND “CRPS”; “community mental health” AND “social work”.

Se realizaron un total de 10 entrevistas semiestructuradas en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Los perfiles entrevistados completos se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. *Perfiles de las personas entrevistadas.*

Código	Sexo	Perfil
E1	Mujer	Trabajadora social de La Oficina Regional de Salud Mental y adicciones
E2	Mujer	Jefa de la Unidad de Trabajo Social del Hospital General de Gregorio Marañón
E3	Hombre	Jefe de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Puerta del Hierro

E4	Mujer	Trabajadora social del Centro de Salud Mental Colmenar Viejo
E5	Mujer	Trabajadora social del Centro de Salud Mental Ciudad Lineal
E6	Mujer	Trabajadora social del Centro de Salud Mental Majadahonda
E7	Mujer	Trabajadora social de La Oficina Regional de Salud Mental y adicciones
E8	Mujer	Trabajadora social de la Psiquiatría del Hospital General de Gregorio Marañón (ATIENDE)
E9	Mujer	Paciente
E10	Mujer	Trabajadora social del Centro de Salud Mental Retiro

Nota: Elaboración propia.

El acceso a los y las participantes se realizó a través de contactos previos de la investigadora y algunos emergentes durante el estudio por búsqueda propia. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas mediante herramientas digitales. Los guiones de las entrevistas se articulan en bloque temáticos que abordan: determinantes sociales de la salud mental, funciones del Trabajo Social, recursos sociosanitarios y prestaciones disponibles, y marcos conceptuales aplicables (Anexo I).

Se ha empleado un análisis temático. El análisis del material empírico proporcionado por las entrevistas se ha realizado a través de su lectura, la extracción de citas relevantes y su posterior categorización temática. La codificación temática permitió identificar y analizar de manera sistemática y rigurosa temas que se corresponden con cuestiones centrales identificadas previamente en la literatura, así como desvelar temas y patrones emergentes en las narrativas. Las categorías se organizan en ocho bloques: necesidades, determinantes sociales, género, consecuencias del estigma, recursos sociosanitarios, prestaciones, modelos de intervención y gestión de casos (Anexo III). Este análisis temático se ha complementado con la revisión de la evidencia proporcionada por las notas de campo recogidas durante las prácticas curriculares externas (Anexo IV).

En relación con los aspectos éticos, antes del inicio de cada entrevista se proporcionó a los/as participantes un consentimiento informado que debían firmar, con información clara sobre los objetivos del estudio, el uso previsto de los datos recogidos y su derecho a responder con total libertad (Anexo II). Asimismo, se garantizó el compromiso de confidencialidad y anonimato, asegurando que toda la información aportada sería tratada de manera estrictamente confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de la presente investigación.

4. SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2025) define la salud mental como un estado de bienestar que permite afrontar el estrés, desarrollar capacidades, trabajar adecuadamente y contribuir a la comunidad. Esta definición es importante porque no identifica salud mental con “no tener un trastorno”, sino con poder vivir en condiciones dignas y sentirse incluido en la sociedad. La OMS (2025) añade que la salud mental tiene un valor intrínseco y es un derecho humano fundamental, de modo que los Estados deben crear condiciones sociales, sanitarias y comunitarias que lo hagan posible.

El Ministerio de Sanidad (2025), a través de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, recoge la misma idea y subraya que la atención debe centrarse en las personas, respetando sus derechos, erradicando el estigma y reforzando los recursos sociosanitarios.

4.1. Clasificación de los trastornos mentales

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11.^a revisión (CIE-11) es el sistema que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone para describir y codificar los trastornos mentales del comportamiento y neurodesarrollo (capítulo 06), entendidos como trastornos con alteraciones clínicamente significativos de la cognición, la regulación emocional o la conducta. También se aportan descripciones clínicas y requisitos diagnósticos actualizados para el uso clínico (OMS, 2019).

La CIE-11 incorpora descriptores de funcionamiento que permiten analizar si el trastorno afecta el funcionamiento físico y cognitivo (OMS, 2019). Se utiliza el Cuestionario WHODAS 2.0 de la OMS que evalúa 6 áreas claves:

- Compresión y comunicación: se mide la capacidad para concentrarse, memorizar, comunicarse.
- Movilidad: se evalúa la capacidad para desplazarse y moverse en su entorno de manera independiente.
- Cuidado personal: capacidad de mantener la higiene personal, dieta equilibrada y vestimenta adecuada, responsabilidades domésticas, planificar el ocio y tiempo libre.
- Actividad laboral y académica: capacidad de desarrollar la actividad laboral, obtener la formación profesional.
- Relaciones personales: capacidad de mantener la interacción con otras personas: amigos, desconocidos y ser capaz de manejar los conflictos.
- Participación en la sociedad: capacidad de desarrollar actividades comunitarias.

En el ámbito sociosanitario, estos descriptores son eficientes para fundamentar necesidades de apoyo (ayuda a domicilio, apoyo de tercera persona o recurso residencial) cuando la persona vive sola.

Según Gisbert (2003), se diferencian tres dimensiones que configuran los TMG:

- El diagnóstico. El trastorno mental grave incluye los trastornos psicóticos funcionales – excluye los trastornos orgánicos de pacientes mayores de 65 años.
- La duración del trastorno y del tratamiento es superior a dos años.
- Disfunción moderada o grave del funcionamiento global – familiar, social, laboral.

La mayoría de las personas con TMG sufren los episodios de psicosis, que limita su capacidad de autonomía. La psicosis es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad, que se manifiesta a través de la desorganización grave del pensamiento, alucinaciones y delirios.

Según el Informe del Ministerio de Sanidad (2020) la psicosis afecta al 1,2 % de la población: 1,1% hombres y 1,4% mujeres. La psicosis afectiva prevalece en mujeres 9,6% y 4,8% en hombres, y crece con la edad hasta que está presente en 2% de las mujeres de 65 a 84 años. En casos de psicosis no especificadas como la psicosis agudas, reactivas y transitorias se da en 1,9% de la población: 2% mujeres y 1,8% hombres.

Los estudios señalan que estos pacientes encuentran restricciones en actividades de la vida diaria (autocuidado, autonomía personal, control de la conducta, capacidad de iniciativa y motivación), en las relaciones sociales (acceso a servicios – sociales, sanitarios, comunitarios, dificultad para gestionar el tiempo libre y disfrutar, así como problemas con funcionamiento laboral y con la participación asociativa y política), en factores personales (género, edad, comorbilidad, patología dual, personalidad, afrontamiento de estrés, clase social, educación, experiencias pasadas), en factores ambientales (oportunidades, actitudes sociales, calidad y accesibilidad de los tratamientos, normas sociales, cultura de pertenencia), así como en factores políticos (existencia de estrategias políticas en nivel nacional relacionada con la mejora de atención sanitaria e inclusión social de personas con problemas de salud mental).

Para mejor comprensión de la sintomatología de trastornos mentales graves y su manifestación se incluye la Tabla 2. que clasifica los síntomas positivos y negativos presentes en las personas con TMG.

Tabla 2. *Síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia según Andreasen, N. C., Olsen, S. (1982).*

Síntomas positivos	Síntomas negativos
<p>Alucinaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Auditivas ● Voces comentando o conversando ● Visuales ● Olfativas-gustativas ● Somáticas-Táctiles <p>Ideas delirantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● De persecución ● Celotípicas ● De culpa o pecado ● De grandeza ● Religiosas ● Somáticas ● De referencia ● De control ● Lectura de pensamiento ● Robo del pensamiento 	<p>Aplanamiento afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Invariabilidad de la expresión facial ● Disminución de movimientos espontáneos ● Escasez de gestos expresivos ● Contacto pobre con la mirada ● Ausencia de respuesta afectiva ● Afecto inapropiado ● Ausencia de inflexiones en el habla <p>Alogia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pobreza del habla ● Pobreza del contenido del lenguaje ● Bloqueo ● Aumento de latencia de respuestas

<ul style="list-style-type: none"> ● Eco, inserción, difusión del pensamiento <p>Conductas extravagantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alteración en conducta social y sexual ● Agresividad, agitación ● Conducta estereotipada, repetitiva ● Alteración en vestido y apariencia <p>Trastornos formales del pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la atención ● Descarrilamiento (asociaciones laxas) ● Tangencialidad ● Incoherencia, esquizofasia ● Irracionalidad ● Circunstancialidad ● Asociaciones fonéticas ● Presión del habla ● Distraibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Valoración subjetiva de alogia <p>Abulia-apatía</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Higiene personal insuficiente ● Anergia física ● Falta de persistencia en trabajo o escuela ● Queja subjetiva de abulia-apatía <p>Anhedonia-asociabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Escasez de intereses o actividades ● Escaso interés sexual ● Pocas relaciones con amigos y compañeros ● Incapacidad de sentir intimidad <p>Alteración de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Distraibilidad social ● Queja subjetiva de falta de atención
---	---

Fuente: Andreasen, N. C., Olsen, S. (1982).

Según Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007), el perfil de la persona con trastorno mental grave se caracteriza por una expectativa de vida 10 años menos, de media, que la población sana, por una tasa de muerte por el suicidio muy alta (del 10%), por frecuentes conflictos en la familia, por una tasa de desempleo alta (60-90%), por dependencia económica, por la tendencia de consumo abusivo de sustancias (fármacos, drogas, cafeína, tabaco) y por la marginación social (estigmatización por peligrosidad, violencia, amenaza).

4.2. Determinantes sociales de la salud mental

El médico Richard Cabot (1909) consideraba que los cuidados del cuerpo no pueden separarse de las circunstancias sociales. El reconocía que la eficacia de su intervención era reducida por no tener en cuenta factores sociales y culturales. Se han dado las evidencias que los pacientes no podían seguir los tratamientos por su nivel económico,

por las condiciones de vivienda, por sus déficits formativos y culturales. Por eso motivo, fue el primer médico que contrató una trabajadora social para trabajar en su equipo y gestionar aquellos problemas sociales que impedían a los pacientes alcanzar mejores cotas de salud.

La OMS (2025) menciona que la salud mental está condicionada por factores sociales, económicos y ambientales que actúan a lo largo de la vida: pobreza, desempleo, vivienda inestable y marginación aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

Según Mongui et al. (2024), en España la precariedad laboral y la inseguridad residencial se asocian con peor salud mental y con mayores dificultades para sostener procesos de recuperación. Esto ocurre porque la inestabilidad del empleo y la vivienda incrementa el estrés cotidiano, reduce la sensación de control sobre la propia vida y obliga a priorizar necesidades básicas (pagar alquiler, suministros o alimentación) por encima del autocuidado y el seguimiento de apoyos profesionales.

Allen et al. (2014) recuerdan que el efecto social de un mismo diagnóstico varía según las condiciones de vida. No es equivalente vivir una esquizofrenia con vivienda estable y familia implicada que vivirla en soledad no deseada, con ingresos inestables y con experiencias previas de discriminación. No es lo mismo ser extranjero con TMG en situación administrativa irregular o ser mujer con TMG de etnia gitana. Estos mismos autores explican que existe un «gradiente social» en salud: cuando hay más desigualdad, la salud mental empeora especialmente en los grupos con menos recursos. Es decir: las personas con menos ingresos suelen vivir con más presión económica y más problemas acumulados (vivienda precaria, trabajos inestables, trámites complejos, falta de formación y etc.), y al mismo tiempo encuentran más barreras para acceder y mantenerse en los servicios (coste del transporte, horarios incompatibles, menor acompañamiento, situación administrativa irregular), lo que aumenta el riesgo y dificulta la recuperación. Precisamente, Thornicroft et al. (2009) señalan que las personas con esquizofrenia esperan ser rechazadas antes de buscar trabajo o vivienda, lo que limita la integración aun cuando el tratamiento clínico sea correcto.

Patel et al. (2018) también subrayan que, aunque existan buenos servicios sanitarios, si no se abordan los determinantes sociales, la mejora puede ser limitada.

En la tabla 3 se muestran los datos recopilados de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018) que reflejan cómo influyen los determinantes sociales a la salud mental. Según los datos la población a partir de 15 años en riesgo de padecer un trastorno mental se distribuye 13,9 % son hombres y 21,9% son mujeres. El riesgo fue mayor a mayor edad, 12,6% en grupo de 15 a 24 años contra 31,9% en el de 85 y más.

El nivel socioeconómico se presenta claramente tanto según la clase social como según el nivel educativo avanzado. La población de 15 y más años con educación superior se ubica en 13,4% y la proporción se aumenta hasta el 21,5% en caso de nivel educativo básico o inferior. El mismo gradiente socioeconómico se mantiene según la clase social en ambos sexos con prevalencia en mujeres y más del doble en clase VI que en la I (clase I se refiere a clase social más alta y VI de clase social más baja).

En caso de actividad laboral y su relación con riesgo de salud mental se puede observar que las personas que trabajan tienen menor porcentaje 12,5% frente las personas incapacitadas a trabajar 50,5% y de los desempleados 26,6%. La distribución es la misma, pero con valores más altos para las mujeres.

En este caso las personas extranjeras presentan menor porcentaje 14,9% frente a la población autóctona 18,5%.

Se puede concluir que los determinantes sociales influyen directamente a la salud mental de ambos sexos, y que ser mujer agrava la influencia de éstos.

Tabla 3. *Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según la edad, sexo, nivel de estudios, clase social, actividad laboral y país de nacimiento. España 2017.*

	Total	Hombres	Mujeres
Número de encuestados	23 089	10 595	12 494
	%	%	%
Total 15 y más años	18,01	13,92	21,90
Grupo de edad			
De 15 a 24 años	12,64	8,11	17,41
De 25 a 34 años	14,47	12,05	16,88
De 35 a 44 años	15,61	13,23	18,02
De 45 a 54 años	19,42	16,45	22,42
De 55 a 64 años	19,90	15,44	24,15
De 65 a 74 años	17,69	12,27	22,58
De 75 a 84 años	26,82	19,33	32,30
De 85 y más años	31,95	24,76	35,68
Clase social			
I	12,43	11,32	13,55
II	13,30	10,14	16,24
III	15,91	12,53	19,17
IV	17,98	14,22	22,39
V	19,68	14,80	24,33
VI	23,61	18,12	28,12
No consta	21,10	11,08	24,60
Nivel de estudios			
Primarios/sin estudios	15,35	16,62	26,21
Secundarios	13,37	11,44	19,17
Universitarios	13,92	10,62	15,90
País de nacimiento			
España	18,50	14,59	22,31
Extranjero	14,90	9,36	19,49
Relación con la actividad económica			
Trabajando	12,51	9,64	15,99
En desempleo	26,64	24,87	28,29
Jubilado	21,66	15,97	27,98
Estudiando	12,88	9,06	16,96
Incapacitado/a para trabajar	50,46	46,06	57,16
Labores del hogar	23,54	10,02	23,70

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018)

Blasco et al. (2023) comprobaron que, durante la crisis económica, los problemas de salud mental aumentaron sobre todo entre las personas con menos recursos y con problemas de vivienda. Esto demuestra que la capacidad económica es determinante.

Resulta importante considerar también el papel del apoyo social. Hernández (2013) señala que, en las personas con TMG, la existencia de una red cercana que acompañe a las citas y ayude en gestiones es un factor protector; cuando dicha red no existe, la misma persona queda más expuesta al aislamiento y abandono. De este modo, la salud mental, entendida como bienestar y participación, queda vinculada a la disponibilidad real de apoyos (OMS, 2025).

Esta estrategia se basa en que los factores sociales como vivienda, empleo, redes de apoyo condicionan de manera directa el estado mental. Según el Informe Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid (2025) este enfoque es pertinente porque convive una intervención clínica con una red social

para personas con enfermedad mental grave, lo que permite unir sanidad y servicios sociales en un mismo itinerario.

Por otra parte, Allen et al. (2014) explican que las desigualdades en renta, educación y trabajo producen desigualdades en salud mental; en otras palabras, los grupos con peores condiciones materiales presentan más dificultades para recuperarse.

Los pacientes con TMG y sin soporte familiar tienen dificultades para afrontar las demandas del ambiente, para interactuar socialmente (pérdida de redes sociales y tendencia al aislamiento social) y para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Padecen la dependencia elevada de otras personas, así como de los servicios sociosanitarios. Por ello, los pacientes con TMG necesitan controlar su sintomatología, mejorar su funcionamiento psicológico y prevenir recaídas. Como consecuencia de todo ello, conforman un colectivo especialmente vulnerable (con alto riesgo de exclusión social, marginación, estigmatización), por lo que resulta fundamental proteger y garantizar sus derechos como ciudadanos.

4.3. Estigma

En el ámbito de la Psicología Social y de la Sociología, el estigma se considera un fenómeno social. Goffman fue el primero en proponer una definición, describiéndolo como una cualidad que genera reacciones negativas o consecuencias no deseadas para quien la posee “Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja” (Goffman, 2006, p.14-19).

En España, en la primera Encuesta Nacional sobre Estigma, un 44,4% de las personas manifestó una intención media-baja de acercamiento a las personas con trastornos mentales, un 65% rechazó convivir con una persona con diagnóstico, alrededor de un tercio no mantendría una amistad y un 40% preferiría que sus hijos no se relacionen con personas con TMG. (Grupo 5, 2023). Un 68% considera que debería informarse del diagnóstico cuando alguien comete un delito, lo que favorece asociaciones injustas entre trastorno mental y peligrosidad (Infocorp, 2022). A la vez, se observa: el contacto cercano (conocer, convivir o tratar de forma habitual con una persona con problemas de salud mental) se asocia con niveles de estigma considerablemente menores, con diferencias cercanas al 50% frente a quienes no han tenido contacto (Infocorp, 2022).

Por otra parte, las actitudes no se restringen a la población general, hay evidencias en el ámbito sanitario. Por ejemplo, en un estudio con profesionales de un hospital general, un 43% percibía a las personas con TMG como más violentas, un 54% como impredecibles y un 71% reconocía sentirse incómodo, y un 37% defendía que deberían tratarse en centros específicos (Gil et al, 2016). El estigma de profesionales de salud mental hacia sus usuarios refuerza la idea de que el “saber experto” no elimina de manera automática los prejuicios y que son necesarias estrategias formativas (Muñoz, 2022).

Surgen nuevos aspectos si adoptamos una mirada subjetivista, como la propuesta por Freidson (1978): perspectiva de sujeto. Esta perspectiva, centrada en el individuo, enfatiza el carácter interpretativo de la realidad social. En este contexto, la enfermedad adquiere sus características según cómo las personas la perciben y cómo, a partir de esa interpretación, ajustan sus comportamientos. Desde una perspectiva sociológica, puede decirse que la medicina actúa como una institución profesional que ejerce control social y refleja la reacción de la sociedad ante comportamientos desviados. Una persona enferma se clasifica como un "desviado", se le considera generalmente responsable de su enfermedad ya que se tiende a juzgar su padecimiento como consecuencia de sus propias decisiones o de la falta de voluntad de prevenirlo y se le etiqueta como un "desviado delincuente", lo cual transgrede la moral social. Esta forma de clasificar a los desviados revela la condena que la sociedad impone. Sin embargo, en el caso de aquellos que no son considerados responsables, la medicina rehabilita su desvío al transformarlo en una enfermedad legítima, evitando así que se conviertan en marginados permanentes.

Siguiendo la perspectiva de Freidson (1978) que se centra en el individuo, Lemert (1962) distingue entre dos tipos de desviaciones, dependiendo de si afectan o no al rol social. La desviación primaria se relaciona con un conjunto de características vinculadas a la enfermedad que, por ejemplo, gripe, aunque pueden alterar la vida cotidiana del enfermo, le permiten continuar desempeñando su rol social habitual. La desviación secundaria implica una reorganización simbólica profunda. Se establece una organización subjetiva en torno a las diferencias, que a su vez lleva consigo la asignación de estatus. Además, la identificación de una desviación secundaria surge como resultado de ciertas reacciones sociales. Según la desviación secundaria, la

persona termina adquiriendo la identidad social que en una reacción social inicial se le dio. Una condición que genera rechazo provoca que se "castigue" al enfermo mediante el estigma, asociándolo con una imagen que habitualmente es negativa.

En definitiva, la esencia del estigma se manifiesta en cómo una característica particular que posee un individuo ya sea física, psicológica o social es percibida negativamente por los demás, lo que lleva a la desaprobación y a la exclusión (Corrigan et al, 2003).

4.4. Autonomía, toma de decisiones y vulnerabilidad.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reconoce la autonomía del paciente y regula derechos en información y consentimiento, clave para procesos de recuperación y apoyos en la toma de decisiones en salud mental. Para ello, Bastos (2022) indica que el Trabajo Social incorpora esta perspectiva de derechos y salvaguardas para minimizar vulnerabilidad y promover autodeterminación.

En esta línea, Connor y Weinstock (2018) sostienen que el consentimiento informado es aplicable en psiquiatría y que la existencia de un trastorno mental no justifica, por sí sola, la restricción de la autonomía. Para ello, es necesario informar de manera comprensible, valorar la capacidad caso por caso y ofrecer apoyos cuando la comprensión es limitada. Así se garantiza que la persona pueda decidir sobre su tratamiento y sobre su vida.

En casos de personas con TMG y sin soporte familiar hay dificultades de mantener el seguimiento de la evolución de su enfermedad debido a su sintomatología que les aísla. Muy a menudo estas personas muestran resistencia a la intervención médica. Cuando sufren los episodios psicóticos que no pueden controlar los médicos pueden aplicar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y ejercer el internamiento no voluntario.

La persona sometida a internamiento involuntario carece de capacidad para prestar por sí mismo en consentimiento necesario para su internamiento o para ser sometida a tratamiento, quedando excluido el sometimiento a cualquier tratamiento que sea intrusivo en su integridad física o psíquica más allá de lo estrictamente necesario para la sanación de su enfermedad. De hecho, el tratamiento psicoterápico debe ser de calidad, voluntario (siempre que sea posible) e integral.

El Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), relacionado al internamiento no voluntario, menciona que: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde reside la persona afectada por el internamiento".

La autorización será previa a dicho internamiento salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

Por otra parte, La Recomendación 10 de 2004 del Consejo de Europa sobre Protección de Derechos Humanos y Dignidad de Personas con Trastornos Mentales, en su artículo 27, mantiene el carácter excepcional de los ingresos involuntarios cuando no exista otro medio para proteger o contener al paciente y concurra un riesgo inminente para la persona o para terceros. Considera que es una medida exclusivamente médica que deberá documentarse por escrito.

En nivel legislativo existen Medidas de Apoyo judiciales reguladas por la Ley 8/2021 para personas con discapacidad (personas con TMG) que sustituyen la incapacitación por un sistema de medidas proporcionales a las necesidades específicas de la persona:

- Curatela – puede ser asistencial (ayuda a tomar decisiones) o representativa.
- Defensor Judicial – medida provisional cuando hay conflicto de intereses entre la persona y el curador o guarda de hecho.
- Guarda de Hecho – reconocimiento formal del apoyo que presta un familiar o allegado. El nombramiento no necesita una sentencia judicial previa.

4.5. Las personas con TMG y sin soporte familiar

Los pacientes con trastorno mental grave (TMG) padecen una enfermedad psiquiátrica grave de duración prolongada y cuando carecen de apoyos familiares y sociales se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad debido a la interacción de

múltiples factores psicológicos, sociales y estructurales que condicionan su bienestar y sus posibilidades de recuperación. Calvo (2020) ha demostrado que el apoyo social actúa como un factor protector fundamental frente las recaídas y cronicidad.

Para dimensionar el colectivo de atención “persona con trastorno mental grave y sin soporte familiar”, conviene tener presente que los hogares unipersonales han aumentado y que vivir solo puede amplificar dificultades de adherencia, autocuidado y acceso a recursos. Según el Informe de la Estadística Continua de Población del Instituto Nacional de Estadística los hogares unipersonales superan 5,5 millones. Entre 2021-2025 han aumentado un 10,8% lo cual acumula cerca del 28% del total de viviendas. Este tipo de convivencia cada vez se vuelve más común. En la mayoría son mujeres 54% y personas mayores de 65 años (INE, 2025).

En consecuencia, las personas con trastorno mental que viven solas o sin apoyos próximos constituyen un subgrupo especialmente vulnerable y necesitan intervenciones sociales más intensivas, más próximas al domicilio y más prolongadas en el tiempo.

Sobre la rehabilitación en la comunidad López et al. (2008) coinciden en que la reintegración social es más difícil cuando la persona vive sola. El modelo de recuperación de Cazorla (2018) avala esta interpretación porque propone un trabajo centrado en la esperanza, la responsabilidad personal y la reconstrucción de roles sociales; justo lo que una persona sola no puede hacer sin una red de apoyo.

Hernández (2013) describe que la atención comunitaria trasladó funciones de cuidado a las familias, pero advierte que no todas las personas disponen de familiares capaces o disponibles. En esos casos se observan más recaídas, más desorganización de la vida cotidiana y más dificultades para acceder a los recursos sociosanitarios.

5. CONTEXTO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Conforme al marco normativo de con los recursos y prestaciones, el Trabajo Social realiza la valoración social, gestiona los casos, deriva a los recursos de rehabilitación psicosocial, mantiene el seguimiento y coordinación interinstitucional (Ministerio de Sanidad, 2025; Comunidad de Madrid, 2025).

En esa intervención, se prioriza que los apoyos sean coherentes con un plan individualizado y que exista continuidad de cuidados, evitando que barreras administrativas, económicas o de acompañamiento que pueden afectar negativamente el proceso de recuperación (Garcés, 2010; Juan, 2020).

Se subraya que el papel del Trabajo Social opera en varios planos: apoyo individual/familiar, gestión de recursos y acción comunitaria para reducir estigma y exclusión social, aspectos críticos en trastorno mental grave (Vásquez et al., 2022; Hernández, 2013). Esta combinación resulta clave porque, si no se abordan determinantes y barreras sociales, las mejoras clínicas tienden a ser insuficientes o poco sostenibles (Allen et al., 2014; Patel et al., 2018).

Por otra parte, Corrigan y Watson (2002) y López et al. (2008) demuestran que la confianza y vínculo afectivo con el usuario reducen el estigma.

El Trabajo Social asume el rol de protector y defensor. Es la única pieza en red sociosanitaria que puede cambiar el nivel social del usuario. Desde solicitar prestaciones económicas (ingreso mínimo vital, pensión no contributiva) hasta generar las redes de apoyo en la comunidad (asociaciones de salud mental, grupos de ayuda mutua) que sustituyan el soporte familiar (Bastos, 2022).

5.1. Funciones y competencias del Trabajo Social en la Red de Salud Mental

La intervención del Trabajo Social se fundamenta en la Ley 16/2003 (cohesión y coordinación del SNS), la Ley 41/2002 (autonomía del paciente y decisiones informadas), y la Ley 39/2006 (promoción de la autonomía personal y apoyos a la dependencia, incluida ayuda a domicilio y apoyos para la vida diaria cuando proceda) (Ley 16/2003, 2003; Ley 39/2006, 2006). En la Comunidad de Madrid, además, la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de acción social regula su ley autonómica de servicios sociales y se despliega en redes y recursos específicos para personas en situación de vulnerabilidad como por ejemplo personas con TMG sin soporte familiar (Ley 12/2022, 2022). Está mencionado en los siguientes artículos:

- **Artículo 26.1.h.** Apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica. Las personas con TMG sin soporte familiar pueden requerir apoyos en la toma de decisiones legales o administrativas. En ausencia de una red familiar que asuma estas

funciones, el sistema público debe garantizar que la persona con TMG pueda ejercer sus derechos plenamente.

Este artículo asegura que la administración pública le proporcionará un curador necesario para gestionar su vida y bienes. En el caso de Comunidad de Madrid esta labor ejerce la Agencia Madrileña para el Apoyo a las Personas Adultas con Discapacidad – AMAPAD.

- **Artículo 26.1.ñ.** Acompañamiento psicosocial. La ley clasifica como una prestación de servicio garantizado: el acompañamiento psicosocial para la integración de las personas con discapacidad o situación de vulnerabilidad derivada de enfermedad mental.

En los artículos **12 y 19.b.** proporcionan las prestaciones de servicios o económicas, de forma conjunta o alternativa, a personas que presenten dificultades físicas, psíquicas o sociales, con el objetivo preferente de su inclusión social. Asimismo, se promoverá la coordinación con otros sistemas públicos de protección social, tales como salud, pensiones, empleo, educación, igualdad, vivienda y justicia, entre otros.

La atención a la salud mental se orienta a un enfoque comunitario y coordinado entre el sistema sanitario y los servicios sociales, porque la recuperación no depende solo del tratamiento clínico, sino también de condiciones de vida, apoyos y participación social (Ministerio de Sanidad, 2025; Allen et al., 2014). El Trabajo Social se encuentra como puente entre la dimensión clínica y la social, aportando la mirada sobre necesidades, derechos y recursos que sostienen la autonomía, especialmente cuando la persona vive sola o sin soporte familiar (Hernández, 2013).

El profesional de Trabajo Social debe estudiar la dimensión social (relacional, ambiental, cultural, contextual) y ser especialista en lo social (organizaciones y servicios sociales) (Pellegero, 1992), todo ello sin perder de vista las dimensiones biológica y psicológica, garantizando la continuidad de los cuidados comunitarios y facilitando el acceso a recursos de recuperación social.

Según Garces (2010), los profesionales de Trabajo Social desempeñan funciones de atención directa, preventiva y de coordinación.

Las funciones de atención directa tienen que ver con la atención directa a individuos que presentan problemas de índole social relacionados con su salud mental. El proceso comienza con el análisis de la demanda y continúa con la valoración social, el diagnóstico social, la consiguiente planificación de la intervención social (acompañamiento, entrevistas, seguimiento y evaluación, visitas domiciliarias, derivación a los recursos) y presentación del caso en el equipo multidisciplinar.

El trabajador social desempeña un rol proactivo. Su intervención se estructura a través de una relación de ayuda donde las necesidades y emociones del usuario son fundamentales.

Las funciones preventivas, de promoción y reintegración en la comunidad, tienen como objetivo lograr que la persona se desenvuelva de manera funcional en la sociedad. Para esto se optimizan la red de servicios sociosanitarios del entorno comunitario.

La función de coordinación requiere conocimiento exhaustivo de los recursos sociosanitarios, de los que debe informar a los pacientes. Se realiza la coordinación interinstitucional y se valora la derivación al recurso correspondiente.

En los centros de salud mental (CSM) es donde se realiza la primera acogida del paciente y el seguimiento. El Trabajo Social suele concentrar funciones de valoración social, diagnóstico social, plan de intervención individual, y gestión/coordinación de casos con otros profesionales del equipo: psicólogos, psiquiatras, enfermeras, terapeutas ocupacionales. Su aportación clave es traducir la situación social (vivienda, ingresos, apoyos, riesgos, relaciones, trámites, barreras) a decisiones clínicas y sociosanitarias concretas: derivación a recursos, tramitar las prestaciones, coordinación con servicios sociales municipales, y seguimiento de continuidad de cuidados (Díaz, 2017).

En población sin red informal, esta función se vuelve crítica porque muchas tareas invisibles (citas, transporte, papeleo, rutinas) se caen si nadie acompaña, y el Trabajo Social puede estructurar apoyos formales para reducir abandonos y crisis evitables (González, 2011).

Una de las funciones principales del Trabajo Social es reducir los vacíos entre los recursos y prevenir recaídas e ingresos hospitalarios. Revisiones sobre modelos comunitarios intensivos han encontrado mejoras en continuidad y reducción de uso de

hospitalización en determinados perfiles, especialmente cuando la intervención es sostenida y orientada a la vida en comunidad. Esto no significa que siempre haya mejora, sino que hay mejores resultados cuando el apoyo está bien organizado, con roles claros, y con coordinación real entre salud y servicios sociales (Díaz, 2017).

5.2. Recursos sociosanitarios de la Red de Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Cuando hablamos de los recursos y prestaciones para personas con TMG y sin soporte familiar, nos referimos a dos grandes puntos que deben funcionar coordinados: (1) recursos (dispositivos) sanitarios y sociales que prestan intervención profesional (seguimiento clínico, rehabilitación psicosocial, apoyo comunitario, vivienda, empleo), y (2) prestaciones y servicios del sistema de protección social (dependencia, discapacidad, garantía de ingresos) que sostienen la vida cotidiana.

En la Comunidad de Madrid (muy útil como ejemplo por su red específica), existe una Red de Atención Social a personas con enfermedad mental con recursos orientados a autonomía, integración comunitaria y prevención de exclusión, coordinados con los servicios públicos de salud mental (Comunidad de Madrid, 2025).

Los recursos de Atención Sanitaria Salud Mental (SM) y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad son:

- Centros de Salud Mental (CSM) – 44 centros.
- Centros de la Atención Integral a drogodependientes (CAID) – 24 centros.
- Centro de Día de Adicciones – 40 plazas.
- Unidades de Hospitalización Breve de adultos (UHB) – 543 camas y de adolescentes (UADO) – 111 camas.
- Hospital de Día de adultos – 381 plazas; infanto-juvenil (HD) – 255 plazas.

Los dispositivos residenciales de Psiquiatría y Salud Mental:

- Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia (UHTR) – 7 unidades: 227 camas.
- Unidades hospitalarias de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de larga estancia (UCPP) – 4 unidades: 952 camas.
- Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC) – 30 camas.

- Unidad de Media Estancia para adolescentes (UME) – 25 camas.

Hospitales del Día Específicos:

- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – 2 unidades: 60 plazas.
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno de Personalidad (TCA+TP) – 15 plazas.
- Unidad de Trastornos de Personalidad (TP) – 16 plazas.

Hospitalización específica:

- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – 2 unidades: 6 plazas.
- Hospitalización Adicciones – 124 camas.

Media Estancia Específica SM:

- Unidades de Trastorno de Personalidad (TP) – 2 unidades: 30 plazas
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – 14 adultos y 6 menores

Los recursos de Atención Social Específicos de Salud Mental (Comunidad de Madrid) de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social son:

- Equipos de Atención Social Comunitaria (EASC) – 38 equipos: 1.140 plazas.
- Centros de Día de Soporte Social (CD) – 34 centros: 1.104 plazas.
- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) – 28 centros: 1.988 plazas.
- Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) – 30 centros: 1.105 plazas.
- Atención Social en situación sin hogar – 130 plazas.
- Mini residencias (MR) – 30 centros: 795 plazas.
- Pisos Supervisados – 64 unidades: 250 plazas.
- Pensiones – 42 plazas.

Figura 1. Características y tipología de los centros y servicios de la Red de Salud Mental y Adicciones

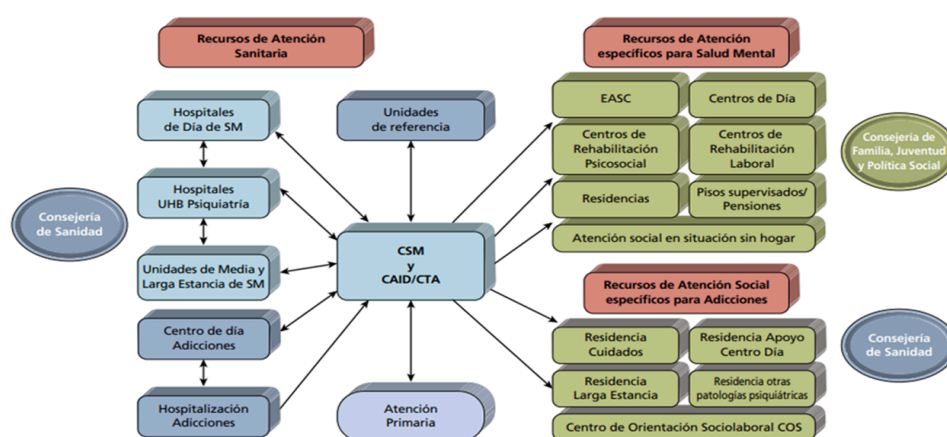


Figura 42. Esquema de la Red de Salud Mental y Adicciones.

Fuente: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024.

5.2.1. Los Centros de Salud Mental

Los centros de salud mental (**CSM**) son centros comunitarios de primera atención al paciente que tiene problemas de salud mental. El acceso a este recurso se deriva a través de la atención primaria de salud (centros de salud, urgencias). Están dirigidos por los equipos multidisciplinares: psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Allí se realizan intervenciones directas como tratamiento farmacológico, terapias grupales e individuales, seguimiento en **El Programa de Continuidad de Cuidados para Personas con Trastorno Mental Grave (PCC-TMG)**.

En la Comunidad de Madrid, el **Programa de Continuidad de Cuidados con Trastorno Mental Grave (PCC-TMG)** se presenta en el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 como un dispositivo consolidado. El plan indica que la Consejería de Sanidad desarrolla este modelo desde hace más de 25 años, mediante una organización colaborativa que integra recursos sanitarios de la Red de Salud Mental y recursos sociales de la Red pública de Atención Social. Esto significa que dos ramas de

sanitario y social funcionan de manera conjunta. Son dos raíces que construyen los recursos para personas con TMG.

El PCC-TMG se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para personas con trastorno mental grave con limitación funcional y necesidad de atención multidisciplinar continuada o de uso sucesivo de varios dispositivos. En esta parte del programa, el componente sistémico queda operativizado en tres elementos: coordinación entre red sanitaria y red social, seguimiento del itinerario individualizado y complementariedad estable entre dispositivos sanitarios y sociales (Comunidad de Madrid, 2022).

El objetivo principal del PCC-TMG es fomentar la autonomía e integración de personas con TMG a través de un plan integral de tratamiento y rehabilitación psicosocial. Los profesionales encargados de coordinar el PCC-TMG pueden ser trabajadores sociales, enfermeros, o terapeutas ocupacionales. Estos profesionales se seleccionan según necesidades de cada paciente. En la mayoría de los casos son los trabajadores sociales por la falta de apoyo social que presentan las personas con TMG.

Las funciones del Coordinador de Cuidados son:

- Análisis de necesidades
- Desarrollo de plan de cuidados y reevaluación periódica de objetivos y necesidades
- Derivación a recursos
- Seguimiento y contacto con el paciente y sus familiares
- Coordinación periódica con recursos

En casos donde se necesita una atención más intensiva el CSM puede solicitar el ingreso en unidades de media o larga estancia. Dicha derivación requiere la validación de una Comisión de Rehabilitación y el respaldo técnico del Coordinador de Cuidados.

Es relevante mencionar al **Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM)** que pertenece a la Comunidad de Madrid y está vinculado a los Hospitales Universitarios La Paz y Clínico San Carlos. Es un servicio impulsado en 2003 por la Oficina Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad como un recurso sanitario específico para personas con TMG en situación de sinhogarismo (en su mayoría son personas sin

soporte familiar). Está compuesto por un equipo multidisciplinar: enfermero, psicólogo clínico, educador social, psiquiatra, trabajador social.

El Objetivo 1.1.6 del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 se dirige al grupo de población con TMG en situación de exclusión social, marginación y sinhogarismo. Las tres actuaciones definidas son concretas: detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG con priorización para su inclusión en el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC-TMG); consolidación y refuerzo del ECASAM, como eje vertebrador de la atención a personas con TMG en situación de sinhogarismo; integración de pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM.

Navarro y Darder (2010) describen la intervención del Trabajo Social “en la calle” con personas con TMG en situación de sinhogarismo dentro de los cinco componentes operativos: participación del usuario en la toma de decisiones, asunción de responsabilidad sobre su propio proceso, potenciación de capacidades, acompañamiento social, trabajo en red y coordinación. La metodología queda, por tanto, centrada en captación en el medio, vínculo, acompañamiento y coordinación con la red de recursos, no en atención pasiva de despacho.

5.3. Características y perfiles de los centros y recursos de atención social específicos de Salud Mental.

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) está orientado a las personas con TMG que tienen dificultades de integración en los recursos socio-comunitarios y requieren un soporte social potente como una atención integral, flexible y cercana a su domicilio. El objetivo de la intervención con estas personas se basa en la prevención de situaciones de aislamiento social, abandono, pérdida de autonomía funcional. Asimismo, se busca favorecer de la medida más posible que las personas con TMG puedan mantener las condiciones adecuadas de la vida en su propio hogar y entorno. Este recurso es esencial para las personas que carecen del apoyo familiar.

Muñoz (2022) señala que este recurso se integra y coordina con programas de rehabilitación y continuidad de cuidados, y opera con intervenciones domiciliarias y comunitarias. En 2025, la Comunidad de Madrid informó que cuenta con 38 unidades integradas por 152 profesionales y que atienden a más de 1.500 personas de forma individualizada en domicilio, coordinando con los servicios públicos de salud mental.

5.3.1. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), que funcionan como centros especializados para recuperar habilidades personales y sociales (rutinas, autocuidado, relaciones, gestión del tiempo, uso de recursos del barrio) y sostener la vida en comunidad; documentos técnicos de la red describen su objetivo explícito de mejorar autonomía e integración y sitúan su capacidad habitual en rangos aproximados (60–90 plazas por centro) (Comunidad de Madrid, 2025). Ahí el Trabajo Social aporta: evaluación social inicial, trabajo con familia cuando exista, reconstrucción o sustitución de apoyos informales por apoyos formales, coordinación con servicios sociales, y planificación de itinerarios hacia recursos adecuados (ocupacionales, formativos, vivienda, empleo) (Comunidad de Madrid, 2016).

5.3.2. Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)

La inserción laboral en salud mental no es solo «conseguir trabajo»: es recuperar el rol social, mejorar los ingresos económicos y ampliar las relaciones sociales. A nivel estatal, el Servicio Público de Empleo Estatal dispone el empleo con apoyo para personas con discapacidad (SEPE, 2025).

Se entiende por empleo con apoyo acompañamiento individualizado en la inserción laboral, orientado por técnicos laborales especializados que facilitan la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad y ejercen intermediación con las empresas del mercado laboral. El objetivo es conseguir el puesto de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores ordinarios. Entre los beneficiarios hay personas con enfermedad mental o personas con discapacidad intelectual con grado igual o superior al 33% de la discapacidad.

El empleo con apoyo está regulado por el Real Decreto 870/2007 y busca que personas con discapacidad y especiales dificultades accedan y mantengan empleo en mercado ordinario mediante apoyos (preparación, acompañamiento y seguimiento) (Real Decreto 870/2007, 2007).

En los Centros de Rehabilitación no solo se trabaja en la inserción laboral, también se dedican a la orientación vocacional y formación. En caso de trastorno mental grave es importante porque el apoyo no se agota en colocar a la persona, sino en sostener la

adaptación al puesto y manejar síntomas, estrés y habilidades sociales en contexto real. Como ejemplo actualizado y con datos, la Comunidad de Madrid informó que, en 2024, a través de sus Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), un 70% de personas usuarias con enfermedad mental grave y duradera accedió a un empleo, lo que equivale a 1.334 personas; además, se mencionan más de 2.000 contratos (con 43% indefinidos) y la existencia de 29 CRL con 1.485 plazas públicas (Comunidad de Madrid, 2025).

5.3.3. Centro de Día de Soporte Social (CD)

Desde el año 2003 los Centros de Día de Soporte Social (CD) forman parte de la Red pública de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Es un recurso comunitario específico para personas con trastorno mental grave y duradero que tienen gran riesgo de deterioro, aislamiento o dependencia y presentan mayores dificultades en su funcionamiento. Este recurso ofrece un apoyo específico para que sus usuarios alcancen un nivel mínimo de autonomía y desarrollen la capacidad de mantenerse en la comunidad en mejores condiciones posibles. A diferencia de los CRPS que son más intensivos en aprendizaje de habilidades, los CD se centran más en la estructuración de la vida diaria y en las actividades socioculturales para prevenir la soledad y aislamiento social. En la Comunidad de Madrid existen 34 centros con 1.140 plazas. Los plazos de estancia son entre 5-6 años, algunos usuarios acuden más de 10 años al centro.

Los CD tienen servicios complementarios que no disponen otros recursos diurnos como apoyo al transporte (en pago de gastos de viajes, abono transporte) y servicio de comedor para aquellos usuarios de los CD que concurren circunstancias de desventaja social o ausencia de recursos económicos (Fernández et al., 2009).

5.3.4. Recursos residenciales

Para una persona con TMG que vive sola, el hogar representa una dualidad compleja: por un lado, funciona como espacio seguro que fomenta la independencia personal y por el otro, puede aumentar el riesgo de la soledad no deseada, abandono, recaídas. Sánchez (2009) subraya la necesidad de alternativas residenciales con apoyo para sostener el día y las actividades cotidianas que implica vivir de forma autónoma en una vivienda.

En los Recursos de Atención Social específicos de Salud Mental existen pisos supervisados, residencias comunitarias (mini residencias) y programas de apoyo al alojamiento como escalones intermedios entre vivir completamente solo y la institucionalización. Un ejemplo, es que se destinó 7 millones de euros para atender a 179 personas, incluyendo 26 plazas en residencias comunitarias, 8 plazas en dos pisos supervisados (SER Madrid Sur, 2025). Son recursos importantes para las personas con TMG que no tienen soporte residencial y están en proceso de rehabilitación psicosocial.

Las mini residencias (MR) están dirigidas a las personas con TMG que necesitan un apoyo residencial específico de mayor o menor duración para mejorar la autonomía y su reintegración en la comunidad. Dispongan las plazas de estancias cortas, transitorias o indefinidas con alojamiento, manutención y con supervisión de 24 horas.

Los pisos supervisados son destinados a las personas con TMG con un nivel mínimo de autonomía personal y social, pero que necesitan apoyo residencial por ausencia de apoyo familiar o problemas que dificultan cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte. Son alternativas de alojamiento estable en los que residen 3 o 4 personas con TMG, recibiendo el apoyo y supervisión en el momento cuando necesiten.

En las plazas de pensiones supervisadas se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con TMG con un buen nivel de autonomía, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentado evitar procesos de marginación. Son fundamentalmente personas solas con escasos recursos económicos y estilos de vida bastante independientes.

5.4. Prestaciones y servicios de vida diaria: dependencia, discapacidad y garantía de ingresos

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD) crea un derecho subjetivo a servicios y prestaciones para promover autonomía y garantizar la atención y protección a las personas dependientes (ayuda a domicilio, atención residencial o prestaciones económicas vinculadas) (Ley 39/2006). En el caso de las personas dependientes con TMG sin soporte familiar es esencial tener reconocido el grado de la dependencia y recibir los apoyos en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al domicilio o en entorno comunitario.

A nivel estatal, la tendencia reciente refiere a un modelo de proximidad, es decir, más apoyos en domicilio y entorno: una nota oficial de 2025 señala que el 56% de las prestaciones se dan ya en hogares y entorno cercano, y que desde 2020 creció la ayuda a domicilio (42,5%) (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2025).

Por su parte, la garantía de ingresos como el Ingreso Mínimo Vital (IMV) o la Pensión no Contributiva ayuda a reducir las dificultades relacionadas con los recursos económicos. En marzo de 2026, en Comunidad de Madrid 209.454 personas reciben IMV con la cuantía de 620,73 euros con la posibilidad de recibir el complemento de 22% en caso de discapacidad de 65% (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2026).

En caso de la Pensión No Contributiva (PNC) (incapacidad) cuando no hay cotización suficiente y se cumplen requisitos: tener entre 18 y 65 años y un grado de discapacidad o enfermedad crónica igual o superior de 65%.

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, la pensión no contributiva (PNC) en la Comunidad de Madrid para 2026 se establece en 8.803,20 euros anuales lo que equivale a 628,80 euros mensuales en 14 pagas para beneficiarios individuales (IMSERSO, 2026).

En la Figura 4 se especifican las cuantías de las pensiones no contributivas por incapacidad.

Tabla 4. *Cuantía de las pensiones no contributivas en caso de incapacidad.*

Cuantías	Anual	Mensual
ÍNTEGRA	8.803,20	628,80
MÍNIMO DEL 25%	2.200,80	157,20
COMPLEMENTO NECESIDAD OTRA PERSONA	4.401,60	314,40
ÍNTEGRA INCREMENTADA CON COMPLEMENTO NECESIDAD OTRA PERSONA	13.204,80	943,20

Fuente: IMSERSO (2026).

5.5. Modelos de intervención (sistémico, centrado en la tarea, intervención en crisis, gestión de casos).

Dentro de este apartado se presentará los modelos de intervención que se entienden como una forma de trabajo que guía la evaluación de la situación, cómo se acuerdan objetivos y cómo se interviene para aumentar la autonomía y la vida independiente.

Suponen el marco de la intervención del Trabajo Social. Todos los modelos expuestos tienen su fundamentación en una salud mental comunitaria y basada en derechos, donde se pide ampliar el foco más allá del modelo biomédico y conectar el trabajo clínico con la protección social y participación comunitaria (Ministerio de Sanidad, 2025).

5.5.1. Modelo sistémico: ver la vida completa, no solo el síntoma.

Este modelo concibe al individuo como parte integrante de un sistema en el que hay una constante interacción de modo que el todo es más que la suma de las partes. Bertalanffy (1976) conceptualizó el sistema como conjunto de interacciones formalizadas entre elementos que tienen una historia común. Se han ligado en el tiempo, diferenciándose de su entorno, a la vez que participan en él y con él, creando su propio contexto. Sus elementos no solo interactúan entre sí, sino que lo hacen con el medio en el que están insertos. Sistema es, por tanto, una totalidad, que funciona por la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean.

El síntoma deja de ser atribuido al individuo como sujeto enfermo y se pasa a concebir la conducta sintomática como pauta comunicacional que tiene una función concreta dentro del sistema, por lo que todos de forma interdependiente contribuyen a que se manifieste.

El psiquiatra Adolf Meyer hacía hincapié en el hecho de que, para entender los trastornos mentales de su paciente, lo idóneo sería conocer su entorno familiar y social (Ortiz, 2008).

El modelo sistémico ofrece una visión amplia de las circularidades, de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona, que no ofrecen otros marcos de referencia utilizados por el Trabajo Social, ya que puede realizar el análisis y exploración en profundidad y diseñar el plan de intervención con un abordaje integral de la problemática del paciente. En términos de intervención profesional, esto implica hacer un seguimiento clínico con apoyos prácticos y coordinación comunitaria, como pide la guía de la OMS para servicios comunitarios que impulsa el Plan de Acción 2025–2027 (OMS, 2021; Ministerio de Sanidad, 2025).

La OMS y su informe mundial de salud mental señalan en qué mejorar servicios no basta si no se actúa también sobre entornos y determinantes que dañan la salud mental,

lo que justifica que el Trabajo Social intervenga sobre esos factores como parte del mismo plan de recuperación (Freeman, 2022).

5.5.2. Modelo centrado en la tarea

El modelo centrado en la tarea es un modelo de Trabajo Social orientado a problemas que se observan y a soluciones prácticas en un tiempo delimitado. Su rasgo diferencial es que convierte los objetivos en tareas pequeñas, realistas y evaluables, acordadas con la persona y revisadas de forma frecuente; no se basa en hablar de todo, sino en avanzar en cambios observables (Reid et al., 2002).

En salud mental y autonomía, este modelo es útil porque muchas barreras que impiden la vida independiente son operativas: trámites, organización del hogar, coordinación de citas, gestión del dinero, habilidades para convivir, activación de apoyos formales, o acceso a empleo o formación. En personas con TMG, el método ayuda a evitar planes muy grandes que luego se abandonan: se priorizan 2–3 problemas, se acuerdan tareas semanales y se mide el avance con indicadores simples (por ejemplo, solicitud presentada, cita realizada, rutina de compras establecida) (Reid et al., 2002).

Gil (2010) define la utilidad de este modelo al referir cómo una intervención social precoz en pacientes psicóticos permite la resolución concreta de problemas que podrían convertirse en crónicos e invalidantes socialmente. También permite trabajar desde la tarea la alianza con el paciente, poniendo las bases de una relación a medio o largo plazo que va implícita en un programa de continuidad de cuidados.

El modelo centrado en la tarea, según este autor, propone soluciones para la intervención temprana en psicosis, construye un vínculo entre paciente y profesional permitiendo al paciente percibir la rentabilidad de la ayuda que se le ofrece, y motiva para el cambio y no solo para la curación. Este modelo está vinculado con los objetivos que plantea la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno mental incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

5.5.3. Modelo de intervención en crisis

Una intervención en crisis se da en un momento de crisis que sufre el individuo. El trabajador social dirige su foco hacia la forma de reacción de esta persona para superar este momento vital. Según Erickson (1968), el concepto de crisis se refiere a un suceso

que se convierta en un punto de cambio necesario, cuando la persona ha de adoptar una u otra dirección recopilando recursos para un crecimiento, una recuperación y una ulterior diferenciación. Mientras que para Slaikeu (1989), la crisis se describe por un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizada por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, mediante sus estrategias habituales de afrontamiento.

Para diagnosticar, el trabajador social debe identificar la crisis, su etiología y su gravedad. Ranquet (1996) considera que este modelo no permite una fase de estudio del caso, de recogida de datos muy prolongada en el tiempo. Lo que interesa es precisar al máximo la situación de crisis y sobre todo las energías de que el usuario dispone para superar la situación y adaptarse a sus nuevas circunstancias. En primer lugar, la intervención consiste en detectar y actuar y, en segundo lugar, potenciar y movilizar los recursos internos del usuario.

5.5.4. Modelo de gestión de casos

El modelo de gestión de casos está dirigido a personas con necesidades de cuidados de larga duración, o con condiciones crónicas complejas, cuyo objetivo es asegurar que reciben la atención integral sociosanitaria, a través de un plan de gestión del caso personalizado.

Según Radol y Shore (1993), la gestión de casos es:

- Un servicio básico, con papel fundamental, y no algo secundario.
- Surge como herramienta del movimiento de desinstitucionalización, orientado a la normalización, que propone la coordinación de los recursos destinados a las personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas comunitarios.

La gestión de casos combina el conocimiento de lo psicosocial, con la estrategia de motivación de la persona y la utilización de los recursos profesionales y comunitarios. El grado de complejidad de la gestión de casos viene determinado por las circunstancias de cada caso en relación con su entorno social, lo cual obliga a los trabajadores sociales a dar más o menos pasos en la ejecución del plan de intervención establecido.

La gestión de casos no es hacer trámites: es una forma de trabajo centrada en objetivos, donde se acuerda con la persona un plan, se asigna un profesional de referencia, se coordinan recursos y se revisan avances. En salud mental, este se usa para asegurar continuidad (que la persona no abandona el tratamiento), y para sostener necesidades básicas que condicionan la recuperación (vivienda estable, ingresos mínimos, apoyo domiciliario, red comunitaria) (Rodríguez et al., 2011). Esto especialmente con personas que viven solas, porque el objetivo no es solo atender, sino mantenerse en la comunidad con apoyos suficientes (Díaz, 2017).

6. ANÁLISIS

6.1. Necesidades de personas con TMG y sin soporte familiar

Las necesidades de personas con TMG y sin soporte familiar presentan mayor vulnerabilidad de caer en la exclusión social que personas con TMG que tienen un soporte familiar que pueden apoyarlos en recuperación. Otra cuestión es la escasez de recursos comunitarios y ambulatorios. No hay plazas suficientes para todas las personas con TMG por eso se da prevalencia a las personas que no tienen apoyo familiar. Y cuando hay familia se trabaja primero con vínculos familiares.

Las necesidades de las personas con TMG y sin soporte familiar tienen que ver con recibir la atención sociosanitaria, con los ingresos económicos adecuados, con vivienda, acceso a la formación y al empleo, sostenibilidad de lazos sociales.

Por lo tanto, las necesidades con las que se enfrentan personas con TMG van más allá de las cuestiones materiales y económicos; afirmar que las necesidades han de ser consideradas en términos de oportunidades vitales, enfocarse en el valor de lo que la persona puede hacer o ser, en la calidad de vida que puede lograr.

6.1.1. Autonomía y autocuidado

La autonomía es un objetivo principal en el tratamiento del TMG, para que el paciente recupere la capacidad de gestión de su vida. Las personas con trastorno mental grave pueden tener dificultades con la organización de la vida cotidiana y en la toma de decisiones de manera adecuada. Por ejemplo, los problemas del insomnio cómo vigilia implican una mala calidad del descanso que genera cansancio, lentitud y dificultades en las actividades diarias reduciendo sus capacidades cognitivas y físicas.

La falta de iniciativa y las dificultades de planificación conlleva:

- Problemas en el mantenimiento de la higiene de forma constante llegando al abandono.

“El proceso de vida de cada uno y de recuperación de cosas depende de cada uno. No es general, porque cosas que tú haces de una forma mecánica, ellos no las hacen. No puede ser lavarse la cara, peinarse, lavarse los dientes, que son cosas que las personas sanas. Las hacen de forma mecánica, ellos no son capaces de hacerlo de forma mecánica” (Entrevistado 1, 2026).

- Problemas para seguir el tratamiento psiquiátrico, ya que, deben adecuarse a una rutina con una limitada capacidad cognitiva.
- La toma de decisiones requiere energía e iniciativa, funciones que se ven afectadas en las personas con TMG.
- Las tareas domésticas se ven afectadas por la poca energía, problemas en su planificación y las dificultades en la resolución de problemas.
- La iniciativa para activar un desplazamiento, así como la planificación es otra actividad que suele depender de otra persona.

La dimensión del autocuidado está muy influida por la deseabilidad social, por lo que es común que las personas no reconozcan sus propias dificultades en autocuidado, aunque estas sean evidentes.

“O la ducha, pues a ver necesita ducharte. ¿Qué está pasando? Que no eres capaz de ducharte, es porque tenga algún síntoma que le impide ducharse. Vale, porque se sienten vigilados en la ducha y no quieren que nadie los vea desnudos, porque la impresión que tienen de la esponja con el jabón es le crea muy mala adverbación y entonces pues no son. Hay pacientes que sé que se mojan y no se echan jabón y luego se ponen la misma ropa que han tenido durante 10 días. Pues evidentemente todas esas cosas que forman parte de los cuidados están afectadas” (Entrevistado 1, 2026).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la educación es la autonomía que recibe la persona desde temprana edad. “Si tenía una familia que protegió mucho y todo se solucionó, tampoco genera autonomía.” (Entrevistado 1, 2026).

Esto influye en los cuidados personales adecuados en la edad adulta y en la capacidad de mantener y entrenar estas habilidades una vez que se diagnostique el trastorno mental grave. Los autocuidados son importantes porque suponen en sí una fuente de motivación personal y están conectados a la respuesta social que obtengan.: “Algunas personas con TMG han podido llegar antes de tener trastorno mental grave a un nivel de desarrollo personal adecuado y otras no.” (Entrevistado 1, 2026).

En estas situaciones se puede pedir las medidas de apoyo como EASC – Equipo Asertivo Social Comunitario que trabaja con la persona directamente en su domicilio. Los profesionales entrevistados mencionan la especial importancia del EASC. Paso a paso desarrollando más habilidades hasta que la persona consigue cierta autonomía y puede derivarse al CRPS para seguir su recuperación psicosocial. En casos más graves se solicitan los recursos residenciales con terapia más intensiva. Hay que recordar que los procesos de rehabilitación en casos de TMG son largos. Cuando hablamos de rehabilitación y de TMG (considerándose como personas con autonomía fragilizada) debemos hacer hincapié en el respeto de la autonomía que ya es, y en el trabajo a favor de la autonomía que puede ser.

6.1.2. Recursos económicos

La pobreza y las desventajas económicas están alineadas con problemas de salud mental. En muchos casos, son fuentes de estrés, que a su vez representan factores que contribuyen al desarrollo de un trastorno mental grave. Y al revés, el tener un problema de salud mental puede convertirse en un obstáculo en la capacidad de las personas para cambiar su situación económica.

Las recaídas y crisis hacen que sea difícil mantener un puesto de trabajo:

“Profesionalmente, también te quema porque no es como cualquier proceso de otras enfermedades que dices, bueno, se ha recuperado y ya está recuperado. Es que esto puede tener recaídas y las recaídas cognitivamente puede ser que la recuperación no llegue a donde había llegado la recuperación anterior” (Entrevistado 7, 2026).

Estos factores incrementan el riesgo de vulnerabilidad económica y dependencia de prestaciones sociales.

Las personas con TMG presentan dificultades para planificar los gastos y priorizar las necesidades básicas de nivel económico.

“Otra área sería el tema económico. Normalmente, si no has trabajado, pues los ingresos económicos que tienes pues son muy escasos, muy pequeños para cubrir desde tus necesidades básicas hasta pues imagínate hasta el vestir, el salir, el ocio, la vivienda. Hay muchas personas con trastorno mental grave que no hacen buen uso de la distribución de ese dinero que están percibiendo” (Entrevistado 1, 2026).

También existe riesgo de manejo inadecuado de recursos económicos por terceras personas que se pueden aprovechar de la situación de vulnerabilidad en que está la persona con TMG. “En esa historia, hay familias que utilizan prestaciones para sacar préstamos, pues si eso sucede, pues da un toque a la familia, no puedes utilizar el dinero del paciente para lucro familiar” (Entrevistado 7, 2026)

6.1.3. Necesidad residencial

La vivienda es un derecho universal y la necesidad básica para todas las personas. En el artículo 8 de la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda, donde se expresa que “todos los ciudadanos tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, en los términos dispuestos por esta ley, ya sea en régimen de propiedad, de arrendamiento, de cesión de uso o de cualquier otro régimen de tenencia legal”.

La necesidad residencial es parte fundamental de la rehabilitación. Las personas con TMG se enfrentan a las dificultades para mantener una vivienda de manera autónoma por las complicaciones económicas, sociales, funcionales (relacionadas por el trastorno). La escasez de la vivienda asequible debido principalmente al precio alto de la vivienda e incremento constante del precio de alquiler y a la vulnerabilidad económica de las personas con TMG dificultan el acceso y mantenimiento de un hogar. Esta alta demanda y falta de alternativas a la necesidad básica de la vivienda aumenta el alquiler compartido como arrendamiento de habitaciones. Esto genera que las personas con TMG oculten su diagnóstico y lleva al mayor sufrimiento del estigma social: “En caso de compartir una vivienda 65% de las personas rechazan vivir con una persona con Trastorno Mental Grave” (Entrevistado 1, 2026)

La disponibilidad de una vivienda proporciona la seguridad física y emocional, fomenta la autonomía: “Entonces, la vivienda imprescindible para todo el mundo, una persona que está en situación de calle ni se puede asear bien, ni se puede alimentar bien, ni se puede cuidar bien” (Entrevistado 1, 2026).

Los profesionales de TS en las urgencias hospitalarias verbalizan que la gente sin la vivienda estable tiene más reingresos hospitalarios por las recaídas. La vivienda es un espacio íntimo donde la persona desarrolla la mayoría de las actividades de la vida diaria, tanto personales como sociales. “Y eso dignifica porque tú abres la llave de tu casa, entras y puedes ser quien tú quieras ser” (Entrevistado 6, 2026).

“Existe un alto riesgo de sinhogarismo cuando los padres fallecen, ya que el sistema de herencia a menudo deja al paciente con solo una parte de la vivienda que no puede mantener por falta de ingresos. Cuando sus padres no están, hay un problema muy importante. He trabajado mucho con las familias para que esas viviendas al menos se dejen en uso al familiar con TMG que lo permite la ley” (Entrevistado 2, 2026).

6.1.4. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales tienen un rol significativo en la calidad de vida para cada persona. La propia sintomatología de la enfermedad dificulta la convivencia y la capacidad de mantener las relaciones interpersonales a largo plazo.

“La propia enfermedad tiene esa sintomatología negativa que te hace perder capacidad en lo relacional. Bueno, pues eso, una cierta tendencia a aislarte del mundo...a veces problemas de concentración. Lo que se llama la sintomatología negativa que afecta claramente a la esfera social” (Entrevistado 3, 2026).

Sin conexiones sociales el proceso de recuperación se complica debido a que la familia, los amigos pueden motivar a las personas a adherirse al tratamiento y participar en programas terapéuticos.

“Estas personas tienen muchas dificultades porque no han aprendido a relacionarse con los demás bien y se relacionan muchas veces desde los síntomas que tienen. Con un no voy a decir diagnóstico, sino con unos síntomas que te pueden generar, pues tener una interpretación delirante o paranoide o tener una

descompensación psicótica dificulta mucho la relación interpersonal con los demás, ¿no? Entonces es una necesidad que tienen las personas” (Entrevistado 1, 2026).

Las habilidades sociales y comunicativas están deterioradas en el TMG, lo que produce situaciones de aislamiento o exclusión social. Las personas con TMG presentan mucha desconfianza al entorno, conductas inapropiadas en contextos comunitarios que alteran la convivencia hasta que llegan a ser gestionadas por las autoridades. Los pacientes experimentan una marcada sospecha hacia los demás, así como delirios persecutorios. Por ejemplo, la persona con TMG cree que está siendo perseguida, vigilada, envenenada por otros incluso por la gente más cercana.

“En el trastorno bipolar se suele producir una pérdida en la esfera social más vinculada a que cuando hay muchas fases maníacas o depresivas, es muy difícil que tu soporte social lo aguante y acabas más perdiendo tu red familiar, tu red social. Pues porque no hay Dios que te aguante en esas situaciones de crisis” (Entrevistado 3, 2026).

En caso de relaciones familiares no olvidados los cambios demográficos presentes como envejecimiento de la población, las familias menos extensas, monoparentales, reconstruidas. Estos factores influyen que hay menos miembros de familia y alternativas de apoyo informal. “Una razón porque la familia efectivamente no está, por ejemplo, los padres muy mayores o que han desaparecido, no hay hermanos. O porque hay claudicación o disfunción familiar muy grande y no hay posibilidad de hacerse” (Entrevistado 2, 2026).

6.2. Determinantes sociales

Los trastornos mentales graves (TMG) están vinculados a factores sociales, culturales y familiares. Tienen influencia directa en el desarrollo de la enfermedad, acceso al tratamiento y recuperación. Tras las evidencias recogidas a lo largo de las prácticas universitarias en la Psiquiatría del Hospital de Gregorio Marañón y por profesionales entrevistados, los síntomas de TMG se comienzan a manifestar al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Cuando la enfermedad se presenta en esta etapa puede afectar la educación, el empleo, relaciones sociales, aumentando el riesgo de aislamiento social y dificultades económicas.

“Hay personas que la enfermedad les viene muy jóvenes y no han llegado ni siquiera a cubrir los menos los niveles mínimos educativos y tampoco han tenido capacidad de poder hacer una formación reglada que implique, pues, saber defender un oficio. O estar en un ámbito laboral que le permita una buena relación con los otros, con los compañeros, con la jerarquía del trabajo. Y eso también genera muchos problemas a la hora de las relaciones, tanto en el desempeño del trabajo como en la relación con los compañeros “(Entrevistado 1, 2026).

6.2.1. Relevancia del “Código postal” y factores culturales.

El llamado “código postal” (el barrio donde vive una persona) es otro determinante social, también se denomina como “gradiente social”. Las personas que viven en zonas socioeconómicas bajas suelen enfrentarse a mayor número de factores estresantes: desempleo, pobreza, entorno inseguro.

“El código postal no es tanto a lo mejor en número, pero sí en complejidad. Que tienen más temas de vulnerabilidad social y de exclusión social, pues esas patas descompensan y hacen que esas áreas tengan más pacientes que otras áreas, por las condiciones en las que se vive” (Entrevistado 1, 2026).

Los factores culturales a menudo estigmatizan a las personas con TMG. Las creencias erróneas influyen en la interpretación de los síntomas y reconocimiento de la enfermedad. Si hablamos de minoría étnica muchas veces se claudica presencia de la enfermedad en familia y persona con TMG no recibe la atención adecuada: “Si estoy en una minoría étnica o gitana, y, por ejemplo, hablando de diversidad cultural y para esta minoría la enfermedad es estigma, está estigmatizada y por lo tanto se niega mucho incluso el acceso al tratamiento porque se niega la enfermedad” (Entrevistado 2, 2026).

La población inmigrante en situación administrativa irregular y con el diagnóstico de TMG o que sufre primeros síntomas de la enfermedad se enfrenta con diferentes barreras como conocimiento del idioma, falta de información, restricciones administrativas y miedo de las repercusiones legales: “En su esencia, en su cultura, en su idea, en su idioma, todo es diferente. Cuando trabajaba en situación sin hogar con mucha gente de África. Ellos no entendían que les pusieron un inyectable” (Entrevistado 4, 2026).

Las creencias religiosas son fuentes potentes que pueden ocasionar efectos tanto positivos como negativos. Hay que entender sus influencias a la hora de diagnosticar un trastorno y en la elección del tratamiento. Por ejemplo, en caso de religión islámica no se reconocen enfermedades mentales, se les llaman “enfermedades de corazón” y prefieren no recibir el tratamiento farmacológico.

“Con la población de origen magrebí, pues por el impacto que tiene la religión, o su concepción de la mente y el cuerpo, etcétera, pues también condiciona lo que es la visión de la enfermedad mental. Pues la enfermedad mental no es percibida como un problema, sino que ellos perciben mucho la enfermedad física, la enfermedad del cuerpo” (Entrevistado 3, 2026).

6.2.2. Antecedentes familiares y redes de apoyo.

Los antecedentes familiares como factores genéticos, experiencias traumáticas en el entorno familiar: violencia, abusos, familias hostiles con la dinámica rígida, apego inseguro.

“El trastorno de personalidad es un cuadro que se genera por una estructura de tu persona que no la has hecho adecuadamente, y eso tiene que ver con el contexto en que has vivido, con los límites que has tenido y luego con tu “cabra genética”. Vale, pero claro, si son niños en los que no he tenido nunca normas. Los padres no han puesto normas, no han tenido unos cuidados adecuados, no han tenido un apego adecuado. Repiten consumo como puede ver en casa o en el barrio” (Entrevistado 1, 2026).

“Si seguimos el esquema básico de Irving, o sea, yo creo que estarían los genéticos, que esos son, digamos que son inmodificables, pero luego estarían todos los relativos y los relacionados con red social, con estilo de vida” (Entrevistado 2, 2026).

“Yo creo que la esquizofrenia del trastorno mental grave tiene una base biológica clara. Existe una predisposición o una vulnerabilidad a poder tener un cuadro psicótico. Bueno, pues muchos factores genéticos, familiares. Y en esa parte, pues un apego poco seguro” (Entrevistado 2, 2026).

Finalmente, el determinante social como el apoyo familiar o comunitario es un elemento clave en la recuperación de la TMG.

Las personas con apoyo familiar tienen mayor probabilidad de mantener el tratamiento de manera regular. Esto contribuye a un mejor pronóstico y mejor calidad de vida. Incluso con las Medidas de Apoyo es más ágil encontrar una persona del ámbito familiar que pueda representar los intereses del paciente y cuidar su bienestar.

“Hay que pedir unas medidas de apoyo porque no se sabe administrar su dinero, no se sabe cuidar, no se sabe organizar y además hace conductas que además se le desprotege, pues hay que valorar si esa desprotección que tiene la persona con trastorno mental grave nos lleva a poder pedir unas medidas de apoyo. Sería alguien que velara por la parte sanitaria, por la parte económica y por la parte del patrimonio” (Entrevistado 1, 2026).

Los apoyos los pueden proporcionar tanto personas físicas como personas jurídicas públicas o privadas sin ánimo de lucro que se dedican a esto. Las medidas de apoyo son preferiblemente voluntarias, por lo que hay que procurar que la propia persona que las necesita puede establecerlas. Cuando es un juez quien tendrá que considerar si las medidas de apoyo responden a las necesidades de la persona, si respetan la autonomía de la persona y si se atiende a su voluntad, deseos y preferencias.

6.3. TMG y perspectiva de Género

Los trastornos mentales graves (TMG) deben analizarse desde perspectiva de género porque existe clara diferencia entre una mujer con TMG y un hombre con el mismo diagnóstico. El género influye en la interpretación de los síntomas, su manifestación y el tipo de tratamiento que recibe.

En términos generales, los hombres presentan mayores tasas de psicosis mientras que las mujeres prevalecen con trastornos afectivos-depresivos y trastornos de personalidad.

“A ver, lo que dicen las estadísticas un poco del tema del género es que las mujeres tienen menos psicosis que los hombres. O sea, las mujeres que, en términos generales, tienen menos psicosis, pero tienen más temas de depresivos neuróticos y más trastornos de personalidad. Y los hombres tienen más psicosis, vale, no están al 50%” (Entrevistado 2, 2026).

6.3.1. El “ruido” y el silencio

En los hombres la enfermedad se manifiesta con síntomas externalizantes, con más “ruido” (violencia, tensión, conductas disruptivas, fugas psicóticas), es más visible y acelera la búsqueda de la intervención sanitaria. En cambio, las mujeres suelen tener síntomas internalizantes dirigido “hacia dentro” como ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza, tristeza persistente: “Hay muchas explicaciones, pero hay una que tiene que ver con, efectivamente, la manifestación de los síntomas, mientras que en la mujer la enfermedad puede no ocasionar ruido, entendiendo por ruido violencia, tensión, fugas” (Entrevistado 2, 2026).

“El género es muy importante en la enfermedad mental, mucho, en la desde mi punto de vista, tanto en la manifestación de los síntomas, en las maneras de convivir con los síntomas y en la manera de la familia entiende los síntomas y apoyan en tratamientos. Las mujeres estamos mucho más acostumbradas al silencio, no pedimos mientras estemos en nuestra casa, todo está ordenado y controlado. Es verdaderamente un problema” (Entrevistado 2, 2026).

Según los profesionales entrevistados hay diferencia significativa entre cómo se accede a los recursos de rehabilitación. Los hombres se derivan más a los centros de rehabilitación. Como su sintomatología es más “ruidosa” y lleva más problemas relacionados con agresividad, se buscan los recursos de manera más ágil. En cambio, las mujeres conviven con sus síntomas de manera más “silenciosa” y a menudo se ingresan directamente a la unidad de larga estancia con la enfermedad ya muy desarrollada. También la prevalencia en trastornos depresivos aumenta el aislamiento social, les hace más invisibles.

No se puede olvidar que factores sociales y culturales interactúan con factores biológicos y condicionan el desarrollo de la enfermedad. Los sesgos de género entre los profesionales sanitarios pueden influir negativamente a la hora de la interpretación de los síntomas y decisiones relacionadas con el tratamiento: “Creo que a las mujeres se le diagnostica se les ofrece más medicación ansiolítica y antidepresiva que a los varones, y la aceptan más, considero que tienen más capacidad para asimilar sus carencias afectivas” (Entrevistado 8, 2026).

“Desde mi punto de vista si, incluso cómo se dirigen en las reuniones a un género u otros, por ej. He oído como llaman a mujeres “otra histericona que ingresa”, cuando ingresa alguna mujer que padece fibromialgia, también hablan de manera despectiva... Sin embargo no he apreciado esta terminología al dirigirse al enfermo varón” (Entrevistado 8, 2026).

Las expectativas sociales asociadas a los roles de género asignan a las mujeres una mayor responsabilidad en el cuidado del entorno familiar, lo que puede incrementar el riesgo de sobrecarga emocional: “Y a la hora de intervenir y de pedir demanda, hacer una demanda en salud mental, a las mujeres les cuesta más venir a la consulta y expresar sus dificultades” (Entrevistado 2, 2026).

“Porque las dificultades que tienen en casa se perciben menos. Y se perciben menos porque la mujer siempre está más activa a las necesidades que pueda tener el resto de la familia. Y los hombres están siempre más demandantes de cuidados. Eso genera, pues, que sobrecargan más. Quiere decir que una mujer que está mala con un trastorno mental grave, apoya más en casa, hace más tareas en casa, es capaz de cuidar, aunque tenga su enfermedad mental. Sin embargo, los hombres no, y eso puede ser un elemento que esté favoreciendo en que haya menos, más hombres en la calle y menos mujeres” (Entrevistado 1, 2026).

6.3.2. Violencia de Género

Las mujeres con TMG presentan mayor vulnerabilidad de sufrir la violencia de género. Como se mencionó anteriormente las mujeres presentan más trastornos afectivos-depresivos y tienen más riesgo de la dependencia emocional. A lo largo de las prácticas universitarias en el CSM del Retiro se observaron casos de violencia de género que sufren las mujeres con TMG en sus relaciones de pareja a largo tiempo, lo que evidencia la dificultad que tienen para abandonar vínculos abusivos.

Existe gran estigma para que esas mujeres accedan a las redes de protección contra violencia de género. A menudo son rechazadas por que no se considera viable que puedan convivir con otras víctimas en recursos residenciales de esta red.

“Las mujeres con trastorno mental grave tienen serias dificultades para acceder a los recursos de la red de mujeres que han sufrido la violencia de género, porque

se supone que como son enfermas y no pueden convivir. Y eso ha generado múltiples quejas y reclamaciones a la red de protección” (Entrevistado 2, 2026).

La falta de credibilidad: los testimonios, las denuncias de estas mujeres por el maltrato o violencia son menos creíbles para su entorno e instituciones. Hay casos cuando los brotes psicóticos que sufren son desencadenados precisamente por situaciones de violencia ejercida por sus parejas o familiares.

“Pues claro, son mujeres a las que se les habla peor, son mujeres a las que se les maltrata más en casa. Son mujeres que no tienen la capacidad de denunciar porque son menos creíbles. Los hombres tienen menos denuncia” (Entrevistado 1, 2026).

“Es como que a la psicótica no le pudieran pegar. Yo he visto mujeres pegadas, abusadas, violadas. Que encima de eso las ingresan en una unidad de hospitalización breve porque entran en crisis, claro” (Entrevistado 2, 2026).

6.3.3. Trastorno Límite de Personalidad y autolesiones

Como mecanismo para liberar la presión interna las mujeres presentan una mayor tendencia a las autolesiones. Por las evidencias de las prácticas universitarias se puede confirmar que las mujeres incluso adolescentes presentan más casos de conducta autolítica.

“Por eso las mujeres se hacen más daño que los hombres, se hacen más daño por las autolesiones o por lo que sea, porque somos el sexo débil y no le podemos pegar una hostia a alguien. Prefiero hacerme daño para que mi dolor se escape a través de la herida. Es una forma de quitar presión interna” (Entrevistado 4, 2026).

6.4. Consecuencias del estigma

A pesar de todos los programas de sensibilidad el estigma sigue presente en el ámbito de la salud mental. Esto influye negativamente en los niveles de autoestima, oportunidades laborales y en la capacidad de construir relaciones sociales. El estigma puede generar el rechazo de la familia o que esta no quiera que el paciente regrese al hogar debido a la dificultad de convivir con los síntomas.

“El grupo primario será su familia, la parte más cercana y tiene que ver con que no entiendan lo que le está pasando, no entiendan los síntomas, no entiendan por qué hace determinadas cosas y por qué no toma decisiones. Entonces afecta mucho a la relación diaria, afecta mucho a cómo le apoyan o no le apoyan. Claro, eso con el paso del tiempo, pues nos lleva a unas situaciones de claudicación familiar o de discusión del ámbito familiar y trae consecuencias de vulnerabilidad muy importantes en el individuo. Y mucha gente con trastorno mental grave que está en la calle tiene que ver con esa falta de empatía y de entendimiento de lo que le pasa al paciente y de lo que comprende la familia” (Entrevistado 1, 2026).

“Un duelo del hijo perfecto, la hija perfecta, luego es difícil poder aceptar a quien tienes, sobre todo para agotar estigmatizante como el sufrimiento psíquico. Hay que trabajar un duelo con esas personas, con esas familias. Este es el hijo que tú tienes, no es el que tú quisiste tener” (Entrevistado 4, 2026).

Hay evidencia de los casos, incluso vistos en prácticas universitarias que los profesionales del ámbito sociosanitario tienen bastantes prejuicios a las personas con TMG. Los propios pacientes a menudo cambian sus psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales porque se sienten desvalorizados y estigmatizados.

“Hay gente que tiene mucho estigma, que no quiere en cuanto vea que una persona se descontrola y además está identificada como persona con trastorno mental grave, pues no quiere seguir atendiéndola. He hecho, por ejemplo, formación para las compañeras de servicios sociales para tratar de abordar los mitos y los estigmas de la salud mental. Tienen mucho estigma cuando una persona de salud mental va a los servicios sociales, tiene muchos prejuicios” (Entrevistado 1, 2026).

Es importante utilizar el vocabulario adecuado para no estigmatizar de nuevo a las personas. Esquizofrénico, loco, enfermo mental, paranoico, psicópata son palabras indignantes que se utilizan mucho de manera coloquial. Hay profesionales que prefieren llamar a sus pacientes como “usuarios” para reducir la distancia emocional entre ellos: “Yo nunca llamo pacientes a la gente con la que trabajo o con la que acompañó, porque eso me sitúa en una posición de poder” (Entrevistado 4, 2026).

El estigma también disminuye las oportunidades de empleo digno y a su vez la autoestima. El trabajo no es solo un puesto laboral, es una parte de socialización y fuente de relaciones sociales. Para acceder a un empleo con apoyo que te adapten a tu puesto de trabajo deberías tener reconocida la discapacidad. No todas las personas con TMG están dispuestas a hacer este reconocimiento.

“Estigma, afecta tu identidad, afecta tus relaciones familiares, hombre, no es lo mismo que ya te den una tarjeta donde diga que tienes una discapacidad a que no la tengas. Vamos, a mí no me daría lo mismo” (Entrevistado 3, 2026).

“Sí, pero si quieres trabajar, pasas por este aro. Y esto no es legal, pero está respaldado por todas las organizaciones. Es un juego muy perverso. O entregas tu tercera hoja de la discapacidad o no accedes al trabajo” (Entrevistado 4, 2026).

6.4.1. Soledad no deseada

La soledad no deseada es un factor que complique el proceso de recuperación y contribuye a la cronificación. Algunos síntomas negativos dificultan el mantenimiento de relaciones fluidas. Se presentan dificultades cognitivas y funcionales. Por ejemplo, en caso de esquizofrenia aparece la alogia – el síntoma caracterizado por disminución del lenguaje espontáneo y empobrecimiento del pensamiento. Hay también problemas cognitivos con capacidad de concentración y comprensión del entorno. Todos estos factores generan menos interacciones sociales y a su vez menos soporte emocional.

“Yo creo que la soledad no deseada son las que hacen que estas personas se caigan en la más absoluta. La soledad hace que uno no tenga una perspectiva de vida para nadie y esto hace que la patología se complique. ¿Por qué? Pues porque nadie se preocupa de su medicación, por ejemplo, o nadie se preocupa si está en crisis y se tira cuatro, 5 o 7 días o 10 metido en la casa. Y esto, la falta de esperanza y la soledad son las que más daño hacen a esta gente” (Entrevistado 5, 2026).

Se produce un fenómeno donde el sistema tiende a atender más a quien menos lo necesita, a quien tiene más capacidad de protesta, mientras el paciente vive solo y no

molesta queda en un segundo plano. Se llama Ley de cuidados inversos. Esto significa que quienes más necesitan la atención sanitaria suelen recibir menos o de peor calidad.

“Se produce lo que se llama la ley de cuidados inversos, se atiende a quien menos lo necesita porque tenga más capacidad para reivindicar, más capacidad de presión, mayor demanda social. No es lo que ocurre muchas veces, como, por ejemplo, con las enfermedades raras. Si tu enfermedad afecta, aunque lo necesites mucho, afecta a uno cada 1.000.000, pues vas a recibir menos atención” (Entrevistado 3, 2026).

Si relacionamos la soledad no deseada con el género, las mujeres con TMG reconocen más esta situación que los hombres con TMG.

“Yo me acuerdo de que intentamos hacer una intervención en Colmenar Viejo con personas con TMG solas, de hombres y de mujeres porque considerábamos que la soledad no deseada era un elemento importante. Al grupo de hombres nadie nos vino, ni uno. No hubo ni uno que fuera capaz de reconocer que el estar solo le estaba afectando. El grupo de mujeres estaba lleno de mujeres que necesitaban hablar, relacionarse, etcétera. No fue ningún hombre” (Entrevistado 3, 2026).

6.4.2. Aislamiento social

El aislamiento social es la manifestación principal de los “síntomas negativos” de trastornos mentales graves, que implican desconexión con el entorno: “En el trastorno mental grave es importante valorar que la mayoría de la atención viene determinada por la sintomatología negativa que te hace perder capacidad en lo relacional. Bueno, pues eso, una cierta tendencia a aislarte del mundo.” (Entrevistado 3, 2026).

En ocasiones, el aislamiento social se vive como una defensa ante ataques sufridos ante un mundo que la persona no comprende. Las personas con TMG tienen dificultades para salir de su casa por sus ideas delirantes.

“Muchas veces son reticentes porque tienen dificultades a la hora de salir de casa. Entonces lo de bajar por el pan, que para muchos es muy complicado, por eso, porque me persiguen, porque me están mirando, porque no sé qué. Eso es otra cosa de las que también se trabaja mucho en la consulta, lo de a ver, te

tienes que ocupar de algo, tienes que bajar a la calle por algo” (Entrevistado 1, 2026).

La falta de recursos económicos también aísla porque no permiten participar en actividades sociales básicas (viajes, ocio y etc.), lo que reduce su mundo al entorno de su casa.

6.5. Recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid

Los profesionales confirman en sus entrevistas la estructura y funciones de los recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid pertenecen a dos ramas. Los recursos sanitarios los dirige la Consejería de Sanidad y los recursos de rehabilitación psicosocial administra la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

6.5.1. Los recursos de ámbito sanitario engloban los centros ambulatorios y hospitalarios a los cuáles se puede acceder solo por la derivación.

“En la pata sanitaria están los centros de atención, los centros de salud mental, que es de donde se vertebra toda la atención. Todo el mundo tiene que llegar al centro de salud mental para poder tener acceso a todos los recursos. Y se llega al centro de salud mental por derivación de atención primaria de salud o por derivación de entidades de los juzgados” (Entrevistado 1, 2026).

Los centros de salud mental (CSM) constituyen un punto central de la atención ambulatoria, de los cuales se realiza el seguimiento y derivaciones. A estos centros pertenecen los hospitales de día (HD) dirigidos a todas las edades: infanto-juvenil y adulto. Su objetivo es ofrecer la terapia ocupacional intensiva sin necesidad de ingreso hospitalario para que el paciente permanezca en su entorno habitual.

“Por lo menos en nuestro centro de salud mental, lo que tenemos es una terapia ocupacional también cuando estas personas que están muy solas y son mayores, ya no encajan en los centros de rehabilitación laboral o están muy vinculados con el centro de salud mental porque no quieren otro sitio más” (Entrevistado 5, 2026).

La atención ambulatoria (que se refiere de ingreso hospitalario) dispone de unidades de agudos destinadas a la recuperación de episodios psicopatológicos graves que requieren

ingreso breve (UHB). Estas unidades también se organizan en función de la edad del paciente.

“Su mismo nombre, unidad de hospitalización breve (UHB), que solamente es hasta que están clínicamente lo suficientemente estables para el alta, y ellos siempre suele decir que en unos 15 días deberían estar dados de alta” (Entrevistado 2, 2026).

En caso de que el paciente tenga una evolución clínica compleja con grandes dificultades de recuperación se recurre a las unidades de cuidados psiquiátricos prolongados (UCPP).

“Cuando ya pasan más de 1 año y ven que no hay una rehabilitación para volver a la comunidad, pues se va a una unidad que se llama cuidados psiquiátricos prolongados con 800 plazas en la actualidad. Muchos pacientes se quedan de por vida o que los tratamientos son a 10 o a 15 años” (Entrevistado 1, 2026).

Desde el año 2021 se ha incorporado el nuevo recurso sanitario especializado denominado como la unidad de retorno a la comunidad (URRC). Es un recurso innovador y pionero en la Comunidad de Madrid y está orientado a las personas jóvenes con trastornos graves de personalidad (TLP). Se busca la recuperación funcional y autonomía para la reintegración comunitaria.

“Un recurso sanitario que se llama unidad de retorno a la comunidad, que no es para personas de trastorno mental grave que tienen esquizofrenia, sino para personas que tienen problemas de trastorno de personalidad graves. Tienen una estancia entre 2 y 5 años más o menos y con un corte de edad que no llegue a los 50” (Entrevistado 1, 2026).

6.5.2. Los recursos de rehabilitación psicosocial incluyen los centros de atención especializada. Se accede a ellos por la derivación del centro de salud mental.

6.5.3. El centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) su objetivo es la recuperación de la autonomía personal. Por ejemplo, cómo estructurar las rutinas diarias y afrontar las situaciones de recaída: “El centro de rehabilitación psicosocial, que es para rehabilitar todo lo que tiene que ver con los cuidados y con las habilidades sociales” (Entrevistador 1, 2026). Se realiza un proceso de evaluación alrededor de 45 días y se planifica el plan

de intervención: “Y sí, un centro de salud mental no puede dar la cobertura que da un CRPS que ve al paciente 3- 4 días por semana” (Entrevistador 2, 2026).

Los profesionales entrevistados destacan que este recurso es esencial cuando no existe el apoyo familiar y la persona puede acudir a este centro para recuperar sus habilidades funcionales y sociales. A través, del plan individualizado se puede enfocar en las áreas de la vida cotidiana que se puede mejor paso a paso y reintegrar la persona con TMG al entorno social: “Los grupos de terapia ocupacional en los centros de rehabilitación psicosocial, dónde van, se reúnen y acaban haciéndose una familia. Y eso hace que bueno, que tengan deseos de salir de esas situaciones” (Entrevistado 5, 2026).

6.5.4. A los centros de rehabilitación laboral (CRL) se derivan las personas con TMG que ya tienen buena autonomía porque las actividades que se desarrollan en este tipo de centros están enfocadas para conseguir un puesto de trabajo y ser capaz de mantenerlo. Se realiza también la coordinación con las empresas intermediarias en busca de “empleo protegido”.

“El centro de rehabilitación laboral es para que puedas aprender dinámicas de comportamiento en el ámbito laboral, los horarios, la adecuación personal. Para que tú puedas ir bien atendido, bien vestido, bien arreglado y además se pasa a hacer un trabajo que esté formado para ello. Entonces apoyan la formación y acompañan en los primeros momentos en la incorporación a los puestos de trabajo” (Entrevistado 1, 2026).

Este recurso sirve como un puente entre el sector laboral y el usuario. Se desarrolla la intermediación con las empresas de inserción laboral y se consigue un puesto laboral adaptado a las necesidades de la persona con TMG.

6.5.5. Los Centros de Día de Soporte Social (CD) se ocupan de los casos más complejos, el periodo de recuperación es alrededor de 5-6 años y con más horas diarias. El plan de intervención se considera con la persona y se revisa cada 6 meses. Generalmente se necesita un reconocimiento del grado de discapacidad igual o superior al 33%. Hay evidencia de que las mujeres en estos centros se recuperan mejor que los hombres.

“Están los centros de día, que no es el concepto de centro de mayores, que se van a las 9:00 de la mañana y vienen a las 17:00 de la tarde, sino que se va a hacer determinados programas según las necesidades que tiene el paciente. O sea, que puede haber días que vayas 1 hora o 2 horas al centro de día y otras que estés toda la mañana. No es algo estático como en el tema de mayores” (Entrevistado 1, 2026).

Este recurso no tiene límite de estancia lo que favorece que las personas con TMG pueden acudir de manera diaria. Por las evidencias compartidas por profesionales entrevistados no en todos los casos se puede recuperar el nivel funcional (muchas veces por las múltiples recaídas) y para personas con TMG sin apoyo familiar es importante no sentirse abandonados y tener un centro donde pueden recibir el apoyo psicosocial.

6.5.6. El equipo de apoyo social comunitario (EASC) es un recurso comunitario que ofrece la atención domiciliaria para personas con TMG con el fin de mejorar su funcionamiento y autonomía, evitando su aislamiento. Se realiza atención psicológica, social y educativa. Este equipo está formado por educador social, psicólogo, enfermero y trabajador social. A lo largo de las entrevistas se confirma su importancia de su labor con las personas con TMG y sin soporte familiar que tienen problemas de aislamiento social y autonomía funcional.

“En la parte rehabilitadora están los equipos de apoyo comunitarios que están distribuidos por cada CSM, casi todos los pacientes que atienden son trastorno mental grave. Es verdad que también atienden algunas personas que tienen trastorno mental grave relacionado con agorafobias o trastorno de personalidad grave “(Entrevistado 1, 2026).

“Un equipo de apoyo social comunitario puede ver al paciente todos los días. Eso es verdad bueno, sobre todo que los pacientes que estaban con el equipo de apoyo social, muchos de ellos no tenían soporte y vivían solos en las casas. Son agentes importantísimos para que el paciente se sintiera arropado” (Entrevistado 2, 2026).

6.5.7. Mini residencias

Mini residencias es un recurso residencial comunitario que ofrece alojamiento y apoyo psicosocial a personas con TMG que tienen dificultades para vivir de forma independiente. Son dispositivos de hasta 30 plazas con supervisión 24 horas.

“Lo más normal es que si tiene una patología mental grave, pero la tiene estable, pues podrían vivir una temporada en una mini residencia hasta que se pudiese ajustar. Se puede derivar de manera simultánea a un centro de rehabilitación laboral para buscar trabajo y seguir viviendo en la "mini" (Entrevistado 5, 2026).

Existe una notable diferencia de género: hay listas de espera para hombres, pero sobran plazas para mujeres. Esto significa que las mujeres van más a las unidades de larga distancia. En las prácticas universitarias se observó que las mujeres con TMG que sufren violencia de género tienen dificultades de entrar a este tipo de recursos porque se derivan a los recursos de protección contra violencia de género, pero allí tampoco les permiten acceder por su diagnóstico. Hay una problemática de ubicar este tipo de colectivo en una mini residencia.

En general las mini residencias funcionan bien porque las personas con TMG y sin soporte familiar pueden recuperar sus habilidades de autonomía y relacionarse con otros usuarios.

6.6. Reconocimiento de la discapacidad y dependencia.

El reconocimiento de la discapacidad otorga el acceso a las diversas prestaciones como pensión no contributiva y al empleo con apoyo: “A partir del 33% de discapacidad ya tiene la condición de discapacidad. A partir del 65%, prestación económica y si tiene más del 75% igual al 75%, complemento de tercera persona” (Entrevistado 2, 2026). Su reconocimiento genera un dilema entre la obtención de beneficios y el estigma de ser etiquetado.

En los casos de personas con TMG el reconocimiento de la dependencia se realiza cuando existe un pronóstico negativo del desarrollo de la enfermedad. Por ejemplo, personas mayores de 65 años con TMG y sin apoyo familiar que necesitan los cuidados específicos en residencias psicogerítricas; por eso es importante tener ya reconocido el grado de la dependencia y solicitar la plaza más pronto posible: “Si luego tú tienes la

dependencia tramitada, pues si tú no vas a ningún recurso puede pedir la ayuda a domicilio o centro de día. (Entrevistado 1, 2026).

“Las plazas de residencia psicogeríátrica están muy cotizadas, hay muy pocas, pues tenemos un problema y además mayores de 65 no pueden ir a unidades de larga estancia. Por lo tanto, hay que buscar una residencia psicogeríátrica, pero tiene que pasar dependencia” (Entrevistado 1, 2026).

6.7. Modelos de intervención (sistémico, intervención en crisis, centrado en la tarea).

6.7.1. Modelo sistémico

Los profesionales resultan que el modelo sistémico es primordial cuando trabajamos con personas con TMG. Es importante analizar el contexto de la persona, los sistemas que pueden interactuar en sí mismos y predisponer el desarrollo del trastorno: “El sistémico, nosotros utilizamos mucho el sistémico o la metodología del sistémico porque trabajamos mucho desde lo cognitivo. Es un modelo general explicativo, o sea, que te permite comprender cómo funcionan los sistemas” (Entrevistado 2, 2026). En personas con TMG y sin soporte familiar claramente existe el desequilibrio en el sistema familiar y hay que pensar cómo se puede compensarlo desde los recursos comunitarios.

“A la hora de trabajar tengo malformación sistémica. ¿Qué es lo que me permite? Bueno, pues cambiar el sistema a ver si encuentro una mejoría o cambiar lo que pueda estar impidiendo. Establecer un poco la dinámica dentro de su sistema. Analizar que pueda fomentar en autonomía y que pueda influir, teniendo en cuenta su propia individualidad para esa autonomía” (Entrevistado 1, 2026).

6.7.2. Modelo intervención en crisis

Este modelo se aplica ante las demandas urgentes, situaciones de descompensación. Su objetivo es manejar los episodios, ofrecer una respuesta inmediata y evitar de manera más posible ingresos hospitalarios.

“El trabajo social ahí es puramente una intervención en crisis. En la crisis que supone un ingreso psiquiátrico, tareas muy concretas, un objetivo muy clarito y

luego un trabajo de reorganización de la red de apoyo para que mínimamente al alta pueda tener un mínimo soporte” (Entrevistado 3, 2026).

“Principios básicos de lo que es una intervención en crisis, tienes que tener una unidad de hospitalización breve. Bueno, los centros de salud mental intervienen muchas veces en situaciones de crisis, en visitas a domicilio, donde la situación es complicada” (Entrevistado 2, 2026).

“Ahí tú tienes que valorar, por lo menos dar la información de que si el psiquiatra no le puede ver, acuda a la urgencia, se le ve mal y por lo menos en función de la trabajadora social, apoyar y contener” (Entrevistado 2, 2026).

6.7.3. Modelo centrado en la tarea

El modelo centrado en tarea permite centrar la intervención en la resolución de problemas marcados por el paciente. Con el plan elaborado juntamente con el usuario, se realizan las tareas de más simples a más complejas que permitirá desde la resolución concreta de problemas construir un vínculo de confianza con el paciente. Los resultados conseguidos motivan más al paciente, promoviendo un cambio conductual y cognitivo.

Este modelo se utiliza muy frecuentemente con las personas con TMG sin soporte familiar por la participación directa del usuario donde puede sentirse protagonista y autónomo en sus decisiones: “Trabajamos para crear autonomía, el objetivo es que ellos sean autónomos. Y que tengan capacidad y competencias para ser autónomos, y eso es lo que trabajamos. Con ese enfoque se consigue una cosa y hay que montar a otra” (Entrevistado 6, 2026).

6.8. Gestión de casos

La Gestión de Casos (Case Management) es un modelo organizativo, desarrollado para la atención de personas con Trastorno Mental Grave (TMG). En la práctica está aplicado en la Comunidad de Madrid y se llama Programa de Continuidad de Cuidados (PCC-TMG). Este programa pretende cubrir las necesidades de pacientes con TMG que requieren múltiples servicios de manera simultánea (psiquiatras, terapeutas, enfermeros y trabajadores sociales).

“Se apoya la existencia de modelos de gestión de casos desde el origen de la reforma psiquiátrica. Se crean lo que son los programas de continuidad de

cuidados y rehabilitación a personas con enfermedad mental grave y duradera. Tanto el modelo de gestión de casos como el de intervención en crisis son modelos que crearon los trabajadores sociales en Estados Unidos para hacer la reforma psiquiátrica” (Entrevistado 3, 2026).

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC-TMG) es la vía de acceso a los recursos sociosanitarios: “Y esa es la puerta de entrada para todos los recursos que ese paciente vaya a necesitar: laborales, residenciales, centros de rehabilitación, etcétera. Es como un elemento canalizador de la atención” (Entrevistado 2, 2026).

Para acceder a estos recursos, no es necesario tener un grado de dependencia o discapacidad reconocidos, pero si es obligado estar incluido en el PCC-TMG que se gestiona desde su Centro de Salud Mental por un profesional referente (psiquiatra, trabajador social o enfermero): “Tú no necesitas ni valoración de dependencia, ni discapacidad, ni nada, ni pasar por servicios sociales para ir a una mini residencia de salud mental. Lo único que necesitas es estar en el programa de continuidad de cuidados” (Entrevistado 3, 2026).

Dentro del PCC, se asigna un profesional referente a cada paciente que asume responsabilidad de gestionar el caso, dependiendo si prevalece más lo social o parte clínica, se suele hacer más cargo o trabajo social o enfermería.: “Un profesional del centro de salud mental asume la labor de gestor de casos o coordinador de cuidados. Es la persona de referencia” (Entrevistado 2, 2026).

La labor de referente se centra en trabajar en vínculo seguro con el paciente, que se siente acogido para prevenir el rechazo al tratamiento y aislamiento social. La flexibilidad y paciencia son los pilares, porque la recuperación en caso de TMG lleva mucho tiempo y esfuerzo por parte del paciente y los profesionales: “Suelen tener mucha desconfianza a los profesionales porque hayan tenido experiencias adversas en otro momento o porque están en una situación defensiva o malinterpretada o por los síntomas que tienen” (Entrevistado 2, 2026).

En el Centro de Salud Mental se aplica el Programa de Continuidad de Cuidados para las personas con Trastorno Mental Grave. Actualmente, el programa está en proceso de rediseño y digitalización para permitir que los datos de seguimiento sean visibles y se

involucren en una Historia Única. Cambiará su nombre al Programa de Atención Comunitaria PCA-TMG.

“Ahora estamos creando una herramienta digital más potente para que se pueda visualizar en toda la Comunidad de Madrid, el programa va a cambiar de nombre. Se va a llamar al programa de atención comunitaria de trastorno mental grave. De la digitalización de ese proceso para los sistemas informáticos para que se vea en todo Madrid. Si un paciente va a la urgencia de un sitio donde no le corresponde, el psiquiatra de guardia sepa que tiene su referencia en el centro de salud mental X que tiene un continuador de cuidados” (Entrevistado 1, 2026).

Como se mencionó anteriormente, el Programa de Continuidad de Cuidados para personas con TMG es esencial para las personas que carecen de apoyo familiar porque pueden mantener el apoyo sanitario y social según sus necesidades. Sin pertenencia a este programa no es posible acceder a los recursos de rehabilitación psicosocial.

7. CONCLUSIONES

En la presente investigación se planteó como objetivo general: analizar el papel del Trabajo Social en la recuperación funcional y la autonomía personal de personas adultas con Trastorno Mental Grave (TMG) y sin soporte familiar. Se concretó en cuatro objetivos específicos (determinantes sociales, funciones/competencias, dispositivos/prestaciones y modelos de intervención), junto con cuatro preguntas e hipótesis orientadas a autonomía, continuidad de cuidados, participación social y adecuación de un enfoque biopsicosocial centrado en la persona.

La investigación realizada permite confirmar la hipótesis 1 que el desarrollo del Trastorno Mental Grave (TMG) depende mucho de la situación psicosocial del paciente. Mientras que los profesionales de salud se inclinan más a la probabilidad de factores genéticos, los trabajadores sociales confirman la relevancia de la situación psicológica, familiar, económica, y social. No es posible entender a los pacientes aisladamente, sin contar su contexto social.

La carencia de soporte familiar sitúa al paciente en la zona de vulnerabilidad social con alto riesgo de exclusión. Se confirmó por los profesionales entrevistados que los recursos de apoyo comunitario y residenciales son vitales.

Un hallazgo de este trabajo es la interseccionalidad de género en la salud mental. Las mujeres con TMG se enfrentan a un estigma doble: derivado de su diagnóstico y el rol de género tradicional. Los profesionales subrayan que la sociedad y el propio sistema sanitario ejercen una violencia simbólica sobre las mujeres, exigiendo mucho más autocontrol de su enfermedad que a los hombres. Sin embargo, en situaciones de sinhogarismo, se observa que mujeres con TMG suelen resistir más antes de caer en la calle.

Otra evidencia encontrada tras la investigación es la falta de apoyo de personas jóvenes con TMG que salen de las instituciones tras cumplir la mayoría de edad. En muchos casos tienen dificultades para desarrollar la vida autónoma y no hay recursos que les apoyen en este tránsito a vida adulta. Muchos jóvenes caen en la situación de sinhogarismo. Otro factor relevante es la pertenencia a otra cultura o religión diferente de la población autóctona. La dificultad de comprensión de su diagnóstico y creencias culturales complican la adherencia al tratamiento.

Respecto a la hipótesis 2, los resultados apuntan a que funciones profesionales del Trabajo Social de coordinación sociosanitaria y de vinculación con apoyos comunitarios se asocian con mayor continuidad de cuidados y avances en recuperación funcional y vida independiente. Cuando hay una figura profesional que mantiene el seguimiento y vincula los recursos (Centro de Salud Mental, continuidad de cuidados, recursos residenciales, y prestaciones), se reducen los vacíos típicos (citas perdidas, trámites no completados, derivaciones que no se materializan). En este contexto, el Trabajo Social actúa como enlace entre sistemas (sanitario y social), asegurando que un recurso disponible se convierta en un apoyo efectivo.

En relación con la hipótesis 3, los datos recogidos respaldan que la combinación de apoyos comunitarios especializados con prestaciones económicas se asocia con mayor reintegración a la comunidad y prevención de recaídas. En la Comunidad de Madrid, existe una red potente de recursos sociosanitarios dirigida a salud mental. Por otra parte, hay prestaciones económicas, aunque su cantidad todavía está lejos para cubrir las necesidades básicas.

Estos datos no demuestran “causa” por sí solos, pero sí refuerzan una conclusión coherente: cuando el apoyo llega al hogar y al entorno (no solo a la consulta), y se

combina con rehabilitación social y oportunidades reales, la autonomía deja de ser un concepto abstracto y se convierte en resultados observables: menos recaídas y más relaciones sociales.

Esta mirada obliga al Trabajo Social a equilibrar protección y autodeterminación: intervenir ante riesgos reales (pérdida de vivienda, abandono, violencia) sin sustituir de forma innecesaria la capacidad de decisión de la persona, y documentar de manera clara por qué un apoyo es necesario y proporcional.

Por lo tanto, se apoya la hipótesis 4: los enfoques centrados en la persona y en su entorno se asocian con mejores resultados de autonomía y participación social. La razón es práctica: cuando el plan se construye con la persona (metas realistas, preferencias, ritmos, decisiones informadas), aumentan la adherencia, la participación en recursos y la estabilidad cotidiana. En personas con TMG y sin soporte familiar, esta lógica es todavía más importante porque no existe una red familiar que sostenga el día a día; por eso, el Trabajo Social aporta una intervención que baja las metas a conductas concretas (autocuidado, relaciones sociales, recursos económicos estables), manteniendo siempre el respeto a la autodeterminación. A partir de lo anterior, la hipótesis H4 queda razonablemente respaldada: para esta población, el modelo más adecuado es gestión de casos, centrado en los apoyos graduados y coordinación interinstitucional.

Como propuesta de mejora los profesionales entrevistados señalan la necesidad de reforzar los apoyos comunitarios mediante el incremento de los Equipos de Apoyo Comunitario (EASC) y de las plazas residenciales. Esta demanda responde a las limitaciones actuales del sistema. El fortalecimiento de estos recursos permitirá mejorar los itinerarios terapéuticos y transiciones progresivas entre distintos niveles de apoyo. De esta manera se evitará la institucionalización prolongada como el abandono en la comunidad sin los recursos suficientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry* 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Andreasen, N., Olsen, S. (1982). Negative v Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Arch Gen Psychiatry*, 39 (7), 789-794. <https://doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070025006>
- Bastos, V. (2022). Deformidad del principio de autonomía para sustentar actos éticamente ilícitos. *Persona y Bioética*, 26(1). <https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.1.5>
- Bertalanffy, L. V. (1976). Teoría general de los sistemas. Fondo de Cultura Económica. https://ia600805.us.archive.org/30/items/TeoriaGeneralDeLosSistemasV4/Teoria%20general%20de%20los%20sistemas_v4.pdf
- Blasco, G., Prades, J., González, V. (2023). Socioeconomic Inequalities as a Cause of Health Inequities in Spain: A Scoping Review. *Healthcare Basel*, 11(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare11233035>
- Cabot, R. (1909) Social Service and the art of healing. Nueva York. Moffat. https://umbrella.lib.umb.edu/discovery/fulldisplay?vid=01MA_UMB:01MA_UMB&tab=Everything&docid=alma992121053503746&lang=en&context=L&query=any.contains.01MA_UMB_ALMA2161291710003746
- Calvo, A. (2020). Salud mental en la actualidad. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1). <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890267.pdf>
- Caspi, A., Houts, R., Moffitt, T., Rakerd, L., Hanna, M. (2024). A nationwide analysis of 350 million patient encounters reveals a high volume of mental-health conditions in primary care. *Mental Health*, 2(10), 1208-1216. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00310-5>
- Cazorla, J. (2018). Análisis del mundo asociativo «en primera persona» en salud mental en Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1). <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.06>

- Comunidad de Madrid. (2016). Guía de funcionamiento y calidad de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS). <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013998.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2025). La Comunidad de Madrid atiende a más de 1.500 personas con enfermedad mental grave y duradera en sus domicilios de forma individualizada. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2025/10/10/comunidad-madrid-atende-1500-personas-enfermedad-mental-grave-duradera-domicilios-forma-individualizada>
- Comunidad de Madrid. (2025). La Comunidad de Madrid aumenta hasta un 70% las personas con enfermedad mental grave y duradera que accedieron a un empleo. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2025/01/27/comunidad-madrid-aumenta-70-personas-enfermedad-mental-grave-duradera-accedieron-empleo>
- Comunidad de Madrid. (2025). Red de Atención Social a personas con enfermedad mental. <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>
- Connor, W., Weinstock, R. (2018). The Limits of Confidentiality: Informed Consent and Psychotherapy. *Focus (Am Psychiatry Publication)*, 16(4), 395-401. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180020>
- Consejo General de la Psicología de España (2022). Un informe evidencia el estigma social hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual. <https://www.infocop.es/un-informe-evidencia-el-estigma-social-hacia-las-personas-con-problemas-de-salud-mental-en-situacion-sin-hogar-y-con-discapacidad-intelectual/>
- Corrigan, P., Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. <https://doi.org/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatric Association*, 15(1), 67–73. <https://doi.org/10.1002/wps.20295>

- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44(2), 162–79. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Díaz, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. *Comunitaria: Revista internacional de trabajo y ciencias sociales*, 13(1), 101-120. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5979274.pdf>
- Erickson, E. H. (1981). *Identidad. Juventud y crisis*. Editorial Taurus. Madrid. <https://es.scribd.com/document/493752824/Erikson-Erik-H-Identidad-Juventud-Y-Crisis>
- Fernández, J., Gómez, R., Jiménez, J. L., y Rodríguez, A. (2009). Centros de Día de Soporte Social para personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Comunidad de Madrid, 62-63. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013844.pdf>
- Freeman, M. (2022). The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*. 21(3), 391-392. <https://doi.org/10.1002/wps.21018>
- Freidson, E. (1978). La profesión médica. *Antropología Médica*. Barcelona. Ediciones Península, 209-286. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/273596.pdf>
- Fundación Manantial. (2024). *Prevención en Salud Mental*. <https://www.fundacionmanantial.org/>
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23(1), 333-352. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899&orden=281464&info=link>
- Garza, G. (2012). Un análisis del concepto de empoderamiento en la práctica del trabajo social. *Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano*, 2(1), 8-18. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8070225.pdf>
- Gil, D. (2010). Trabajo Social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 403-417. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110403A>
- Gil, H., Winter, M., León, P., Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 14(55), 103-111.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-enfermedad-mental-hospital-general.pdf>

Gisbert, C. (2003). Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Madrid: Ministerio de Ciencia e innovación.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf

Grupo 5. (2023). El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental. Universidad Complutense de

Madrid. https://www.contraelestigma.com/wp-content/uploads/2022/10/Informe-Estudio-Estigma-Salud-Mental_Catedra-UCM-Grupo-5-Contra-el-Estigma.pdf

Goffman, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu, 14-19. <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

González, A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudio de psicología*,

16(3). <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300014>

Hernández, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo. *Revista de trabajo y acción social*, 52(1),

314-325. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4703400.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.

<https://imserso.es/documents/20123/0/atenenfermental.pdf/7ee2203a-daf9-ad27-f0d4-b7b97d4a42a5>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2024). El estigma en salud mental: Tipos y efectos en la persona con experiencia vivida.

<https://blogcreap.imserso.es/-/estigma-tipos-impactos>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2026). Guía resumen de las pensiones no contributivas de la Seguridad Social.

<https://imserso.es/documents/20123/1595507/pncresumen2026.pdf/c4b41c80-63fe-942d-7231-f3ee20e28694>

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Salud de España. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ESdE2023.htm>

- Juan, M. (2020). El trabajo social sanitario en salud mental. <https://doi.org/https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/6b160bf7-a5ae-4c65-baaf-4a8a050a66cc/content>
- Lemert, E. (1962). Estigmatización y Conducta Desviada. Maracaibo. Universidad de Zulia, 97-104. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5319717.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 135, de 7 de junio de 2023. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2022/12/21/12>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1). <https://doi.org/https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Salud mental y salud percibida. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: Período

2022-2026. https://doi.org/https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025). La Dependencia avanza hacia el modelo de proximidad: el 56% de las prestaciones se dan ya en los hogares y en el entorno más cercano. <https://www.dsca.gob.es/es/comunicacion/notas-prensa/dependencia-avanza-modelo-proximidad-56-prestaciones-se-dan-ya-hogares>

Ministerio de Sanidad. (2025). Contenido de la Cartera de servicios. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>

Ministerio de Sanidad. (2025). Estrategia de Salud mental. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2026). Ingreso Mínimo Vital: Principales datos según comunidad autónoma y provincia. Nómina de marzo de 2026. https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/94a344a3-3093-4d45-99f8-37ab5bd985cc/202603+COMPLETO+Dossier+comunidad+aut%C3%B3noma+y+provincia.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=linktext&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_2G50H38209D640QTQ570VB2000-94a344a3-3093-4d45-99f8-37ab5bd985cc-pRMD9v8

Monguí, M., Ezquiaga, A., Cáceres, P. (2024). Precariedad laboral y exclusión residencial en mujeres migrantes trabajadoras del hogar y los cuidados: una vulnerabilidad persistente. *Revista española de desarrollo y cooperación*, 51(1), 97-109. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9593496&orden=0&info=link>

Muñoz, M. (2022). El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual. https://www.contraelestigma.com/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Resultados_-Estigma-psh-salud-mental-y-discapacidad.-Contra-el-Estigma.pdf

Navarro, M., Darder, M. (2010). Trabajo Social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo*

- Social*, 23, 381-401. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110381A>
- United Nations Organization (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación internacional de enfermedades. <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es>
- Organización Mundial de la Salud (2025). Salud Mental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortiz, D. (2008). La terapia familiar sistémica. Abya Yala. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6096>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 4(1), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pellegero, N. Brise, E., Tizón, J. (1992) El trabajo social en un dispositivo de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona. Doyma. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=198308>
- Ranquet, M. (1996). Los modelos en trabajo social: Intervención con personas y familias. Siglo XXI de España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=65922>
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. *Boletín Oficial del Estado*, 161, de 6 de julio de 2007. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-13101>
- Reid, W., Ramos, B. (2002). Intervención "centrada en la tarea", un modelo de práctica del trabajo social. *Revista de trabajo social*, 168(1), 6-22.
- Radol, N., Shore B. (1993). Advanced case management. Newbury Park. Sage. https://gemilang.ukm.my/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=4927&query_desc=Provider%3A%20Sage%2C
- Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial con trastornos mentales crónicos. Madrid. Pirámide. <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/1997/vol3/arti14.htm>

- Servicio Público de Empleo Estatal (2025). Empleo para personas con discapacidad. <https://www.sepe.es/HomeSepe/encontrar-trabajo/empleo-para-personas-con-discapacidad.html>
- SER Madrid Sur. (2025). 7 millones de euros para mantener la atención a 179 personas con enfermedad mental grave en Getafe. Cadena Ser. <https://cadenaser.com/cmadrid/2025/10/09/7-millones-de-euros-para-mantener-la-atencion-a-179-personas-con-enfermedad-mental-grave-en-getafe-ser-madrid-sur/>
- Slaikeu, K. (1989). Intervención en crisis. México. Manual Moderno. https://www.academia.edu/144467556/Intervencion_en_Crisis_Slaikeu
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Valverde, E., García, J., López, I., Pérez, L. (2022). El estigma de los profesionales de salud mental hacia los usuarios con trastorno mental. *Actas Psicología 50(4)*, 178-186. <https://doi.org/https://actapsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1041/1670>
- Vásquez, C., Carrere, J., Borrell, C., Vásquez, H. (2022). Neglected housing insecurity and its relationship with renters' health: the case of Barcelona, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 36(3). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.08.005>
- World Health Organization. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2025). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1

Preguntas de la entrevista

1. ¿Cuáles son, desde su experiencia, las principales necesidades sociales de los pacientes con TMG sin soporte familiar?
2. ¿Qué determinantes sociales condicionan TMG?
3. ¿Qué dificultades encuentra el equipo al trabajar con pacientes sin soporte familiar?
4. ¿Cómo influyen los roles de género tradicionales en la salud mental?
5. ¿Las mujeres y los hombres reciben el mismo tipo de tratamiento ante síntomas similares?
6. ¿El estigma social condiciona a la cronificación del TMG? ¿Puede influir al aislamiento social o a la soledad no deseada?
7. ¿Qué modelos de intervención se aplican en la intervención con personas con TMG?
8. ¿Qué objetivos específicos se plantean en la atención a pacientes con TMG sin soporte familiar?
9. ¿Cómo se interconectan entre ellos para asegurar la continuidad asistencial de estas personas?
10. ¿Cuál es el rol de los trabajadores sociales en esos modelos? ¿Cuáles son sus funciones para la atención de personas con TMG sin soporte familiar?
11. ¿Qué modelo le parece más eficaz para trabajar con personas con TMG sin soporte familiar?
12. ¿Qué recursos considera esenciales para asegurar la continuidad asistencial de estos pacientes?
13. ¿Qué mejoras/barreras considera prioritarias para optimizar la atención a personas con TMG sin soporte familiar?

9.2. Anexo 2

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPACIÓN EN
ENTREVISTAS TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO EN TRABAJO
SOCIAL CURSO 25-26***

I. PRESENTACIÓN

El Trabajo Fin de Grado en el Trabajo Social de la Universidad de Comillas tiene como objetivo mostrar el dominio suficiente de las competencias adquiridas durante toda la etapa formativa del Grado en Trabajo Social. Se realiza durante el 4º curso, y es tutorizado por profesorado del Grado.

El Trabajo Fin de Grado para cuya realización se solicita la colaboración en las entrevistas es realizado por la estudiante Syuzanna Slota y tutorizado por la profesora Rosalía Mota, de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Comillas, Facultad en la que se imparte y depende el doble Grado referido. El título del trabajo es: El papel del Trabajo Social en la recuperación y autonomía de personas adultas con trastornos mentales graves y sin soporte familiar.

El trabajo se propone analizar la situación actual de personas con trastornos mentales graves sin soporte familiar, identificando sus necesidades, los determinantes sociales que afectan a su vida diaria y su acceso a los recursos sociosanitarios. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizará como principal técnica de recogida de información entrevistas en profundidad con trabajadores sociales del ámbito sociosanitario.

En el contexto de esta investigación, se pide la colaboración de trabajadores sociales del ámbito sociosanitario, para participar en una entrevista semiestructurada, en la que se desarrollarán temas relativos al rol de trabajador social en la recuperación de autonomía y reintegración a la comunidad de una persona con trastorno mental grave sin soporte familiar. Las entrevistas podrán ser presenciales u online, tendrán una duración aproximada de alrededor de 45 minutos, y se pedirá el consentimiento también para ser grabadas.

La información resultante de las entrevistas será anónima y tu participación es voluntaria. Aunque la hayas iniciado, puedes renunciar a continuarla en cualquier momento. Todos los participantes tendrán asignado un código y no se recogerá nombre, apellidos ni cualquier otra información que permita tu identificación, garantizando totalmente la confidencialidad. La información que se obtenga de tus respuestas no se utilizará con

ningún otro fin distinto del explicitado en los objetivos del trabajo fin de grado, siendo tratada de manera confidencial bajo la responsabilidad de la estudiante y su tutora. Cuando el Trabajo Fin de Grado es calificado con una nota de 8 o superior, el estudiante puede acceder a que forme parte del repositorio institucional de la Universidad de Comillas, cumpliendo éste todas las garantías legales establecidas.

Podrás dirigirte en cualquier momento a la tutora del trabajo fin de grado, para resolver dudas o ejercer los derechos que reconoce la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Para ello, puedes contactar en el siguiente correo electrónico: rmota@comillas.edu.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO QUE:

He recibido información sobre los objetivos y contenido del Trabajo Fin de Grado “El papel del Trabajo Social en la recuperación y autonomía de personas adultas con trastornos mentales graves y sin soporte familiar”, para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, se me ha informado/a de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Mi colaboración en esta investigación es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento, sin dar explicaciones, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. No proporcionaré nombre o apellidos ni ningún otro dato que permita mi identificación.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

- Participar en las entrevistas, que serán grabadas.
- Que la estudiante responsable de realizar este trabajo, así como la tutora de este, gestionen la información que se genere en el contexto de su realización. Se

garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en el Reglamento General de Protección de Datos y en la ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y normativa complementaria.

- Que la estudiante responsable de realizar este trabajo, así como la tutora de este, conserven todos los registros efectuados con la información aportada por mí, con las garantías y los términos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recogidos.

FDO PARTICIPANTE:

9.3. Anexo 3: Categorías de análisis

Categoría analítica	Subdimensiones	Preguntas clave en el análisis
Necesidades	Autonomía Autocuidados Necesidad residencial Recursos económicos Relaciones interpersonales Ocio y tiempo libre	¿Cómo influye la enfermedad en la capacidad de autonomía y toma de decisiones cotidianas? ¿Existe relación entre vulnerabilidad económica y tratamiento? ¿Son relevantes los vínculos afectivos para personas con TMG en recuperación?
Determinantes sociales	Edad Formación Capacidad económica Vivienda Cultura, religión, etnia Actividad laboral Acceso al servicio sociosanitarios Situación administrativa Antecedentes Red de apoyo primario	¿De qué edad ahora prevalecen las personas con TMG en situación de vulnerabilidad social? ¿Qué impacto tiene el “código postal” en TMG? ¿Cómo influyen los factores culturales en la percepción de TMG? ¿Existe mayor falta de atención sanitaria en población migrante en situación irregular? ¿Los antecedentes familiares de trastorno mental influyen en el desarrollo de TMG? ¿La existencia del apoyo familiar predice mayor adherencia al tratamiento o no?

Género	Diferencias en tratamiento Rol en la sociedad Violencia de género Acceso a los servicios sociosanitarios	¿Existen diferencias en la prevalencia de TMG según género? ¿Si influye el género en la expresión de la sintomatología? ¿Existen sesgos de género en el diagnóstico de trastornos mentales por parte de profesionales sanitarios? ¿Las mujeres y los hombres reciben el mismo tipo de tratamiento ante síntomas similares? ¿Cómo influyen los roles de género tradicionales en la salud mental? ¿Los hombres presentan menor utilización de recursos de salud mental debido a estigmas de género o no? ¿Las mujeres con TMG tienen más riesgo de sufrir violencia de género?
Consecuencias del estigma	Baja autoestima Aislamiento social Soledad no deseada Baja empleabilidad	¿El estigma social condiciona a la cronificación del TMG? ¿Si se puede considerar que aislamiento social no es solo sintomatología sino huida del estigma? ¿El estigma puede reducir los vínculos afectivos de la persona con TMG y generar soledad no deseada? ¿El estigma laboral reduce las oportunidades de inserción laboral?
Recursos sociosanitarios	Centro de Salud Mental (CSM) Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) Hospital del Día (HD) Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Equipo de Atención Social Comunitario (EASC) Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) La Unidad Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC) Unidad de Media y Larga Distancia (UME, UHTR) Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)	¿Qué recursos sociosanitarios existen para personas con TMG? ¿Qué diferencia hay entre recursos que pertenecen al área sanitaria y área social? ¿Que son esenciales en rehabilitación psicosocial?

	Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) Centro del Día de Soporte Social (CDSS) Unidad de Hospitalización Breve (UHB) Mini Residencias (MR) Pisos supervisados/pensiones	
Prestaciones	Discapacidad Dependencia Pensión no contributiva	¿Si es relevante según el diagnóstico tramitar la dependencia o reconocimiento de discapacidad? ¿En qué caso? ¿Qué beneficios o inconvenientes tienen?
Modelos de intervención	Modelo sistémico Modelo centrado en la tarea Gestión de casos Intervención en crisis	¿Qué modelos de intervención se aplican? ¿Qué modelo le parece más eficaz para trabajar con personas con TMG sin soporte familiar? ¿Qué rol tiene el trabajador social en estos modelos?
Gestión de casos	Programa Continuidad de Cuidados Rol de Trabajo Social en PCC	¿La gestión de casos mejora la continuidad asistencial en personas con TMG? ¿Cuál es el rol de los trabajadores sociales en este programa? ¿Si este programa es eficaz?

9.4. Anexo IV – [Diario del campo Hospital Gregorio Marañón.docx](#)

9.5. Anexo V - [El Contenido de las entrevistas realizadas para TFG.docx](#)