

Trabajo Social y Salud Mental: perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas en una
revisión sistemática

Karen Andrea Jaimes Moreno

Trabajo de Grado para Optar al Título de Trabajadora Social

Directora

PhD Ruth Zárate Rueda

Trabajadora Social

Codirectora

PhD Yolima Ivone Beltrán Villamizar

Psicóloga

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2025

Dedicatoria

A mis padres, Gloria y Anibal, por ser fuente de inspiración, por su amor y esfuerzo. Su apoyo incondicional ha sido fundamental en cada paso de este camino; este logro también les pertenece.

A mi madrina, Gladys, por ser una presencia constante que, con su amor incondicional, me inspira y me cuida. Gracias por su apoyo y cariño.

A mis personas especiales Jheison, Yani, Ana, Yesenia, Jose y Edwin, quienes estuvieron para mí en todo momento; por ser refugio e impulso, por acompañarme con cariño y hacerme sentir que nunca camino sola.

A Milo, por llenar mis días de amor y serenidad, y por recordarme cada día la calma en las pequeñas cosas.

Agradecimientos

A mis familiares y amigos, por su escucha atenta, sus palabras de aliento y su compañía a lo largo de este proceso.

A la Universidad Industrial de Santander, por brindarme un espacio de aprendizaje, crecimiento y reflexión, donde adquirí las bases académicas y humanas que guiaron mi formación como Trabajadora Social.

A mi directora, Ruth Zárate Rueda, por su acompañamiento constante, su disposición para orientar cada etapa de este proyecto y por compartir con generosidad sus conocimientos y experiencia.

A mi codirectora, Yolima Ivone Beltrán, por su apoyo y valiosa orientación.

Tabla de Contenido

Introducción	11
1. Planteamiento del Problema.....	12
2. Justificación	15
3. Objetivos	18
3.1 Objetivo General.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4. Marco Referencial.....	19
4.1 Antecedentes Investigativos.....	19
4.2 Marco teórico: perspectivas integradoras para comprender el Trabajo Social en salud mental	23
4.2.1 Conceptualización de la salud y la salud mental	24
4.2.2 Comprender el Trabajo Social: entre el saber y el hacer	29
4.2.3 Integración del Trabajo Social en la salud mental.....	35
4.2.4 Aproximaciones teóricas para la comprensión de la salud mental	39
5. Metodología	55
5.1 Análisis bibliométrico.....	56
5.1.1 Elaboración de la ecuación de búsqueda	56
5.1.2 Procesamiento de información bibliométrica	59
5.2 Revisión sistemática de la literatura	68
5.2.1 Planificación de la revisión sistemática de la literatura	68
5.2.2 Resultados: Descripción Perspectivas Teóricas.....	72
5.2.3 Resultados: Descripción Perspectivas Metodológicas.....	87

5.2.4 Resultados: Descripción Perspectivas Prácticas	91
5.2.5 Resultados: Análisis Perspectivas Teóricas	99
5.2.6 Resultados: Análisis Perspectivas Metodológicas y Prácticas.....	106
5.2.7 Reporte de los resultados	110
Conclusiones	110
Referencias Bibliográficas	114
Apéndices.....	132

Lista de Tablas

Tabla 1. Funciones del Trabajador Social en salud mental	38
Tabla 2. Métodos de intervención del modelo psicosocial.....	50
Tabla 3. Términos de la ecuación de búsqueda	56
Tabla 4. Formulación de la ecuación de búsqueda inicial	57
Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión.....	58
Tabla 6. Ecuación final de búsqueda	58

Lista de Figuras

Figura 1. Producción científica anual	60
Figura 2. Revistas con mayor número de publicaciones	61
Figura 3. Producción anual de artículos y promedio de citas	63
Figura 4. Coautoría	65
Figura 5. Coocurrencia de palabras	66
Figura 6. Coautoría entre países	67
Figura 7. Diagrama de flujo PRISMA 2020	70
Figura 8. Perspectivas teóricas	72
Figura 9. Perspectivas metodológicas.....	87
Figura 10. Perspectivas prácticas	91

Lista de Apéndices

Apéndice A. Matriz de revisión de artículos 132

Resumen

Título: Trabajo Social y Salud Mental: perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas, en una revisión sistemática**

Autor: Karen Andrea Jaimes Moreno^{††}

Palabras Clave: Trabajo Social, Salud Mental, teorías, metodologías, práctica.

Descripción: Este estudio tuvo como objetivo general conocer las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, con el fin de aportar a la consolidación de este campo. Los objetivos específicos fueron: revisar de forma sistemática la bibliografía, identificar las perspectivas teóricas que han orientado al Trabajo Social en salud mental y analizar las metodologías y prácticas empleadas en las intervenciones.

La metodología adoptada fue mixta, integrando dos etapas principales: un análisis bibliométrico (enfoque cuantitativo) y una revisión sistemática de la literatura (enfoque cualitativo), siguiendo el protocolo PRISMA. La búsqueda en *Scopus* y *Dialnet* permitió incluir 40 artículos, los cuales fueron analizados en tres dimensiones: teórica, metodológica y práctica.

Los resultados muestran un predominio de las perspectivas críticas, que cuestionan la hegemonía biomédica y visibilizan los determinantes sociales de la salud mental. De manera complementaria, emergieron la perspectiva interseccional, que explica cómo múltiples desigualdades se entrelazan en la experiencia de salud mental, y la perspectiva sistémica, que resalta la influencia de los sistemas individual, familiar, comunitario e institucional. En la dimensión metodológica se observó una débil explicitación de modelos de intervención, lo que revela una brecha entre la teoría y la práctica. En contraste, la dimensión práctica se mostró más fortalecida, destacando funciones como el acompañamiento psicosocial, la mediación, la psicoeducación y el fortalecimiento de redes, aunque limitadas por el predominio médico y la sobrecarga laboral.

Se concluye que los objetivos fueron cumplidos y que el principal aporte de esta revisión es evidenciar los avances, tensiones y vacíos de la disciplina, resaltando la necesidad de fortalecer fundamentos epistemológicos, explicitar metodologías y reafirmar prácticas coherentes con la misión crítica del Trabajo Social en salud mental.

** Trabajo de Grado

†† Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Ruth Zárate Rueda. Trabajadora Social. Codirectora: Yolima Ivone Beltrán Villamizar. Psicóloga

Abstract

Title: Social Work and Mental Health: theoretical, methodological and practical perspectives in a systematic review^{‡‡}

Author: Karen Andrea Jaimes Moreno^{§§}

Key Words: Social Work, Mental Health, theories, methodologies, practice.

Description: This study aimed to examine the theoretical, methodological, and practical perspectives of Social Work in the field of mental health, with the purpose of contributing to the consolidation of this area. The specific objectives were: to systematically review the literature, to identify the theoretical perspectives that have guided Social Work in mental health, and to analyze the methodologies and practices employed in interventions. The methodology adopted was mixed, integrating two main stages: a bibliometric analysis (quantitative approach) and a systematic literature review (qualitative approach), following the PRISMA protocol. The search in Scopus and Dialnet led to the inclusion of 40 articles, which were analyzed across three dimensions: theoretical, methodological, and practical.

The results show a predominance of critical perspectives, which challenge biomedical hegemony and highlight the social determinants of mental health. Complementarily, the intersectional perspective emerged, explaining how multiple inequalities intertwine in the experience of mental health, as well as the systemic perspective, which emphasizes the influence of individual, family, community, and institutional systems. In the methodological dimension, a weak explicitness of intervention models was observed, revealing a gap between theory and practice. In contrast, the practical dimension appeared more robust, highlighting roles such as psychosocial support, mediation, psychoeducation, and the strengthening of networks, although constrained by medical dominance and work overload.

It is concluded that the objectives were achieved and that the main contribution of this review lies in evidencing the advances, tensions, and gaps of the discipline, while underscoring the need to strengthen epistemological foundations, make methodologies more explicit, and reaffirm practices consistent with the critical mission of Social Work in mental health.

^{‡‡} Degree Work

^{§§} Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Ruth Zárate Rueda. Social Worker. Co-director: Yolima Ivone Beltrán Villamizar. Psychologist.

Introducción

La salud mental se ha consolidado como un campo de creciente interés y preocupación social (Jenkins, 2018) en el que convergen distintas disciplinas con enfoques y aportes específicos. En este escenario, el Trabajo Social ocupa un lugar relevante al aportar una mirada crítica y social sobre los problemas de salud mental (Whitaker et al., 2021), reconociendo que este no puede comprenderse únicamente desde parámetros clínicos, sino que está profundamente atravesado por factores estructurales y relacionales. No obstante, persiste la hegemonía del modelo biomédico, lo que plantea tensiones para Trabajo Social en este ámbito.

Con el fin de contribuir al fortalecimiento de abordajes en Salud Mental desde la profesión, este estudio se propuso realizar una revisión sistemática de la literatura, complementada con un análisis bibliométrico, para identificar las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas que orientan la intervención del Trabajo Social.

El documento se estructura en varias secciones que guardan coherencia con los objetivos planteados. En primer lugar, se presenta el marco referencial, que ofrece las bases conceptuales y teóricas desde las cuales se aborda la investigación. A continuación, se detalla la metodología adoptada, de carácter mixto, que combina el análisis bibliométrico con la revisión sistemática de la literatura, guiada por los lineamientos del protocolo PRISMA. Posteriormente, se exponen los resultados junto con el análisis organizado en tres dimensiones centrales: teórica, metodológica y práctica, lo que permite contrastar hallazgos y reconocer tensiones y vacíos en el campo. Finalmente, se presentan las conclusiones, donde se sintetizan los principales aportes, se discuten sus implicaciones para el Trabajo Social en salud mental y se destacan las proyecciones que abre esta revisión para futuras investigaciones y para el fortalecimiento disciplinar.

1. Planteamiento del Problema

La salud mental ha cobrado una relevancia creciente, convirtiéndose en eje clave de las políticas públicas en diversos países. Esto se debe a que los trastornos mentales han ido en aumento y representan un problema crítico de salud pública, situándose entre las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global (Kovacevic et al., 2023). López (2023) afirma que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha determinado en sus informes que la depresión ocupa el segundo lugar entre las principales causas de discapacidad en el mundo y, de no implementarse estrategias efectivas para su tratamiento, podría llegar a convertirse en la principal causa de discapacidad para el año 2030.

Año tras año, los trastornos mentales aumentan. Un claro ejemplo de esta tendencia es que, en 2019, una de cada ocho personas del mundo, es decir, cerca de 970 millones, padecía algún trastorno mental. Tras el 2020 las tasas de estos trastornos se incrementaron en un 25%, elevando la cifra a un total de mil millones de personas afectadas (OMS, 2022).

Este incremento está estrechamente relacionado con la pandemia de COVID-19, un evento que, sin duda, exacerbó las problemáticas de salud mental, lo cual se refleja particularmente en el aumento de la prevalencia de los dos trastornos mentales más comunes: la depresión y la ansiedad (OPS, s.f.). Santomauro et al., (2021), estiman que, antes de la pandemia, en 2020, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor era de 2.470,5 casos por cada 100.000 habitantes, lo cual representaba aproximadamente 193 millones de personas, sin embargo, después de la pandemia, esta cifra aumentó a 3.152,9 casos por 100.000 habitantes, alcanzando un estimado de 246 millones de personas. De manera similar, en 2020, antes de la pandemia, la prevalencia global estimada de los trastornos de ansiedad era de 3.824,9 casos por cada 100.000 habitantes, equivalente a 298

millones de personas; posteriormente, tras la pandemia, esta cifra ascendió a 4.802,4 casos por 100.000 habitantes, afectando aproximadamente a 374 millones de personas.

El informe anual del estado mental del mundo analiza las tendencias y perspectivas sobre la salud de la mente y el bienestar de las poblaciones con acceso a Internet a nivel global (Sapiens Labs, 2025), confirmando que la salud mental continúa presentando repercusiones tras la pandemia, mostrando que, hasta la fecha, no se ha registrado una recuperación (Sapiens Labs, 2025).

Sin embargo, algunas poblaciones han experimentado un mayor impacto en su salud mental que otras. Por ejemplo, según Santomauro et al., (2021), las mujeres fueron más vulnerables que los hombres a desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad debido a la pandemia. Asimismo, los jóvenes experimentaron un mayor incremento en la prevalencia de estos trastornos en comparación con los adultos mayores. En la misma línea, Sapiens Labs (2025) destaca en su informe que, mientras los adultos mayores de 55 años han mantenido una salud mental relativamente estable, la población joven de 18 a 34 años ha mostrado un deterioro progresivo año tras año.

Ante este preocupante escenario, es necesario prestar mayor atención a la salud mental y reconocer su trascendencia dentro de las políticas públicas, los sistemas de salud y la sociedad en general. Organismos internacionales, como la OMS, han enfatizado que "no hay salud sin salud mental" (2020), destacan la necesidad de abordarla con la misma prioridad que la salud física.

Ahora bien, pese a la magnitud de este panorama, la manera en que se ha estructurado la atención en salud mental presenta limitaciones significativas. Una de las principales es el predominio del modelo biomédico, que tiende a abordar los padecimientos desde una visión individualizada, centrada principalmente en la clasificación y el diagnóstico psicopatológico

(Menéndez, 1997, citado en Bang, 2021). Esta perspectiva restringe la comprensión de la salud mental, pues deja de lado factores sociales, culturales y comunitarios, invisibilizando así la experiencia subjetiva de quienes atraviesan problemas de salud mental (Bang, 2021). De este modo, se reduce la posibilidad de ofrecer intervenciones realmente eficaces y adaptadas a la complejidad de cada caso.

En contraste, el Trabajo Social se ocupa precisamente de esos aspectos sociales y subjetivos dentro de los equipos interdisciplinarios de salud mental. Dichos equipos suelen estar conformados por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y Trabajadores Sociales, donde cada profesión aporta su perspectiva y se espera un intercambio de saberes. No obstante, el predominio del modelo biomédico genera fragmentación disciplinar, lo que impide que la dinámica interdisciplinaria funcione de la manera que idealmente debería.

Esta situación responde, en gran medida, a que algunas profesiones cuentan con mayor legitimidad en virtud del respaldo que les ofrece el paradigma biomédico. Tal como expone Moncrieff (2010), los psiquiatras y psicólogos gozan de la autoridad otorgada por el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) y por la industria farmacéutica, lo que refuerza su influencia profesional en el campo (citado en West, 2021). De esta forma, prevalece una visión que concibe los trastornos principalmente como problemas de origen patológico, priorizando en consecuencia tratamientos farmacológicos.

En consecuencia, profesiones como el Trabajo Social, cuyo aporte radica en brindar una mirada social y comunitaria de los problemas de salud mental, tienden a quedar relegadas a un segundo plano dentro de la jerarquía de toma de decisiones (Morley et al., 2014, citado en Cui et al., 2021). Sin embargo, si se busca garantizar el bienestar de las personas que acuden a los servicios de salud mental, resulta imprescindible ofrecer una atención integral. Ello requiere

articular lo médico y lo social, de manera que se aborden todas las dimensiones implicadas en la problemática de salud mental. En este sentido, se hace necesario reconocer la relevancia del Trabajo Social, en tanto disciplina capaz de visibilizar los factores sociales e implementar intervenciones que contribuyan de manera decisiva a la recuperación en salud mental (Abendstern et al., 2016). Asimismo, se vuelve fundamental promover perspectivas críticas que cuestionen las formas tradicionales en que se concibe y trata la salud mental, abriendo paso a enfoques que trasciendan lo meramente patológico y reconozcan la complejidad de las experiencias en salud mental.

A partir de este contexto, surge la pregunta que orienta la presente investigación: ¿Cuáles son las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas que ha desarrollado el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental?

2. Justificación

Los datos expuestos anteriormente evidencian la urgencia de implementar estrategias efectivas que promuevan y garanticen una mejor salud mental en la población. El incremento sostenido de los trastornos mentales y su impacto en la calidad de vida ponen de manifiesto la necesidad de respuestas integrales que no se limiten al abordaje de los síntomas clínicos, sino que consideren también las condiciones del entorno que influyen en el bienestar. Ante este panorama el Trabajo Social emerge como una disciplina clave, debido a que, desde sus fundamentos como profesión disciplina asume un compromiso activo en la intervención de problemáticas que afecten el bienestar de las personas. Un claro ejemplo de ello es su rol en la salud mental, que actualmente constituye un desafío prioritario para la sociedad.

El Trabajo Social, según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS, 2014), es tanto una profesión basada en la práctica como una disciplina académica cuyo propósito es impulsar el cambio y el desarrollo social, fortalecer la cohesión comunitaria y promover el empoderamiento y la autonomía de las personas. Además, su ejercicio se fundamenta en principios de justicia social y derechos humanos, con el objetivo de garantizar el bienestar de las personas y el pleno ejercicio de sus derechos (Fernández, 2015), en este sentido, el Trabajo Social desempeña un rol clave en la defensa y promoción de los derechos.

En el ámbito de la salud mental, los Trabajadores Sociales intervienen en problemáticas emocionales, de comportamiento y salud mental, a través de diagnósticos sociales e intervenciones socio pedagógicas (Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social AIETS, 2023). A diferencia de los enfoques puramente clínicos o biomédicos, el Trabajo Social se distingue por considerar la historicidad del individuo, es decir, su trayectoria de vida y el contexto en el que se ha desarrollado. Esto implica reconocer que una persona no existe de manera aislada, sino que forma parte de múltiples sistemas de pertenencia, como la familia, la comunidad, la cultura, el entorno laboral, las instituciones y las relaciones interpersonales (Méndez et al., 2012).

Dado que las problemáticas de salud mental son multidimensionales, su abordaje requiere un enfoque interdisciplinario. La intervención no puede limitarse a esfuerzos aislados de disciplinas individuales, por cuanto esto fragmentaría el conocimiento y las estrategias de atención (Albornoz et al., 2022). Es necesario un trabajo interdisciplinario que permita construir una visión conceptual compartida, establecer un marco de referencia común entre disciplinas y definir con precisión los distintos niveles de análisis, así como su interacción (Stolkiner, 1999). Dentro de estos equipos el Trabajo Social aporta una perspectiva social, que es primordial para evaluar

aspectos tales como, la dinámica familiar, el entorno social y los factores externos que influyen en la salud mental de las personas (Garcés, 2010).

No obstante, el accionar del Trabajador Social en salud mental abarca muchos más aspectos que el análisis del entorno social. Por ello, esta investigación representa una oportunidad para conocer en profundidad el impacto del Trabajo Social en este campo, a través del análisis de las diversas perspectivas Teóricas, Metodológicas y Prácticas que han orientado su intervención.

En primer lugar, el estudio de las perspectivas Teóricas brinda un marco de referencia para comprender, describir e interpretar los fenómenos sociales, como el que aquí se aborda. Ponce de León (2012), señala que la perspectiva teórica actúa como un lente a través del cual se analizan y explican estos fenómenos, sustentándose en teorías provenientes de las Ciencias Sociales. En Trabajo Social, estas teorías guían la práctica profesional y la intervención; y también permiten seleccionar estrategias adecuadas para abordar los problemas sociales de manera efectiva.

En segundo lugar, la Metodología mantiene una relación estrecha y dinámica con la teoría, pues esta le proporciona el marco conceptual que orienta su aplicación. Como plantea Teater (2014), mientras la teoría explica e interpreta los fenómenos, la metodología determina los procedimientos y estrategias mediante los cuales es posible estudiarlos o intervenir en ellos.

En tercer lugar, las prácticas representan el escenario donde la teoría y la metodología dejan de ser conceptos abstractos para convertirse en acciones concretas. La teoría ofrece los fundamentos que orientan la intervención, la metodología define los caminos para llevarla a cabo, y la práctica permite poner a prueba y adaptar ambos elementos en contextos reales. En el ámbito de la salud mental, las prácticas del Trabajo Social se desarrollan en la interacción constante entre el individuo y su entorno, abarcando dimensiones personales, familiares, sociales y comunitarias (Bland et al., 2021). La visibilización de las perspectivas prácticas, por tanto, permite comprender

cómo la profesión, a través de su accionar, materializa sus principios y conocimientos teóricos, al tiempo que consolida su rol dentro del ámbito de la salud mental.

Esta investigación contribuye a visibilizar el rol del Trabajador Social en un campo que, históricamente, ha estado dominado por la psiquiatría y la psicología (Lellis & Fotia, s.f.). Analizar su aporte en la atención integral en salud mental refuerza la relevancia de su participación en equipos interdisciplinarios y destaca su capacidad para abordar factores que tienen relación en el bienestar mental de las personas. Por último, esta revisión sistemática constituye un aporte significativo tanto para el ámbito académico como profesional. No solo servirá como referencia para futuras investigaciones, sino que también contribuirá al fortalecimiento de la formación de Trabajadores Sociales especializados en salud mental.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Conocer las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, mediante una revisión sistemática de la literatura; con el fin de contribuir al fortalecimiento de abordajes desde la profesión disciplina.

3.2 Objetivos Específicos

- Revisar sistemáticamente la bibliografía relacionada con el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.
- Identificar las perspectivas teóricas que han orientado el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.
- Analizar las metodologías y prácticas empleadas en las intervenciones de Trabajo Social en salud mental.

4. Marco Referencial

4.1 Antecedentes Investigativos

Para la construcción de los antecedentes investigativos, se realizó una revisión de literatura gris^{***} con el propósito de identificar documentos pertinentes y alineados con el objeto de estudio: “Trabajo Social y Salud Mental: perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas en una revisión sistemática”. Se seleccionaron documentos que abordan la relación entre Trabajo Social y salud mental; fueron organizados en tres ejes temáticos: el primer eje aborda la intervención profesional en salud mental desde el Trabajo Social; el segundo reúne cuestionamientos teóricos sobre la intervención e investigación del Trabajo Social en salud mental; y el tercer eje examina las tendencias investigativas y la producción científica actual en este campo disciplinar.

Intervención profesional en salud mental desde el Trabajo Social. El primer documento, titulado *Trabajo Social, Salud Mental y Modelo de Atención Centrado en la Persona*, fue realizado por Revilla (2022) en España. Se trata de una tesis en la que se analiza la forma en que la profesión puede contribuir a la recuperación y mantenimiento de personas con afectaciones graves en su salud mental. Los hallazgos destacan al modelo centrado en la persona como una herramienta central en la *intervención*, ya que brinda orientación enfocada en aspectos clave de la persona que permiten intervenciones situadas. Además, se subraya que la labor del Trabajador Social trasciende el abordaje médico, priorizando el desarrollo de capacidades, metas y proyectos

^{***} La literatura gris es aquella producción académica, técnica o institucional que no se publica mediante canales comerciales convencionales, como editoriales o revistas indexadas, e incluye documentos como tesis, informes, actas de congresos y reportes institucionales (Mendoza, 2022).

personales, con el acompañamiento de redes familiares y profesionales que permitan una intervención integral (Revilla, 2022).

El segundo documento se titula *Trabajo Social en Salud Mental: Intervención con Familias Multiproblemáticas en la Comuna de Pedro Aguirre Cerda*, es una tesis realizada por Rosas (2011) en Chile. Su objetivo fue describir la intervención de Trabajadores Sociales en equipos de salud mental. La investigación, de carácter cualitativo y descriptivo, exploró la percepción de seis Trabajadores Sociales sobre las formas de intervención implementadas. En sus hallazgos, se destaca el rol del Trabajador Social en la elaboración de diagnósticos integrales que consideran factores psicosociales más allá de la patología médica. Asimismo, se identificó el uso combinado de modelos de intervención, como el modelo de atención en crisis y el modelo sistémico. El estudio enfatiza que la intervención en salud mental debe sustentarse en un abordaje integral, aprovechando la crisis como una oportunidad de cambio. También se resalta la necesidad de planificar las intervenciones, mantener una reflexión constante sobre la práctica profesional y promover la sistematización como vía para fortalecer el conocimiento en este campo (Rosas, 2011).

Cuestionamientos teóricos sobre la intervención e investigación del Trabajo Social en salud mental. El tercer documento, titulado *Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico* fue realizada por Méndez, Wraage y Costa (2012) en Argentina. Este artículo aporta un marco teórico y conceptual que cuestiona los enfoques tradicionales de la salud mental y destaca la necesidad de intervenciones críticas, inclusivas y contextualizadas. Los autores argumentan que la salud mental no debe abordarse exclusivamente desde un enfoque biomédico, sino comprenderse en su dimensión social, política y económica. En esta línea, plantean que el Trabajo Social no solo complementa otras disciplinas, sino que posee un saber

propio que le permite intervenir desde una perspectiva integral. El artículo subraya la importancia de repensar las intervenciones desde un enfoque de derechos humanos. Asimismo, enfatiza en la necesidad de promover estrategias que no reproduzcan desigualdades y que estén pensadas en favorecer a las personas (Méndez et al., 2012).

En *Aportes para pensar la investigación en Trabajo Social y Salud Mental*, Bru (2024) reflexiona sobre los desafíos y enfoques actuales de la investigación en este campo desde una perspectiva situada en Argentina. El análisis de contenido cualitativo identifica tres ejes principales: en primer lugar, destaca la consolidación del Trabajo Social en salud mental como un campo investigativo autónomo, subrayando la necesidad de sistematizar experiencias y cuestionar la práctica profesional. En un segundo momento, aborda los cambios promovidos por el enfoque de derechos humanos, como la desinstitucionalización y el reconocimiento de las personas con trastornos mentales como sujetos de derechos. Finalmente, resalta una producción investigativa que garantiza protagonismo a las voces de personas usuarias, familias y profesionales, y que recurre a metodologías cualitativas como la teoría fundamentada y la fenomenología para comprender experiencias, significados y representaciones sociales (Bru, 2024).

Tendencias investigativas y producción científica reciente en Trabajo Social y salud mental. El quinto y último documento revisado se titula *Revisión Sistemática de la Investigación Científica en Trabajo Social y Salud Mental*, elaborado por Chaves y Blanco (2025) en España. Realizan una revisión sistemática sobre la relación entre Trabajo Social y salud mental. Sus resultados recalcan que las intervenciones psicosociales grupales de carácter pedagógico muestran óptimos resultados en los participantes, ya que el proceso de educar en torno a temas de salud mental genera una mejor comprensión de los trastornos mentales y capacita a las personas para abordarlo de una mejor forma. Por otra parte, identifica que en el sector salud, los Trabajadores

Sociales presentan frecuentemente sobrecarga en sus labores, así como falta de recursos, lo cual genera repercusiones en la calidad de las intervenciones. El último hallazgo por destacar es el papel cada vez más relevante de las herramientas digitales en este campo, lo cual representa un llamado a los Trabajadores Sociales para que se actualicen y hagan un uso adecuado de esta tecnología (Chaves & Blanco, 2025).

Consideraciones. A partir del análisis de los antecedentes revisados, se infiere que los enfoques de intervención en salud mental desde el Trabajo Social tienden a configurarse desde una perspectiva psicosocial, que reconoce la complejidad de los sujetos y sus entornos. Esta orientación representa un distanciamiento respecto de los modelos centrados exclusivamente en el diagnóstico clínico, priorizando en su lugar la promoción de la autonomía personal y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Esta mirada se hace especialmente visible en los trabajos de Rosas (2011) y Revilla (2022), quienes conciben la intervención profesional como una práctica situada y centrada en las necesidades y capacidades de las personas. Por su parte, Méndez et al. (2012) y Bru (2024) coinciden en la necesidad de superar enfoques reduccionistas, planteando una comprensión crítica de los problemas de salud mental que considere los factores estructurales y las condiciones sociales que los atraviesan. Finalmente, es latente la preocupación compartida por promover la producción de conocimiento propia del Trabajo Social, que contribuya a fortalecer sus fundamentos teóricos y metodológicos. En esta línea, Bru (2024) y Chaves & Blanco (2024) destacan la sistematización de experiencias como una estrategia clave para nutrir tanto la intervención como la reflexión disciplinar.

4.2 Marco teórico: perspectivas integradoras para comprender el Trabajo Social en salud mental

La presente investigación tiene como objetivo conocer las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, a partir de una revisión sistemática de la literatura. Con el fin de profundizar en la comprensión del objeto de estudio, se establece un marco teórico que lo sustenta y orienta.

En primer lugar, es necesario hacer una conceptualización de la salud y de la salud mental como parte fundamental de esta, para luego abordar las dos categorías centrales de la investigación: el Trabajo Social y la salud mental. Posteriormente, se integran elementos teóricos con distintos niveles de análisis para enriquecer la comprensión de la salud mental. La teoría base es la Teoría General de Sistemas (TGS), desde la cual se comprende la salud mental como un fenómeno relacional y contextual, influido por múltiples niveles del entorno. Asimismo, se plantean dos perspectivas que se complementan y articulan entre sí, la perspectiva crítica de la salud mental y la perspectiva interseccional. Mientras la primera cuestiona las estructuras de poder y su influencia en la salud mental, la segunda permite visibilizar cómo dichas estructuras afectan diferencialmente a las personas según sus múltiples ejes de identidad. A su vez, se incorpora el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), el cual, si bien no se deriva directamente de la teoría o de las perspectivas mencionadas, resulta compatible y pertinente en tanto que orienta el quehacer del Trabajo Social desde principios que son fundamentales para el abordaje de la salud mental.

Finalmente, se incluyen modelos que han tenido amplia aplicación en el Trabajo Social en este campo y que guardan coherencia con el enfoque teórico construido. Estos modelos permiten traducir lo conceptual a la práctica profesional, mediante una comprensión del contexto, de las relaciones, y de las necesidades de las personas. Se incluyen: el modelo ecológico, que opera

dentro del marco de la TGS; el modelo psicosocial, que articula lo individual con lo social; el modelo de atención centrada en la persona, que promueve una relación horizontal y respetuosa con el sujeto; y el modelo de recuperación, que resalta la capacidad de las personas para reconstruir sus vidas más allá del diagnóstico.

4.2.1 Conceptualización de la salud y la salud mental

En primer lugar, resulta pertinente abordar el concepto de salud, dado que la salud mental, eje central de este documento, se encuentra comprendida dentro de él. El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia. Tradicionalmente, se concebía desde un enfoque negativo, entendiéndola como la “mera ausencia de enfermedad” (Juárez, 2011, p. 71). En este sentido, Catalán y Talavera (2012) definen la enfermedad como un proceso en el que se producen alteraciones en el cuerpo (lesiones), generando problemas en su funcionamiento (disfunciones). Estas alteraciones pueden tener causas identificables, internas y/o externas. Desde esta perspectiva, la salud se entendería únicamente como la ausencia de dichas alteraciones y disfunciones, lo cual no garantiza la salud (Nordenfelt, 2000, citado en Juárez, 2011).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 7). Dicha concepción supuso un avance respecto al concepto tradicional al incorporar los componentes social y mental. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, como su carácter ideal y estático, pues al referirse a la salud como un “bienestar completo”, la plantea más como una aspiración utópica que como una condición alcanzable (Catalán & Talavera, 2012). Además, lograr un bienestar absoluto requeriría la eliminación de todos los factores de riesgo, algo prácticamente imposible, ya que muchos de ellos escapan a nuestro control (Rodríguez & Meras, 2022). En esta misma línea, San Martín y Pastor (1998) enfatizan que la salud no es un estado

absoluto, sino un proceso dinámico en constante interacción con un entorno cambiante, al igual que el propio ser humano. Asimismo, plantean que la salud se compone de tres dimensiones: una subjetiva, relacionada con la percepción de bienestar; una objetiva, que hace referencia a la capacidad funcional de la persona; y una ecológica, vinculada a su adaptación biológica, mental y social (citado en Valenzuela, 2016).

En segunda instancia, se debe reconocer que, según Bertolote (2008), la salud mental tiene sus raíces en el desarrollo de la salud pública, la psiquiatría clínica y otras disciplinas. Sin embargo, no fue reconocida como un campo propio hasta la creación de instituciones que la representaran, como la OMS. Por tanto, en 1948, se llevó a cabo el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, y en ese mismo año, la OMS incorporó el término "salud mental" en su agenda, diferenciándolo de la higiene mental. No obstante, no fue hasta 1950 cuando el Comité de Expertos de la OMS presentó una definición oficial del término (Lopera, 2015). A partir de entonces, la salud mental comenzó a comprenderse como un concepto más integrador que no se limitara a prevenir problemas en salud mental, como ocurría con la higiene mental. La esencia de la definición se ha mantenido con ligeras modificaciones, el organismo principal de referencia en la salud, que es la OMS (2022) la define como un estado en el que la persona puede desarrollar plenamente sus capacidades, afrontar de manera efectiva las tensiones de la vida diaria, desempeñarse de forma productiva y contribuir positivamente a su comunidad.

Esta definición constituye un punto de partida para conceptualizar la salud mental, resaltando su papel en el bienestar humano y su relación con factores individuales y contextuales. Sin embargo, al ser formulada desde organismos de salud pública, su perspectiva tiende a ser funcionalista (Cuervo, 2019), ya que la percibe desde la capacidad que tiene el individuo para desempeñar adecuadamente sus roles en la sociedad, como trabajar, adaptarse a su entorno y contribuir a su

comunidad. Esto implica una primacía de la adaptación al sistema social, lo que podría dejar en segundo plano otras condiciones influyentes en la salud mental.

Su definición ha sido un proceso complejo y no existe un consenso claro sobre su significado debido a su naturaleza polisémica (Bertolote, 2008), lo que permite múltiples interpretaciones. En lugar de una definición universal, la salud mental parte de diversos enfoques que varían según el contexto histórico, las particularidades de la sociedad y la cultura. Además, al ser un concepto multidisciplinario, es abordado desde diferentes disciplinas como la psicología, psiquiatría, enfermería, Trabajo Social, economía y sociología (Macaya et al., 2018). Cada una de estas áreas propone su propia visión, con perspectivas y enfoques distintos, lo que genera una diversidad de concepciones sobre la salud mental. Un aspecto clave en su conceptualización es la tendencia a situar la enfermedad como punto central de la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012). Al igual que sucede con la salud en general, muchas definiciones la reducen al hecho de no tener enfermedad. No obstante, esta es una visión muy limitada lo que ha llevado al desarrollo de enfoques que superan la idea de la enfermedad como único criterio para definir la salud mental. Este concepto no puede girar en torno a la dicotomía entre estar sano o enfermo, ya que no es un estado fijo ni absoluto, sino un proceso dinámico, en constante cambio e interacción con diversos factores (Almirón, 2008).

En este orden de ideas, resulta propicia la perspectiva rizomática, un concepto filosófico abordado por Almirón (2008), donde se parte de la analogía con el rizoma, un tallo subterráneo que crece de forma impredecible y conecta con múltiples brotes sin seguir un orden jerárquico, lo cual implica que un elemento puede influir en otro sin una estructura fija. Aplicado a la salud mental, esto significa que no existe una definición única ni fija, sino que es una construcción teórica interdisciplinaria influenciada por diversas disciplinas. Cada una de ellas aporta su propia visión,

a veces difícil de integrar, lo que refuerza la idea de que, en esencia, es un concepto plural y en constante evolución. Siguiendo la metáfora del rizoma, donde diferentes plantas están conectadas bajo tierra sin una estructura jerárquica, la salud mental también es dinámica, cambiante e interconectada con múltiples factores. Además, no depende solo del sistema de salud, sino que requiere la participación de distintos sectores como la educación, el trabajo, la justicia y la vivienda, ya que todos influyen en el bienestar de la población (Macaya et al., 2018).

Como se ha mencionado, la salud mental ha sido tradicionalmente definida en relación con la enfermedad, siendo la perspectiva biomédica la que más se ajusta a esta concepción y una de las más predominantes, a pesar de su enfoque reduccionista. Esta visión se basa en dos principios: primero, la interpretación de los procesos mentales como fenómenos estrictamente biológicos, y segundo, la idea de que la ausencia de trastornos es indicador de un adecuado bienestar mental. Desde este enfoque, la comprensión del término se reduce a un marco clínico centrado en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Restrepo y Jaramillo, 2012).

En contraste con esta perspectiva, está la salud mental positiva, desarrollado por Jahoda (1958), quien entiende la salud mental no solo como la cura o prevención de enfermedades mentales, sino como un estado de bienestar activo. Jahoda (1958) plantea que la salud mental es una característica individual, ligada al estado mental de cada persona. Señala que, si bien el entorno y la cultura pueden influir en ella, no se puede hablar de sociedades o comunidades "enfermas", ya que la salud mental es propia de cada individuo.

En su estudio, Jahoda (1958) identificó seis criterios que conforman la salud mental positiva: (1) Actitud positiva hacia uno mismo, que implica autoaceptación y una imagen realista de sí mismo; (2) Crecimiento, desarrollo y autorrealización, es decir, conocerse, tener motivación y desarrollar el propio potencial; (3) Integración, que se refiere a la estabilidad emocional, una visión clara de

la vida y fortaleza ante el estrés; (4) Autonomía, entendida como independencia y autodeterminación en la toma de decisiones; (5) Percepción objetiva de la realidad, que permite interpretar el mundo con precisión y sin distorsiones significativas; y (6) Dominio del entorno; que abarca tanto la capacidad de alcanzar logros importantes como la adaptación efectiva al contexto, priorizando en este último caso el proceso de ajuste más que los resultados obtenidos (Ospino, s.f.; Muñoz et al., 2016).

Al hablar de salud mental, también surgen conceptos estrechamente relacionados como el bienestar general y el bienestar psicológico, los cuales son indispensables para comprenderla mejor. El bienestar general implica la capacidad de afrontar los desafíos cotidianos y mantener una conexión significativa con otras personas, la comunidad y el entorno (Valderrama et al., 2023). Por su parte, el bienestar psicológico refleja el cómo una persona se percibe y valora a sí misma de forma positiva, tanto en sus emociones como en sus pensamientos. Es una experiencia subjetiva, basada en la vivencia personal de cada individuo, y está estrechamente ligada al equilibrio entre su estado físico, mental y social (García-Viniegras & González, 2000).

Teniendo en cuenta la relación entre los tres términos previamente mencionados, conviene identificar indicadores que permiten reflejar su estado en una persona, tales como, la capacidad de establecer relaciones interpersonales basadas en la confianza, la calidez, la empatía y la cercanía emocional (Paéz, 2008). Asimismo, la capacidad de trabajar de manera competente y colaborativa es un reflejo de estabilidad emocional. Otro aspecto clave, es la adaptación a nuevas situaciones, lo que implica asumir la madurez con responsabilidad y equilibrio emocional (Ospino, 2012). De manera que, tal como indican Oramas et al. (2006) la satisfacción personal y la felicidad también indican que existe un adecuado funcionamiento en la mente. Tales indicadores muestran, una vez

más, que la salud mental se nutre de múltiples esferas de la vida humana, abarcando la capacidad de establecer relaciones, sentirse bien consigo mismo y adaptarse a los desafíos cotidianos.

En síntesis, tanto la salud como la salud mental han transitado desde concepciones reduccionistas centradas en la enfermedad hacia enfoques más amplios que reconocen su complejidad y carácter dinámico. La salud mental, lejos de ser un estado fijo, constituye un proceso en constante construcción, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Su definición polisémica y multidisciplinaria refleja la imposibilidad de reducirla a una única perspectiva, lo que exige considerar diversas aproximaciones teóricas y prácticas.

4.2.2 Comprender el Trabajo Social: entre el saber y el hacer

El origen del Trabajo Social está vinculado a prácticas filantrópicas, caritativas y religiosas. Sin embargo, su desarrollo y consolidación como profesión se relaciona con acontecimientos históricos y transformaciones sociales concretas, particularmente con la Revolución Industrial ocurrida a finales del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX. Este periodo se caracterizó por profundas transformaciones económicas, tecnológicas y sociales, dado que se modificó radicalmente la forma de producción mediante la incorporación de maquinaria que incrementó la productividad y redujo los tiempos de elaboración. A su vez, se crearon numerosas fábricas que concentraban tanto trabajadores como equipos industriales, lo cual generó una alta demanda de mano de obra. Esto provocó una migración masiva del campo a las ciudades en busca de empleo, dando lugar a un acelerado proceso de urbanización.

Ciertamente, la Revolución Industrial marcó un cambio radical en la economía, así como en la estructura y organización del trabajo y la industria (Calderín & Paz, 2018). La sociedad, al enfrentarse a estos cambios tan abruptos, experimentó una profunda transformación en su dinámica social, en tanto se instauró el sistema capitalista como modelo económico predominante. Este

sistema se caracteriza por la propiedad privada de los medios de producción, donde los capitalistas poseen dichos medios y los trabajadores, aunque legalmente libres, no los controlan y deben vender su fuerza de trabajo a cambio de un salario. El capitalismo se basa en la búsqueda de ganancias y en la explotación del trabajo asalariado (Calderín & Paz, 2018).

Como consecuencia, se acentuaron las desigualdades sociales, ya que la riqueza se concentró en una minoría, favoreciendo a quienes ya poseían capital y generando barreras para quienes no lo tenían. Además, las condiciones laborales eran precarias, con jornadas extensas, salarios bajos y entornos que ponían en riesgo la salud y vida de los trabajadores.

Frente al surgimiento de estas problemáticas sociales, se hizo necesario intervenir de manera más estructurada. En este sentido, a finales del siglo XIX, en Inglaterra, emerge el Trabajo Social como profesión, convocando a los primeros profesionales para mitigar los efectos negativos del capitalismo (Solyszko et al., 2018; Barahona, 2016). El Estado comenzó a asumir un rol activo al mediar entre los intereses del empresariado y las demandas de la clase trabajadora, enfocándose especialmente en las condiciones de vida derivadas por la explotación. Así, se reconoció que aquellos conflictos sociales requerían de respuestas organizadas para abordarlos de forma adecuada.

Este nuevo escenario generó la necesidad de contar con profesionales capaces de intervenir en las problemáticas sociales, lo que configuró un escenario laboral propicio para la incorporación del Trabajador Social (Capello, 2010). De esta manera, el Trabajo Social surge como una profesión, constituyéndose en uno de los mecanismos del Estado para enfrentar las consecuencias sociales del capitalismo (Battaglia et al., 2009). Aunque el Trabajo Social surgió en el contexto del sistema capitalista y, en sus inicios, operó como una herramienta funcional a ese orden social, con el tiempo la profesión buscó redefinirse y asumir una postura crítica frente a las estructuras de

poder. Desde esta perspectiva, puede afirmarse que el Trabajo Social no solo interviene en las consecuencias de los problemas sociales, sino que también contribuye a su transformación, al cuestionar las causas estructurales que los originan y al adoptar un posicionamiento ético-político comprometido con el cambio social (Molina, 2010).

En sus inicios como profesión, su labor estaba orientada especialmente a la intervención, enfocándose en la aplicación práctica de soluciones. Esto llevó a la percepción de que el Trabajo Social intervenía directamente sin profundizar en los fundamentos teóricos que sustentaban dichas acciones. La producción de conocimiento quedaba a manos de otras disciplinas (Molina, 2010). Es así como el Trabajo Social comenzó a avanzar hacia la construcción de una base teórica que orientara, fundamentara y legitimara su quehacer en el campo social.

En este proceso de teorización jugaron un papel importante algunas pioneras del Trabajo Social, como Mary Richmond, quien aportó elementos metodológicos, conceptuales y técnicos fundamentales para la consolidación del Trabajo Social como profesión y disciplina. Su contribución fue decisiva porque no solo ejerció la práctica profesional, sino que también teorizó dicha práctica, elaborando un cuerpo de conocimiento propio (Ponce de León, s.f.), es decir, fue capaz de reflexionar sistemáticamente sobre lo que hacía, desarrollando una base conceptual que diera sentido, estructura y orientación a la intervención social.

La profesión continuó construyendo un conocimiento cada vez más sistemático y científico, para lo cual también fue importante la integración de aportes de diversas disciplinas que enriquecieron su enfoque, tales como:

La psicología, la sociología, la pedagogía y la antropología que se enfocan principalmente al estudio del comportamiento humano, su adaptación al entorno y la configuración de las diversas culturas. Asimismo, otras ciencias como el derecho, la economía, la ciencia

política, la medicina o la historia ofrecen parcelas más específicas que complementan todo el territorio de referencia plural que permite al Trabajo Social disponer de un completo marco metodológico (Fernández y Rondón, 2009 citado en Fernández, 2014, p. 222).

La teorización ha jugado un papel decisivo para consolidar al Trabajo Social como profesión y disciplina. En este punto, resulta prioritario enfatizar que el Trabajo Social se configura tanto como una disciplina como una profesión. Esta distinción es esencial para comprender plenamente su identidad. Una profesión cuenta con un cuerpo de conocimientos especializado, orientado al desarrollo de habilidades aplicadas en la práctica profesional. Además, se caracteriza por tener una intencionalidad social positiva, es decir, busca el bienestar colectivo y pone sus saberes al servicio de la comunidad. Este saber-hacer profesional se adquiere mediante una formación académica universitaria, impartida por instituciones acreditadas por el Estado (Farías, 2004).

En este sentido, el Trabajo Social se configura como una profesión en tanto que posee un campo de acción definido, en el cual interviene mediante una práctica especializada sustentada en una formación académica certificada. Asimismo, cuenta con instituciones que regulan y orientan su ejercicio profesional, y goza de un reconocimiento tanto institucional como social, lo que reafirma su legitimidad.

Por otra parte, una disciplina hace referencia a un campo en el que se produce reflexión teórica y construcción de conocimientos en torno a un objeto de estudio específico (Farías, 2012). Históricamente, el Trabajo Social ha enfrentado dificultades para ser reconocido como disciplina, dado su enfoque eminentemente práctico en sus orígenes. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, ha avanzado hacia la construcción de un conocimiento propio. A pesar de esto, aún existen posturas que reducen al Trabajo Social a su dimensión práctica, sosteniendo que es una

profesión que "se orienta a transformar la realidad social, no a comprenderla y explicarla teóricamente" (Farías, 2012).

No obstante, el Trabajo Social es una profesión-disciplina con una particularidad esencial: no solo busca comprender la realidad social, sino que tiene como objetivo central intervenir para transformarla de manera planificada. Por ello, puede definirse como una disciplina aplicada (Rivas, 2010), en la medida en que sus intervenciones abarcan las tres fases propias de la actividad científica: una fase básica, donde se realiza un diagnóstico exploratorio, descriptivo y analítico de fenómenos socioculturales a nivel individual, familiar, grupal y comunitario; una fase experimental, centrada en el planteamiento de soluciones a los problemas identificados; y una fase aplicada, que consiste en la ejecución de dichas soluciones (Torrez, 2023).

Desde esta perspectiva, no es correcto afirmar que el Trabajo Social es únicamente práctica o solo producción de conocimiento. Ambas dimensiones operan de manera integrada: la teoría sustenta la acción, y la práctica nutre y reconfigura la teoría. Como señala Farías (2004), el conocimiento en Trabajo Social es una herramienta para la acción, y a su vez, la acción se convierte en la fuente desde la cual se generan nuevos saberes. Separar teoría y práctica de forma tajante no solo es un error, sino que limita el entendimiento de la profesión. En Trabajo Social, teoría y práctica se entrelazan en una relación dialéctica, en la que una no puede existir ni desarrollarse plenamente sin la otra.

La intervención es una fortaleza tradicional del Trabajo Social, la cual implica un saber-hacer que trascienda la aplicación de herramientas técnicas. Esta se nutre de valores éticos y políticos y de la comprensión de las subjetividades de las personas. Para lograrlo, requiere de la unión entre práctica, teoría, y, además, investigación (Cifuentes, 2013).

La investigación ha estado presente en el Trabajo Social desde sus inicios como disciplina, como lo demostró Mary Richmond, quien plasmó sus 10 años de investigación en su libro "Social Diagnosis" (Esteban & Del Olmo, 2016). Desde entonces, ella sostenía que sin investigación social no es posible realizar Trabajo Social (Acero, 1998). Tal como plantea Kisnerman (1985), la investigación es un proceso metódico que permite conocer, comprender, explicar y evaluar una determinada realidad, con el objetivo de prever su posible evolución futura, tanto si se interviene sobre ella como si se mantiene igual (citado en Acero, 1998). Esta perspectiva permite comprender que la investigación es una herramienta imprescindible para el Trabajo Social, ya que, sin un conocimiento profundo y bien fundamentado de la realidad social, no sería posible intervenir de forma eficaz ni responsable. Es decir, si se busca generar un proceso de transformación de la realidad, primero es necesario comprenderla, y esta comprensión se logra mediante la investigación.

Además de las investigaciones prácticas, como aquellas que se realizan para comprender mejor un problema de intervención, elaborar diagnósticos o hacer evaluaciones, la investigación en Trabajo Social también debe orientarse a la producción de conocimiento propio, que contribuya al desarrollo del campo disciplinar y a una comprensión más profunda de lo social (Cifuentes, 2013).

En esta línea, Bueno (2017) advierte que la falta de investigación conduce al estancamiento académico, a una reducida producción bibliográfica y a la pérdida de reconocimiento profesional, lo cual limita el posicionamiento académico de la disciplina y deja a sus profesionales en roles subalternos. Así, la investigación no solo sustenta la práctica, sino que fortalece la identidad del Trabajo Social en el ámbito académico y social.

En síntesis, comprender el Trabajo Social implica reconocer su naturaleza que ha estado históricamente forjada entre el saber y el hacer. A lo largo de su trayectoria, la profesión ha transitado desde un enfoque asistencial hacia una perspectiva crítica y transformadora, articulando teoría, práctica e investigación como pilares centrales de su identidad.

4.2.3 Integración del Trabajo Social en la salud mental

La salud mental fue uno de los primeros campos de intervención del Trabajo Social, especialmente en el área de la psiquiatría. Para comprender con mayor profundidad el origen del Trabajo Social Psiquiátrico, es necesario situarse en Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, donde se comenzó a incorporar Trabajadores Sociales en hospitales psiquiátricos como respuesta al incremento de casos de trastornos mentales y a la expansión de los manicomios (Garcés, 2010). En este contexto, como plantea Miranda (2015), una figura influyente fue el psiquiatra estadounidense Adolf Meyer, quien adoptó un enfoque que concebía la enfermedad mental como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales; enfatizando el valor del entorno social en el abordaje de la salud mental. Junto a su esposa, Mary Potter Brooks, una de las primeras Trabajadoras Sociales clínicas, promovió la integración del Trabajo Social en los equipos de salud mental, la sistematización de visitas domiciliarias, así como la recolección de datos sobre condiciones de vida y la elaboración de informes sociales; lo cual fue un hito en la intervención psicosocial (Virumbrales, 2014; Ferriz, 2013).

Otro hecho determinante en el desarrollo del Trabajo Social en el campo de la salud mental fue el proceso de desmanicomialización. Implicó una transformación profunda del modelo de atención que regía, donde el poder médico y las prácticas psiquiátricas atentaban contra el bienestar de las personas diagnosticadas con trastornos mentales (Ferriz, 2013), vulnerando sus derechos en el proceso. La desmanicomialización buscó superar este enfoque tradicional centrado en el

encierro psiquiátrico, promoviendo tratamientos que no implicaran la negación de derechos y que se basaran en prácticas más humanizadas.

Este cambio supuso, además, una transformación en la forma de concebir a las personas con trastornos mentales, reconociéndolas como sujetos de derechos y garantizándoles una atención integral, tanto psicológica como social (Garcés, 2010). En este contexto, el Trabajo Social fue adquiriendo mayor relevancia en el abordaje de la salud mental, especialmente por dos características centrales del proceso: por un lado, la valorización del enfoque social como recurso esencial; y por otro, la promoción de equipos interdisciplinarios dentro de los servicios de salud.

Tal como plantea Sampayo (2005), “la desmanicomialización estuvo basada en la participación del interno en la sociedad y del involucramiento de esta última en la realidad del paciente, integración social y comunitaria, atención ambulatoria y no discriminación por el diagnóstico de enfermo mental” (p. 53). Es decir, no solo se transformaron las instituciones psiquiátricas, sino que también se adoptó una nueva concepción de la salud mental, basada en la inclusión social y el respeto por los derechos humanos. La persona con trastornos mentales dejó de ser vista como un “enfermo” aislado para ser reconocida como un sujeto activo, con voz propia, vínculos comunitarios y participación social, mientras que la sociedad asumió un rol corresponsable en su integración y atención.

En este proceso, el Trabajo Social fue una pieza clave en la promoción de la inclusión social y en la articulación entre los servicios de salud y el entorno comunitario, reforzando así su importancia dentro de los equipos interdisciplinarios.

Ahora bien, tras revisar los orígenes históricos del Trabajo Social en salud mental y su papel durante procesos como la desmanicomialización, es necesario comprender cómo se configura esta labor en la actualidad. El Trabajo Social en este campo, continúa desempeñando su

labor dentro de equipos interdisciplinarios, conformados por profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, Trabajadores Sociales, entre otros, según las características de cada caso. En este sentido, un equipo interdisciplinario puede definirse como

Un conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema (Garcés, 2010, p.339)

La persona (usuaria) es abordada por este equipo, donde cada profesión aporta desde su conocimiento para tratar el problema en salud mental de forma complementaria. En este proceso, el Trabajador Social comparte la responsabilidad del diagnóstico y de la intervención, incorporando una mirada centrada en los aspectos sociales que influyen en el bienestar de la persona (Becerra & Kennel, 2008). Como menciona Díaz (2002), el Trabajador Social aporta la dimensión ambiental, relacional, cultural y económica, que se suma a lo biológico y psicológico para lograr una valoración global de la situación y un plan de tratamiento más ajustado a la realidad del usuario (citado en Bohórquez & Ariza, 2015).

Este enfoque integral se ve reforzado por el hecho de que el Trabajador Social no se limita al trabajo con la persona diagnosticada, sino que también interviene en su entorno familiar y comunitario. Abordar únicamente al individuo, sin considerar los factores contextuales que pueden obstaculizar su recuperación, limita la posibilidad de lograr un cambio sostenible. Tal como plantea Goffman (2004), la relación entre salud mental y entorno es bidireccional: las condiciones sociales afectan el proceso de recuperación, al mismo tiempo que la enfermedad mental impacta directamente en la vida cotidiana, especialmente en ámbitos como el familiar y laboral (citado en Silva et al., 2015). Por ello, el Trabajo Social también actúa sobre aquellos aspectos del entorno

que están a su alcance modificar, con el fin de favorecer una transformación sostenible en la vida del usuario.

Para una mayor claridad, las funciones del Trabajador Social en salud mental pueden organizarse en tres grandes grupos: atención directa; prevención, promoción e inserción social; y coordinación. A continuación, se sintetizan en la Tabla 1:

Tabla 1

Funciones del trabajador social en salud mental

Funciones	Descripción	Objetivos principales
Atención directa	Intervención con individuos, familias o grupos que enfrentan o podrían enfrentar problemáticas sociales vinculadas a su salud mental.	Activar y fortalecer los recursos personales y familiares para afrontar la situación. Incluye psicoeducación a las familias (información sobre trastornos mentales y manejo de crisis) y fortalecimiento de vínculos.
Prevención, promoción e inserción social	Acciones orientadas, por un lado, a sensibilizar sobre la salud mental y, por otro, a facilitar la integración del paciente en su entorno familiar, comunitario y social.	Favorecer la inclusión social mediante el uso de recursos disponibles (servicios generales y especializados) y promover redes de apoyo como grupos de autoayuda y asociaciones.
Coordinación	Participación dentro del equipo interdisciplinario para integrar el componente social en el tratamiento y seguimiento del paciente.	Asegurar una atención integral, gestionar recursos comunitarios y sociales, e informar a usuarios, familias y profesionales sobre los servicios disponibles para la intervención.

Nota. Tomado de Garcés (2010) y Silva et al. (2015).

La revisión del papel del Trabajo Social en salud mental permite comprender que su intervención va más allá de la atención de necesidades inmediatas, al incorporar una mirada que

identifica y visibiliza las condiciones sociales más amplias que atraviesan la vida de las personas y afectan su salud mental. Su participación en equipos interdisciplinarios, presente desde los orígenes de la profesión en este campo, lejos de diluir su especificidad, reafirma su valor al introducir la dimensión social en espacios tradicionalmente dominados por enfoques clínicos. Esto no solo amplía la comprensión y el abordaje de los problemas en salud mental, sino que también favorece una práctica más sensible, contextualizada y acorde con la complejidad de las realidades sociales actuales.

4.2.4 Aproximaciones teóricas para la comprensión de la salud mental

4.3.4.1 Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas (TGS), propuesta por Bertalanffy, constituye un marco interdisciplinario útil para analizar fenómenos complejos como la salud mental desde una perspectiva contextual y relacional, razón por la cual ha sido ampliamente aplicada en Trabajo Social (Arnold & Osorio, 2008). Esta teoría propone una visión orgánica en la que los sistemas están conformados por elementos interrelacionados que solo pueden comprenderse en función de sus interacciones internas y con el entorno (Bertalanffy, 1969).

Según Jiménez & Silva (1988), existen tres tipos de sistemas: conceptuales, que son ideas o modelos teóricos; reales, que son aquellos que existen físicamente y pueden ser observados, ya sean seres vivos o elementos inanimados; y abstractos, que no tienen una existencia física, pero pueden inferirse a partir del estudio de sistemas reales, como las relaciones humanas. Además, concibe que dentro de un sistema existen subsistemas, que son sus partes o elementos internos, y a su vez, el sistema forma parte de un suprasistema, que engloba otros sistemas con los que interactúa. Siguiendo a Jiménez & Silva (1988), los sistemas están en constante intercambio con

su entorno, lo que significa que las personas modifican su medio físico y social, pero, a su vez, son transformadas por él continuamente.

Aplicada a la salud mental, esta teoría permite entender las situaciones de salud mental no como hechos aislados, sino como resultado de múltiples interacciones entre una persona y su contexto. Por tanto, una persona con una problemática de salud mental no es solo un individuo con síntomas, sino que forma parte de otros sistemas con los cuales interactúa constantemente e impactan en su bienestar.

Por ello, Trabajo Social en sus diagnósticos sociales, incorporando la TGS, se encargaría de reconocer que las relaciones no son lineales, sino circulares y que un problema puede tener diversas causas que surgen en la interacción de múltiples factores, lo que conlleva a considerar elementos que están en el entorno de la persona y que influyen en su situación.

Por otra parte, Niklas Luhmann desarrolla una teoría de sistemas con una perspectiva más sociológica y con algunas divergencias de la de Bertalanffy, pero útil para comprender fenómenos complejos como la salud mental (Hernández, 2021). Luhmann sostiene que existen diferentes tipos de sistemas, cada uno con condiciones específicas que permiten su surgimiento y funcionamiento. En medio de la complejidad del mundo social, cada sistema se ocupa de una parte de esa realidad, o como él lo expresa, de una "complejidad que han de reducir" (Arriaga, 2003). Un punto esencial en su teoría es la distinción entre sistema y entorno. Los sistemas sociales están compuestos por subsistemas autónomos, capaces de reproducirse a sí mismos y operar con códigos propios, lo que les permite diferenciarse entre sí. El entorno, por su parte, comprende todo aquello que no forma parte del sistema (Basabe, 2005). En otras palabras, un sistema se define por las operaciones que lo diferencian de su entorno (Luhmann, 1984).

Luhmann sostiene que los sistemas sociales están formados por subsistemas autónomos que operan mediante códigos propios y se diferencian del entorno por las operaciones que realizan (Luhmann, 1984; Basabe, 2005). Cada subsistema, como el jurídico, político o económico, por mencionar algunos, enfrenta la complejidad del mundo reduciéndola a través de un código binario que selecciona lo relevante para su funcionamiento (Arriaga, 2003; Basabe, 2005). Destaca que, aunque los subsistemas pueden verse afectados por su entorno, no interactúan directamente entre sí, sino que interpretan las perturbaciones externas según su propia lógica interna (Urteaga, 2009).

Aunque la teoría de Luhmann no fue concebida específicamente para abordar problemáticas como la salud mental, sí permite ampliar la mirada sobre cómo esta se construye socialmente desde los distintos subsistemas. Desde esta perspectiva, puede inferirse que la salud mental no posee una concepción única, sino que adquiere sentidos diversos según el sistema desde el cual se la observe. Por ejemplo, el sistema médico la interpreta a partir de categorías diagnósticas, mientras que el sistema jurídico lo hace mediante marcos normativos. Así, la teoría de Luhmann permite entender cómo distintos subsistemas pueden concebir la salud mental de forma diferente según sus propios códigos operativos.

4.2.4.2 Visión crítica de la salud mental

Esta visión, explicada por Matthews (2019), sostiene que los problemas psíquicos y emocionales no pueden entenderse únicamente como asuntos individuales, pues están profundamente determinados por la organización social, política y económica de la sociedad capitalista, que constituye el sistema dominante en la actualidad. Este sistema es un factor clave en la producción del sufrimiento psíquico, al imponer un modo de vida que exige de forma constante éxito, rendimiento, consumo, competencia y productividad. Como plantea Han (2024), el culto al rendimiento lleva a que las personas se fuercen al límite para cumplir con estas

exigencias, generando afectaciones profundas en su salud mental. En este sentido, la estructura social capitalista resulta especialmente desfavorable para el bienestar mental (Matthews, 2019), ya que organiza la vida en torno a lógicas que desgastan y agotan a los sujetos.

Sobre este punto, es importante considerar que, aunque todos habitamos el mismo sistema, no todas las personas se ven afectadas de la misma manera. Puesto que, primero, existen situaciones de mayor exclusión y vulnerabilidad que agravan el impacto del malestar. Y segundo, ciertos grupos marginados, por razones de género, raza u otras condiciones, enfrentan etiquetas y barreras que dificultan aún más su existencia dentro de la sociedad (Frazer-Carroll, 2023).

Entendiendo que el malestar no es un problema aislado, sino una experiencia compartida, Exposto (2024) utiliza el término malestar para referirse al sufrimiento colectivo generado por el capitalismo. Se trata de una vivencia persistente que atraviesa a muchas personas en contextos de desigualdad, precariedad y presión constante. Asimismo, introduce el término síntomas (como la depresión, la ansiedad o el insomnio) para nombrar las formas concretas en que ese malestar se manifiesta en los cuerpos y en las vidas particulares. En líneas generales, esta perspectiva propone comprender que dichos síntomas no se originan exclusivamente en lo individual, sino que están estrechamente ligados a las condiciones estructurales del mundo que se habita.

Un eje valioso de la teoría crítica de la salud mental es la politización del malestar: reconocer que este no es un fenómeno puramente personal, sino una expresión de cómo está organizada la sociedad. Por ello, no basta con enfocarse únicamente en los síntomas individuales; es necesario visibilizar que se trata de un problema colectivo que afecta a amplios sectores y que requiere transformar las estructuras sociales que lo generan (Exposto, 2024).

En conclusión, la teoría crítica de la salud mental resulta esencial porque desplaza el enfoque tradicional centrado en el individuo hacia una comprensión estructural del sufrimiento

psíquico. Esta perspectiva permite visibilizar cómo las afecciones mentales no surgen en el vacío, sino en el marco de un sistema social profundamente opresivo que condiciona las formas de vida y agudiza el malestar.

4.2.4.3 Visión interseccional de la salud mental

La perspectiva interseccional en salud mental se distancia tanto del enfoque tradicional centrado en la enfermedad como de aquellos modelos en los que el profesional asume un rol autoritario, relegando a la persona a la pasividad. En cambio, propone ubicar a la persona en el foco de atención, reconociendo que su experiencia de malestar no puede reducirse a un diagnóstico, sino que emerge de múltiples ejes de opresión (género, clase, etnia, orientación sexual, discapacidad, estigma, valores culturales y barreras al acceso) que se entrelazan de manera simultánea y configuran trayectorias únicas de vulnerabilidad (Monserrat & Alcázar, 2024). Para operacionalizar esta visión compleja y situada, se alían dos modelos: la Atención Centrada en la Persona (ACP) y el modelo de recuperación, que permiten intervenciones coherentes con los principios interseccionales y los cuales serán explicados posteriormente (Rubio et al., 2024).

4.2.4.4 Enfoque Basado en Derechos Humanos

Este enfoque está muy ligado a la profesión de Trabajo Social, por cuanto su centro es la protección de los derechos fundamentales de todas las personas, lo que se alinea con los objetivos del Trabajo Social.

Fundamentos de los derechos humanos. En primer lugar, es necesario clarificar el concepto de derechos humanos, entendido como garantía universal que protege la dignidad, la libertad y el bienestar de todas las personas, y que promueven la justicia dentro de las sociedades. Donnelly (2005) define los derechos humanos como aquellos que las personas poseen por el simple hecho de ser humanas, caracterizándose por tres principios: igualdad, inalienabilidad y

universalidad. Esto implica que todas las personas gozan de los mismos derechos sin distinción; que estos derechos no pueden ser eliminados ni revocados, sin importar las circunstancias; y que son aplicables en todo lugar y momento, sin excepción.

A lo largo de la historia, los derechos humanos han evolucionado en distintos momentos, ampliando su alcance y reconocimiento en las sociedades y los Estados. Esta evolución suele organizarse en tres generaciones de derechos que en la actualidad siguen vigentes. En un primer momento, surgieron los **derechos de primera generación**, también llamados civiles y políticos, cuyo origen se remonta en la Edad Moderna (Zajac et al., 2010). Estos derechos buscan garantizar la libertad individual frente al poder del Estado, así como la participación política. Incluye derechos como el derecho a la vida, la libertad de expresión, de religión, el derecho al voto, a ser elegido y a organizarse políticamente (Bonet de Viola, 2016).

Posteriormente, surgieron los **derechos de segunda generación**, que abarcan los derechos económicos, sociales y culturales, cuyo propósito es garantizar el acceso a condiciones de vida dignas. Estos derechos emergen a comienzos del siglo XX, en un contexto marcado por profundas transformaciones económicas y sociales, que generaron diversas problemáticas, como la explotación de mujeres y niños, la ausencia de regulación en las jornadas laborales y las bajas remuneraciones. Ante esta realidad, se hizo necesaria la intervención del Estado para regular dichas condiciones, creando un entorno que permitiera el ejercicio efectivo de las libertades y protegiera los derechos de los trabajadores, especialmente en la relación empleador-empleado (Zajac et al., 2010). En términos generales, esta segunda generación garantiza derechos como el acceso a la educación, al trabajo, a la salud y a la protección social, entre otros, con el objetivo de asegurar condiciones de vida dignas y equitativas para todas las personas (Bustamante, 2001)

Los derechos humanos de tercera generación, también conocidos como derechos de la solidaridad, surgieron en la segunda mitad del siglo XX como respuesta a nuevas problemáticas globales y a las demandas colectivas de grupos históricamente excluidos, como minorías étnicas, religiosas, personas migrantes y países del llamado Tercer Mundo. A diferencia de los derechos individuales de las generaciones anteriores, estos se caracterizan por su dimensión colectiva y su alcance universal, así como por requerir la cooperación internacional para su garantía efectiva (Bustamante, 2001). Entre estos derechos se encuentran el derecho a la paz, al desarrollo, a la libre determinación de los pueblos y a un medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado (Contreras, 2003). En conjunto, buscan promover una ciudadanía más equitativa, solidaria y respetuosa de los bienes comunes de la humanidad.

Definición del Enfoque Basado en Derechos Humanos. El EBDH no se limita a un marco normativo, puesto que, articula dimensiones teóricas, éticas, metodológicas y prácticas que promueven el desarrollo humano y el bienestar social. En su dimensión normativa, se sustenta en los estándares internacionales de derechos humanos y en las legislaciones nacionales que los refuerzan. Operativamente, se enfoca en el reconocimiento, la promoción, la protección y la defensa efectiva de estos derechos (Evangelista & Zepeda, 2024).

Según su óptica, las personas dejan de ser meras receptoras de ayuda para convertirse en agentes activos que ejercen sus derechos (Fernández et al., 2010). En otras palabras, las personas son reconocidas como agentes con legitimidad jurídica para demandar que sus derechos sean protegidos y garantizados.

A su vez, este enfoque enfatiza en la necesidad de fortalecer las capacidades de todas las personas como sujetos de derechos, haciendo especial énfasis en aquellas más vulnerables, con el objetivo de lograr la efectividad de esos derechos. Asimismo, exige a los gobiernos rendir cuentas

por sus acciones, especialmente cuando estas implican prácticas injustas, distribución desigual de recursos o abusos de poder que afectan negativamente el ejercicio de los derechos fundamentales (Manrique & Huertas, 2021).

En el ámbito del Trabajo Social, el EBDH se alinea con valores como la justicia social, la equidad y el respeto a la dignidad humana, principios centrales de la profesión (Banks, 1995, citado en Fernández, 2015). Como plantea Cubillo (2017), los derechos humanos deben ser una prioridad en el ejercicio profesional, pues el Trabajador Social tiene la función de enfrentar las injusticias y desigualdades sociales, promoviendo la equidad y el bienestar colectivo. Ife (2012), por su parte, refuerza esta idea al afirmar que el Trabajo Social debe fundamentarse en la defensa de los derechos humanos y la justicia social; entendiendo que esta profesión es un foco central en la práctica de los derechos humanos, y el marco de derechos humanos es central para el Trabajo Social.

En cuanto a la aplicación del EBDH en el ámbito profesional, Androff (2016, citado en Cubillo, 2017) distingue dos niveles fundamentales de operacionalización. El primero se da en el ámbito de las políticas públicas, las cuales impactan directamente en los derechos de las personas y comunidades. En este nivel, los Trabajadores Sociales deben participar activamente en su formulación y toma de decisiones, asegurando que estén orientadas a la garantía de derechos. El segundo nivel corresponde a la práctica profesional directa, en la que se reconoce a las personas como titulares de derechos, y se promueven, protegen y defienden estos derechos en las intervenciones individuales o grupales.

En este sentido, la aplicación del EBDH en el Trabajo Social exige una articulación coherente entre los niveles macro y micro, comprendiendo que su incidencia se da tanto en el diseño de políticas públicas con enfoque de derechos, como en el acompañamiento directo a

personas y comunidades. Así, la profesión asume un doble compromiso en sus distintos niveles de intervención.

Por último, es preciso señalar que el EBDH puede y debe ser aplicado en todos los diversos ámbitos de intervención del Trabajo Social, considerando que la defensa y promoción de los derechos humanos forman parte de los principios fundamentales de la profesión. Por ello, la práctica profesional debe mantenerse en coherencia con este enfoque.

4.2.4.5 Modelos de intervención en Trabajo Social y salud mental

Modelo ecológico del desarrollo humano. El modelo retoma los principios de la TGS de Bertalanffy para explicar el desarrollo como un proceso dinámico que surge de la interacción constante entre la persona y su entorno (Torrìco et al., 2002). Bronfenbrenner comprende el desarrollo humano desde una visión que se aleja de los enfoques tradicionales, los cuales se centran únicamente en procesos psicológicos internos, como la percepción, la motivación, el pensamiento o aprendizaje. En su lugar, pone énfasis en el contenido de estas experiencias, es decir, lo que una persona percibe, teme, piensa y aprende a lo largo de su vida, y cómo estos elementos cambian con el tiempo a medida que la persona interactúa con su entorno (Torrìco et al., 2002). En otras palabras, el desarrollo no solo es un proceso interno, sino una construcción dinámica que surge de la relación la persona con su ambiente.

Por su parte, el ambiente ecológico es descrito por Bronfenbrenner (1987) como un conjunto de estructuras organizadas en distintos niveles, donde cada una está contenida dentro de la siguiente. Estos niveles se analizan en términos de sistemas, los cuales son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Niveles del ambiente ecológico según Bronfenbrenner (1987):

- i. Microsistema.** Es el entorno inmediato donde la persona interactúa directamente, como el hogar o la escuela. Se caracteriza por la presencia de relaciones interpersonales, roles y actividades.
- ii. Mesosistema.** Representa las relaciones entre diferentes microsistemas, es decir, cómo los distintos entornos en los que participa una persona se interconectan.
- iii. Exosistema.** Hace referencia a los entornos en los que la persona no participa directamente, pero que influyen en su desarrollo.
- iv. Macrosistema.** Comprende los factores culturales, sociales y políticos que influyen en todos los niveles anteriores, como las normas sociales, las políticas educativas o los sistemas de valores.

En este orden de ideas, el desarrollo de una persona no solo depende de sus experiencias directas, sino también de factores que ocurren en entornos donde ni siquiera está presente (Bronfenbrenner, 1987). Lo que resalta la importancia de las conexiones entre distintos ambientes y su impacto en la persona. Este modelo permite comprender cómo el entorno no solo influye sobre la persona, sino que esta también interactúa activamente con él, adaptándose y transformando su realidad a medida que cambian las condiciones de su contexto. De esta manera, el modelo ecológico del desarrollo constituye una vía para aplicar los principios de la Teoría General de Sistemas, al considerar a la persona como parte de múltiples sistemas interrelacionados que se afectan mutuamente de forma dinámica.

La mirada ecológica en la salud mental también puede entenderse como el resultado de múltiples interacciones entre la persona y los distintos niveles de su entorno. Por ejemplo, en el microsistema, factores como las dinámicas familiares, el clima escolar o las relaciones cercanas inciden directamente en el bienestar emocional. En el mesosistema, la calidad de las conexiones

entre estos entornos, como la relación entre la familia y el colegio, puede influir en la forma en que se detectan y abordan las dificultades emocionales. A su vez, el exosistema involucra instituciones y estructuras que, aunque no implican contacto directo con la persona (como políticas públicas o servicios de salud), generan efectos concretos que pueden impactar en su bienestar. Finalmente, el macrosistema aporta marcos culturales, sociales y normativos que condicionan cómo se concibe la salud mental, qué discursos la legitiman, y qué recursos o barreras existen para su atención.

Modelo Psicosocial. El modelo psicosocial tiene como antecedente el Trabajo Social de Casos, cuyas bases fueron establecidas por Mary Richmond en su obra *Social Diagnosis*. En ella propuso una secuencia metodológica compuesta por el estudio social, el diagnóstico social y el plan de tratamiento, consolidando así el Trabajo Social de casos como el método principal de intervención profesional y como un pilar clave en la reivindicación del estatus del trabajador social (Calvo & Colom, 2014; Fernández, 2015). Este enfoque, al integrar el análisis riguroso de la situación individual con criterios del método científico, sentó las bases para el desarrollo posterior del modelo psicosocial (Calvo & Colom, 2014).

Fue en la década de 1940 cuando Gordon Hamilton, retomando los aportes de Richmond y apoyándose en la teoría psicoanalítica, formuló el modelo psicosocial. En este, el concepto de "persona en situación" resulta central, al proponer la tríada persona-situación-ambiente como expresión de la interdependencia entre el individuo y su contexto (Duque, 2013). En consecuencia, tanto el diagnóstico como la intervención deben abordar las dimensiones internas y externas que inciden en la problemática. Como sostiene Hamilton (1968), es necesario comprender al sujeto de intervención, pero también analizar las fuerzas del entorno que afectan a la persona, la familia o el grupo involucrado (citado en Viscarret, 2014). En esa misma línea, Hamilton (1951) subraya que

"el diagnóstico social debe realizar un examen crítico tanto de la situación individual como del problema presentado, así como del entorno físico, económico, social y cultural" (citado en Cury & Arias, 2016, p. 13).

Otros exponentes destacados del modelo psicosocial son Hollis y Woods (Viscarret, 2014), quienes reforzaron los planteamientos de Hamilton e identificaron debilidades en el concepto y uso del diagnóstico social. En particular, señalaron que el diagnóstico tendía a centrarse en las carencias personales, dejando de lado las fortalezas y recursos del individuo. Como respuesta, propusieron una visión más integral, en la que el diagnóstico incluyera tanto las debilidades como las capacidades de la persona, su familia y su entorno social, junto con una evaluación de sus interacciones con los distintos elementos del sistema al que pertenece (Cury & Arias, 2016). Además, incorporaron la idea de que el tratamiento debía facilitar una mayor comprensión de sí misma por parte de la persona (Contreras, 2006). De modo que pudiera reconocer sus propias acciones en la generación del conflicto, así como identificar los factores externos y relaciones significativas que actúan como apoyos o fuentes de tensión.

Con el objetivo de lograr una comprensión más completa del individuo y su contexto, Hollis y Woods desarrollaron estrategias de intervención para aplicar los principios del modelo psicosocial, en la Tabla 2 son clasificadas en métodos directos e indirectos, con sus respectivas técnicas.

Tabla 2

Métodos de intervención del modelo psicosocial

Método	Descripción	Técnicas aplicadas
Métodos directos	Se enfocan en la relación directa entre el trabajador social y el sujeto de intervención. El trabajador	Técnicas de apoyo: Refuerzan actitudes y conductas positivas, promoviendo la confianza en las propias capacidades.

	social utiliza como herramienta principal la relación de ayuda, la cual debe ser cercana y efectiva.	Influencia directa: El trabajador social toma un rol más activo cuando el sujeto de intervención tiene dificultades para tomar decisiones por sí mismo debido a su estado emocional, madurez o nivel intelectual, por ejemplo.
		Discusión reflexiva: Se apela a la capacidad del asistido para reflexionar sobre sus sentimientos, conductas y objetivos de cambio, con la ayuda del trabajador social.
Métodos Indirectos	Se enfocan en intervenir en factores externos que influyen en la situación del sujeto de intervención, como recursos institucionales, apoyo social o condiciones materiales.	Referencia: El trabajador social actúa como mediador con instituciones o recursos externos que pueden brindar apoyo complementario. Ayuda material: Movilización o entrega de recursos materiales, garantizando que no se genere dependencia ni se afecte la dignidad de la persona. Manejo ambiental: Intervención en el entorno del asistido (familia, amigos, trabajo, comunidad) para promover cambios favorables en su vida.

Nota. Tomado de *Principales modelos de intervención de Trabajo Social en individuo y familia* (Hollis & Woods, 1979, citado en Contreras, 2006, p. 20).

El modelo psicosocial es una propuesta aplicable en los diversos ámbitos de intervención del Trabajo Social. Al situarlo en el campo de la salud mental, aporta una visión coherente con el enfoque que se ha venido desarrollando a lo largo de esta investigación: la necesidad de abordajes contextualizados y que superen lo clínico. Este modelo apuesta por una mirada centrada en la persona, pero sin perder de vista el papel de las redes de apoyo, los recursos disponibles en la comunidad y las condiciones sociales que inciden en su situación.

Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP). La ACP fue desarrollada por Carl Rogers, quien es considerado su autor más influyente, ya que fue el primero en introducir y desarrollar este enfoque. Rogers plantea que, para que una persona pueda crecer, cambiar y

desarrollarse plenamente, el profesional que la acompaña debe adoptar una actitud específica basada en tres condiciones: (1) autenticidad: ser genuino y mostrarse tal como es, sin fingimientos ni máscaras; (2) aceptación incondicional: valorar y respetar a la persona sin juzgarla ni imponer condiciones para aceptarla; y (3) comprensión empática: esforzarse por entender en profundidad cómo se siente la persona y cómo interpreta su realidad (Martínez, 2006).

Una relación profesional basada en estos tres elementos crea un ambiente propicio para el cambio personal. Rogers denomina este proceso como “tendencia actualizante”, planteando que “todo organismo tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades” (Rogers, 1959, citado en López, 2020, p. 6). De modo que, la ACP considera que todas las personas poseen dentro de sí una fuerza natural orientada al crecimiento y que dicho proceso puede emerger espontáneamente si se brindan las condiciones adecuadas, es decir, un entorno en el que estén presentes la autenticidad, la aceptación incondicional y la empatía.

En consecuencia, el papel del profesional no consiste en dirigir o imponer un proceso de cambio, sino en facilitar un entorno que permita a la persona desplegar su potencial y seguir su propia dirección de crecimiento. López (2020) complementa esta idea al señalar que el profesional no asume una posición de poder ni actúa como un experto que “arregla” al otro. Por el contrario, promueve un ambiente seguro y respetuoso que favorece la exploración de la experiencia personal, la autocomprensión y el avance a un ritmo propio.

Por estas razones, este enfoque se distingue de otros modelos centrados exclusivamente en los problemas o en la aplicación de técnicas estandarizadas. La ACP propone una intervención sustentada en una relación que valora profundamente la historia, el contexto y la subjetividad de cada persona.

Modelo de la recuperación. Este modelo ubica a la persona antes que la enfermedad, tal como plantean Uriarte & Vallespi (2017), se basa en la idea de que las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida con propósito y significado, incluso conviviendo con la enfermedad. Su planteamiento central es que toda persona con problemas de salud mental tiene la posibilidad de recuperarse.

Deegan (1988) ofrece una primera definición de recuperación en el contexto de la discapacidad, describiéndola como “la experiencia vivida o real de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad” (p. 11). A partir de esta frase se puede afirmar que la recuperación no significa estar curado ni implica la desaparición de la discapacidad, sino que constituye un proceso en el cual la persona aprende a vivir aceptando y afrontando las dificultades asociadas a su condición de salud mental. Es, en definitiva, vivir sin negar la discapacidad, pero tampoco reduciendo la identidad a ella.

En esta línea, William Anthony (1993), años más tarde, amplía y complementa la noción de recuperación al definirla como

un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (citado en Parra, 2019, p. 69).

Esta definición se relaciona estrechamente con la de Deegan, ya que ambas coinciden en no reducir la recuperación a la eliminación de síntomas. En su lugar, destacan la capacidad de transformación, aceptación y crecimiento personal. Además, Anthony incorpora como parte del

proceso la posibilidad de rediseñar la vida, encontrar propósito y participar activamente en ella, sin quedar limitado por el diagnóstico.

En el proceso de recuperación están presentes cuatro componentes y cinco etapas. Andresen et al. (2003) identifican los siguientes componentes clave: (a) la capacidad de encontrar y mantener la esperanza, (b) la reconstrucción de una identidad positiva, (c) la búsqueda de un propósito vital y (d) la toma de responsabilidad sobre la propia vida.

Asimismo, los autores proponen cinco etapas que pueden formar parte del proceso de recuperación. Aunque estas etapas siguen una secuencia lógica, no se trata de un proceso lineal ni uniforme, por lo que no todas las personas las atraviesan en el mismo orden o de la misma forma:

- i. **Moratoria:** etapa inicial caracterizada por la desesperanza y la pérdida.
- ii. **Conciencia:** surge la posibilidad de que la recuperación sea alcanzable.
- iii. **Preparación:** la persona comienza a identificar sus fortalezas y a adquirir nuevas estrategias de afrontamiento.
- iv. **Reconstrucción:** se trabaja activamente por construir una vida significativa, estableciendo metas, vínculos y autonomía.
- v. **Crecimiento:** la persona alcanza un nuevo equilibrio y sentido de vida, integrando lo aprendido durante el proceso.

Es así que, el modelo de recuperación se alinea con una filosofía interseccional en tanto no reduce la intervención a los síntomas o al diagnóstico, sino que reconoce que cada persona tiene metas, aspiraciones y preocupaciones que trascienden su condición clínica y que están atravesadas por factores sociales, culturales, económicos y personales (Rubio et al., 2024). Así, este modelo

promueve un acompañamiento que respeta la singularidad de cada caso, favoreciendo procesos de recuperación situados y realistas.

A modo de síntesis, las aproximaciones teóricas incluidas en este apartado permiten comprender la salud mental como un fenómeno complejo, dinámico y situado, cuya explicación no puede reducirse a categorías clínicas individuales. Desde la Teoría General de Sistemas y el modelo ecológico se resalta la importancia de las interacciones entre la persona y su entorno; la teoría crítica evidencia cómo el capitalismo y las estructuras sociales inciden en los problemas de salud mental; la visión interseccional aporta un marco para reconocer los múltiples ejes de opresión que atraviesan la experiencia de malestar; y el Enfoque Basado en Derechos Humanos reafirma la centralidad de la dignidad y la justicia social en la práctica profesional. Junto con los modelos de intervención, como el psicosocial, la atención centrada en la persona y la recuperación, estas perspectivas amplían el horizonte del Trabajo Social en salud mental al vincular lo individual con lo colectivo, lo clínico con lo social y lo personal con lo político. En definitiva, ofrecen un sustento teórico que abre caminos hacia intervenciones más críticas, inclusivas y coherentes con los principios de la profesión.

5. Metodología

Este apartado tiene como propósito explicar cómo se llevó a cabo la presente investigación, detallando la metodología que orientó su desarrollo para alcanzar los resultados esperados. Esta se compone de una serie de pasos estructurados de forma lógica y articulada entre sí (Cortés & Iglesias, 2004). La metodología adoptada es de carácter mixto, ya que integra dos etapas principales: el análisis bibliométrico, con un enfoque cuantitativo, y la revisión de la literatura, con

un enfoque cualitativo, orientada por el protocolo PRISMA (2020). Cada una de estas fases incluye, a su vez, un conjunto de subfases clave para el desarrollo del proceso investigativo.

5.1 Análisis bibliométrico

La descripción de la metodología para realizar el análisis bibliométrico se basó en la propuesta de Naveen et al. (2021), quienes ofrecen una guía estructurada sobre este tipo de estudios. En esta línea, plantean que el análisis bibliométrico permite identificar y representar el conocimiento científico acumulado, así como las transformaciones y tendencias dentro de campos disciplinares consolidados. Esto se logra mediante el examen riguroso de grandes volúmenes de información no estructurada, como títulos de artículos, resúmenes y palabras clave.

5.1.1 Elaboración de la ecuación de búsqueda

Para formular la ecuación de búsqueda, se tomó como punto de partida la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas que ha desarrollado el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental? Entonces, se identificaron cinco conceptos clave: “Trabajo Social”, “Salud Mental”, “Perspectivas teóricas”, “Perspectivas metodológicas” y “Prácticas”. Para cada uno de estos conceptos, fue fundamental incorporar sinónimos o términos relacionados, con el fin de ampliar la cobertura de la búsqueda y recuperar resultados relevantes para el tema de estudio, la Tabla 3 muestra los términos empleados, en español e inglés.

Tabla 3

Términos de la ecuación de búsqueda.

Concepto clave	Términos asociados
Trabajo Social/Social Work	Intervención Social/Social intervention
Salud Mental/Mental health	Bienestar psicológico; Bienestar emocional; Salud psicológica/ Psychological well-being; Emotional well-being; Psychological health

Perspectivas teóricas/ Theoretical perspectives	Enfoques teóricos; Marcos teóricos; Modelos teóricos; Fundamentos teóricos/ Theoretical approaches; Theoretical frameworks; Theoretical models; Theoretical foundations
Perspectivas metodológicas/ Methodological perspectives	Metodología; Enfoques metodológicos/ Methodology; Methodological approaches
Prácticas/Practices	Intervenciones; Prácticas profesionales; Modelos de intervención; Intervenciones psicosociales/ Interventions; Professional practices; Intervention models; Psychosocial interventions

A partir de los términos identificados, se formuló la ecuación de búsqueda inicial (ver Tabla 4).

Tabla 4

Formulación de la ecuación de búsqueda inicial

Ecuación de búsqueda inicial
TITLE-ABS-KEY ("social work" OR "social intervention*") AND TITLE-ABS-KEY ("psychological well-being" OR "emotional well-being" OR "mental health" OR "psychosocial health") AND TITLE-ABS-KEY ("theoretical perspective*" OR "theoretical approach*" OR "theoretical framework*" OR "theoretical model*" OR "theoretical foundation*") AND TITLE-ABS-KEY ("methodological perspective*" OR "methodology" OR "methodological approach*") AND TITLE-ABS-KEY ("practice*" OR "intervention*" OR "professional practice*" OR "intervention model*" OR "psychosocial intervention*" OR "mental health intervention*") AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))

Refinamiento de la ecuación de búsqueda. La búsqueda inicial se llevó a cabo en bases de datos de alto impacto, específicamente Scopus y ScienceDirect. Sin embargo, esta última fue descartada, ya que, tras aplicar la ecuación de búsqueda y los filtros definidos, solo arrojó 133 documentos que, al ser revisados preliminarmente, no cumplían con los criterios de inclusión. En consecuencia, se optó por continuar con dos bases de datos que garantizaran un mayor número de resultados pertinentes. La primera fue Scopus, que generó 316 artículos, de los cuales se

preseleccionaron 39. Dado que este número resultaba insuficiente para los fines de la revisión, se incorporó una segunda base de datos: Dialnet, que arrojó 233 artículos, de los cuales se preseleccionaron 21. Este proceso estuvo acompañado por la definición y aplicación rigurosa de los criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 5).

Tabla 5

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio	Inclusión	Exclusión
Idioma	Inglés y español	Idiomas diferentes al inglés o español
Delimitación temporal	2014-2024	Menor a 2014
Acceso	Abierto	Restringido
Tema	Relación con la temática de la investigación	Nula relación con la temática de investigación

Ecuación final de búsqueda. Es importante señalar que las bases de datos seleccionadas requerían ajustes específicos en la ecuación de búsqueda, en función de sus particularidades técnicas. Por ejemplo, variaban en cuanto al límite de caracteres permitidos y los operadores booleanos aceptados. Asimismo, Scopus ofrecía mayores posibilidades de filtrado avanzado en comparación con Dialnet, cuya búsqueda es más básica y general. En la Tabla 6 se presentan las ecuaciones de búsqueda adaptadas para cada una de las bases utilizadas.

Tabla 6

Ecuación final de búsqueda

Base de datos	Ecuación final
Scopus	TITLE-ABS-KEY (("social work" OR "social services") AND ("mental health" OR "psychological well-being") AND ("theoretical framework" OR "theory" OR "methodology" OR "methodological model" OR "methodological approach" OR "intervention" OR "professional practice" OR "practice"))

	AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2024 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Mental Health") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Social Work")) AND (LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "British Journal of Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Journal of Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Social Work in Mental Health") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Australian Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Social Work Education") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Research on Social Work Practice") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Health and Social Care in the Community") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Social Work in Public Health") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Clinical Social Work Journal") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "European Journal of Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Social Work United States") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Journal of Evidence Based Social Work United States") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Community Mental Health Journal") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Child and Family Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Journal of Social Work Practice") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Journal of Social Service Research") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Social Work and Social Sciences Review") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "International Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Advances in Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Mental Health and Social Inclusion") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "China Journal of Social Work") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Child and Adolescent Social Work Journal"))
Dialnet	"trabajo social" AND "salud mental" AND (teoría OR "marco teórico" OR metodología OR enfoque metodológico OR intervención OR práctica)

5.1.2 Procesamiento de información bibliométrica

Las bases de datos utilizadas fueron Scopus y Dialnet, mientras que para el procesamiento y la visualización de la información se emplearon las herramientas Bibliometrix y VOSviewer. La búsqueda en las bases de datos se realizó a partir de la ecuación establecida, y la información recolectada se organizó y analizó en torno a dos categorías principales: análisis de rendimiento y mapeo científico.

5.1.2.1 Análisis de rendimiento

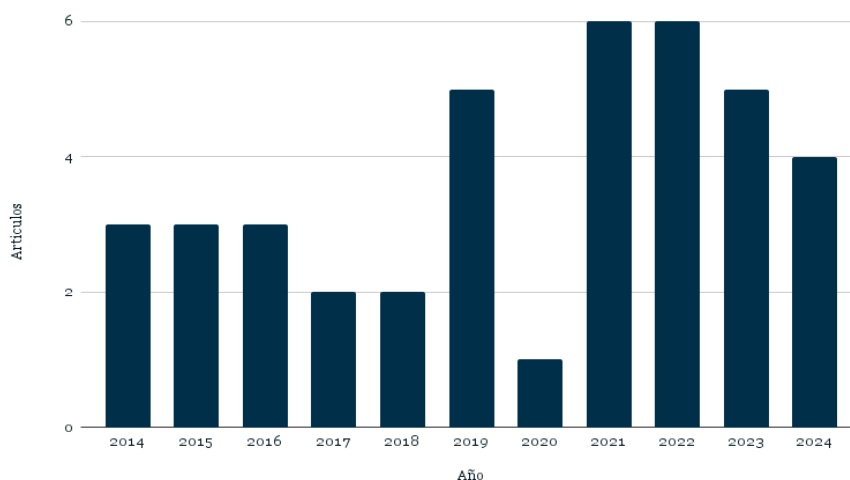
En esta primera parte, el análisis se orienta a evaluar la productividad y el impacto de la producción académica mediante indicadores como la producción científica anual, las revistas con

mayor número de publicaciones y la producción anual de artículos y promedio de citas. Estos elementos permiten describir de manera objetiva cómo se ha desarrollado la producción científica en torno al tema de estudio.

Producción científica anual. La producción científica anual de los artículos seleccionados presenta una evolución variable en el periodo 2014-2024. En la Figura 1 se observa que entre 2014 y 2016 se mantiene cierta estabilidad, con 3 artículos en cada año (7,5%), mientras que en 2017 y 2018 la cifra desciende a 2 artículos (5%). El año 2019 marca un repunte con 5 artículos (12,5%), seguido de una caída significativa en 2020, con apenas 1 artículo (2,5%). A partir de 2021 se evidencia una tendencia ascendente, alcanzando el punto más alto en 2021 y 2022 con 6 artículos en cada año (15%), lo que representa el mayor nivel de producción del periodo. En los años más recientes, 2023 y 2024, la producción se mantiene en niveles altos, con 5 artículos (12,5%) y 4 artículos (10%), respectivamente. De esta manera, los resultados sugieren un creciente interés investigativo en el tema, especialmente en los últimos cuatro años.

Figura 1

Producción científica anual



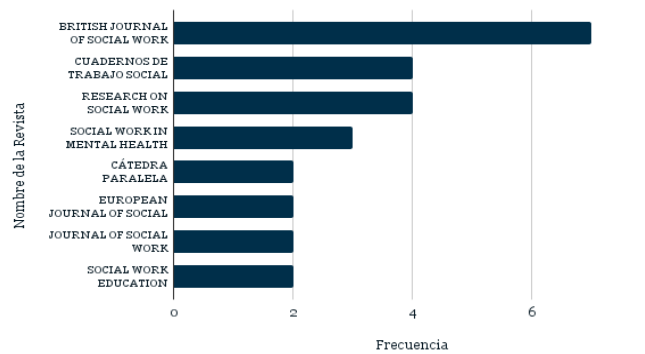
Nota. Datos obtenidos en Bibliometrix, con adaptación propia.

Revistas con mayor número de publicaciones. El análisis de las revistas en las que fueron publicados los artículos seleccionados muestra una concentración significativa en un número reducido de revistas. En la Figura 2 se observa que la revista con mayor participación es el *British Journal of Social Work* (Reino Unido), que reúne siete publicaciones (17,5%), consolidándose como el principal medio de difusión en el tema. Le siguen *Cuadernos de Trabajo Social* (España) y *Research on Social Work* (Estados Unidos), cada una con cuatro artículos (10%), lo que refleja también su relevancia en el área. De esta manera, las revistas más representativas pertenecen a Europa y América del Norte, lo que denota que el debate académico se ha consolidado en distintas regiones, con un peso marcado en los contextos anglosajones.

Con menor presencia se encuentran *Social Work in Mental Health* (Estados Unidos), con tres artículos (7,5%), y las revistas *Cátedra Paralela* (Argentina), *European Journal of Social Work* (Reino Unido), *Journal of Social Work* (Reino Unido) y *Social Work Education* (Reino Unido), cada una con dos publicaciones (5%). Aunque su frecuencia es más baja, estas revistas amplían los espacios de circulación académica y confirman la concentración de la producción en países anglosajones, frente a la única excepción destacada de *Cátedra Paralela* (5%), que representa el aporte latinoamericano en la muestra analizada. Cabe mencionar que estas ocho revistas concentran 26 artículos (65% del total analizado), puesto que solo se incluyeron las revistas que tuvieran dos o más publicaciones. El 35% restante (14 artículos) se distribuye en otras revistas con una sola publicación cada una.

Figura 2

Revistas con mayor número de publicaciones



Nota. Datos obtenidos en Bibliometrix, con adaptación propia.

Producción anual de artículos y promedio de citas. La Figura 3 tiene como propósito mostrar de manera conjunta la productividad científica (número de artículos publicados por año) y el impacto académico de los documentos seleccionados (promedio de citas por artículo), integrando ambos indicadores en una misma visualización. Según Aksnes et al. (2019), la combinación del promedio de citas por artículo con el recuento de publicaciones ofrece una visión más completa del rendimiento académico, ya que permite no solo cuantificar la productividad, sino también valorar el reconocimiento alcanzado por las investigaciones. En la misma línea, Glänzel & Schubert (2005) resaltan que el uso combinado de indicadores de producción y citación brinda una perspectiva más integral para evaluar la dinámica investigativa.

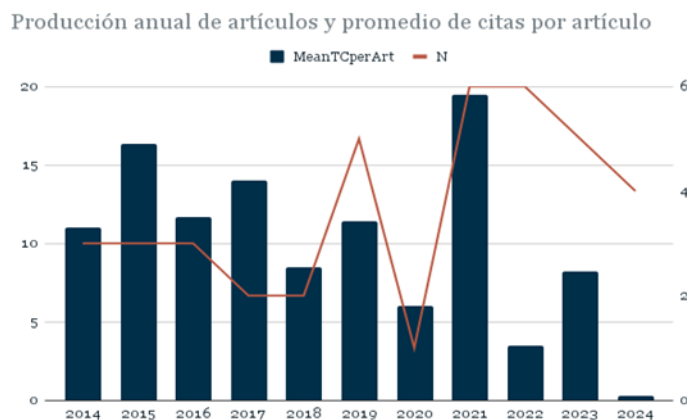
En cuanto a la lectura de la Figura 3, los valores del eje derecho corresponden al número de artículos publicados por año (N), representados con la línea roja. Por su parte, los valores del eje izquierdo reflejan el promedio de citas por artículo (MeanTCperArt), ilustrado mediante las barras azules. De este modo, el gráfico permite contrastar el volumen de producción anual con el impacto promedio que alcanzaron los artículos en términos de citación.

Ahora bien, en cuanto al análisis de los datos, se observa que la productividad anual de artículos ha presentado fluctuaciones en la ventana temporal 2014-2024, con picos de mayor producción en 2021 y 2022, alcanzando seis artículos en cada año. No obstante, los valores más

altos de impacto promedio por artículo no coinciden con los años de mayor volumen de publicaciones, sino que se registran en 2015 y 2021, con promedios de 16,3 y 19,5 citas por artículo, respectivamente. Esto sugiere que la relación entre cantidad de artículos y nivel de citación no siempre es lineal, lo cual coincide con lo planteado por Carpenter et al. (2014), quienes señalan que, aunque el número de publicaciones es relevante, el reconocimiento que alcanzan (medido en el número de citas) resulta clave para comprender el verdadero rendimiento académico. En este sentido, aunque en los últimos años se observa un incremento en la producción, el impacto en términos de citación se ha mantenido de manera más irregular.

Figura 3

Producción anual de artículos y promedio de citas



Nota. Datos obtenidos en Bibliometrix, con adaptación propia. El promedio de citas corresponde al total acumulado desde la publicación de los artículos hasta la fecha del análisis.

5.1.2.2 Análisis de mapeo científico

En esta segunda parte, el análisis se centra en identificar la estructura del conocimiento y las temáticas dentro del campo de estudio a través de indicadores como la coocurrencia de palabras

clave, la coautoría entre autores y países. Estos elementos permiten visualizar las conexiones existentes, así como reconocer los principales núcleos de investigación y las dinámicas de colaboración que configuran el desarrollo científico en la temática analizada.

Coautoría. La coautoría es un indicador que permite identificar las dinámicas de colaboración entre investigadores al evidenciar los vínculos que surgen a partir de la producción conjunta de artículos (Glänzel & Schubert, 2005). En bibliometría, este análisis resulta clave porque ofrece una visión de cómo se configuran las redes de cooperación académica y del grado de articulación entre los autores que trabajan en un campo de estudio.

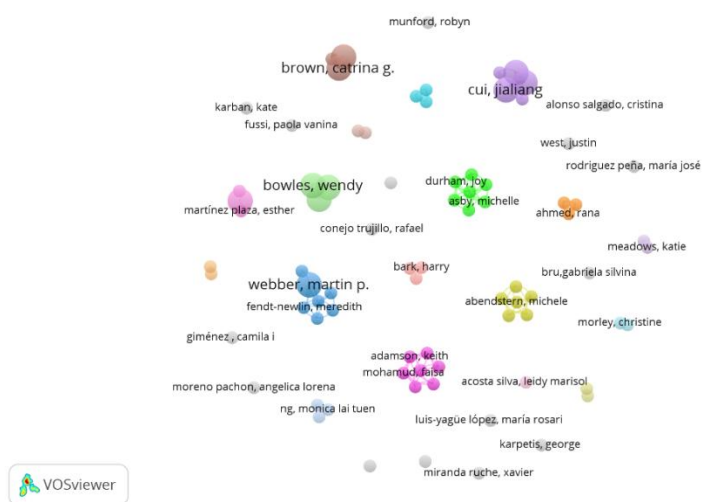
En la Figura 4 se presenta la red de coautoría, la cual consiste “en nodos y numerosos enlaces que indican la colaboración científica de los investigadores” (Isfandyari et al., 2023, p. 1). Cada nodo corresponde a un autor identificado en el corpus y su tamaño varía en función de la relevancia dentro de la red, siendo mayor a medida que se registra un número más alto de publicaciones. Los nodos se conectan entre sí mediante enlaces cuando existe una relación de coautoría, es decir, cuando los investigadores han participado conjuntamente en la producción de un artículo. Asimismo, se visualizan los clústeres, representados por diferentes colores, que agrupan a los autores con vínculos de colaboración más estrechos.

La red obtenida en la Figura 4 muestra que las colaboraciones son reducidas y fragmentadas, concentrándose en pequeños grupos. Se destacan clústeres de mayor tamaño, como el conformado por Cui Jialiang, Mao Limin y Newman Christy, así como el integrado por Bowles Wendy, Hyde Bronwyn y Pawar Manohar. También se observan pares de autores vinculados, como Brown Catrina y Johnstone Marjorie, aunque en menor proporción. Sin embargo, la mayoría de los investigadores aparece de manera aislada, sin conexiones relevantes con otros colegas, lo que evidencia que, en la muestra analizada, la producción científica se desarrolla principalmente a

través de esfuerzos individuales o colaboraciones puntuales, careciendo aún de la densidad necesaria para consolidar redes de cooperación más amplias y robustas.

Figura 4

Coautoría



Nota. Tomado de VOSviewer

Cocurrencia de palabras. La cocurrencia de palabras constituye un indicador bibliométrico que permite identificar los conceptos más recurrentes en los documentos y las asociaciones que se establecen entre ellos. Su propósito es reconocer los principales conceptos y temas que configuran el campo de estudio (Gálvez, 2018).

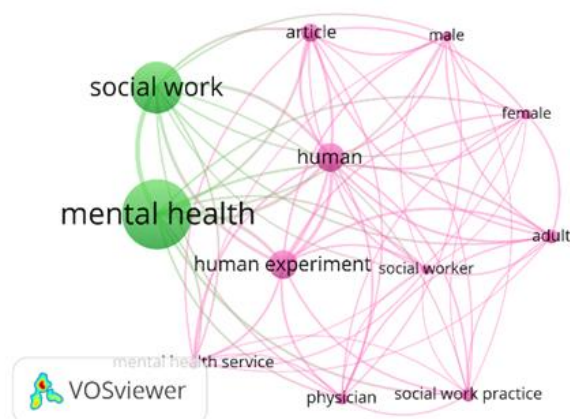
En la Figura 5 se observan dos clústeres diferenciados por color. El primero corresponde a Trabajo social y salud mental. El segundo no presenta un término predominante que lo articule de manera clara, ya que sus conceptos tienen una representación similar; sin embargo, puede denominarse poblaciones en salud mental. A continuación, se desarrolla cada clúster.

Trabajo Social y salud mental, este clúster se alinea directamente con las categorías centrales de la presente investigación. Está conformado por términos como social work, mental health, social work practice, mental health service y social worker. La asociación entre estos conceptos evidencia que el núcleo de la producción académica se centra en la relación entre trabajo social y salud mental, con un fuerte énfasis en las prácticas profesionales y en los servicios de atención. A partir de estas palabras predominantes, se puede inferir que las investigaciones muestran un marcado interés en documentar intervenciones aplicadas y el papel que cumplen los trabajadores sociales en este campo.

Poblaciones en salud mental, este segundo clúster agrupa términos como adult, male, female, human, human experiment, physician y professional identity. La presencia de estas palabras apunta a la caracterización de las poblaciones estudiadas, atendiendo a variables sociodemográficas como edad y género. Al mismo tiempo, el vínculo con términos como physician y professional identity refleja la inclusión de otras disciplinas en el abordaje de la salud mental, lo que destaca la perspectiva interdisciplinaria y los debates en torno al rol de distintos profesionales en la atención.

Figura 5

Coocurrencia de palabras



Nota. Tomado de VOSviewer.

Coautoría entre países. La coautoría por países permite identificar los vínculos de colaboración internacional en un campo de investigación. En la Figura 6 se observa la red de coautoría por países obtenida a partir del corpus analizado. Cada nodo representa un país, cuyo tamaño se relaciona con el número de documentos producidos, mientras que los enlaces, cuando existen, reflejan las relaciones de coautoría entre autores de distintas naciones.

A primera vista, la mayoría de los países aparecen dispersos y sin conexiones visibles. No obstante, al revisar los datos se identifican dos pequeños clústeres de colaboración que no se alcanzan a percibir con claridad en el mapa. El primero está conformado por Australia, Hong Kong y Estados Unidos, y el segundo por Canadá y Rusia. La dificultad para visualizar estos vínculos puede deberse a la baja intensidad de las relaciones, lo que hace que los enlaces aparezcan muy tenues.

En síntesis, se trata de una red de coautoría por países altamente fragmentada. Aunque participan diversas naciones como España, Reino Unido, Argentina, Colombia o Corea del Sur, la mayoría de los aportes se realizan de manera aislada, con vínculos internacionales débiles. Además, los dos clústeres identificados no logran consolidar redes amplias de cooperación.

Figura 6

Coautoría entre países



Nota. Tomado de VOSviewer.

5.2 Revisión sistemática de la literatura

Una revisión sistemática es una forma de investigación científica cuyo objeto de análisis son los estudios primarios que abordan una misma temática. Este tipo de revisión implica la identificación, selección, evaluación y síntesis de evidencia relevante de manera clara, rigurosa y comprensible (Sánchez et al., 2022). En este apartado se detalla el procedimiento mediante el cual se desarrolló la revisión sistemática de la literatura. Las etapas que la componen se basan en los planteamientos de Manterola et al. (2011) y Sánchez et al. (2022), quienes describen de manera estructurada los elementos esenciales de este tipo de estudio. En este sentido, se distinguen tres etapas principales: la planificación de la revisión, el análisis de la información y el reporte de los resultados.

5.2.1 Planificación de la revisión sistemática de la literatura

Identificación de la necesidad de investigación. Actualmente, los problemas de salud mental presentan una alta prevalencia y muestran un crecimiento sostenido, lo que hace evidente la necesidad de diseñar estrategias eficaces para enfrentarlos. En este escenario, el Trabajo Social tiene un impacto considerable, ya que aporta una mirada centrada en los factores sociales, culturales y comunitarios que afectan la salud mental. Esta investigación fortalece el conocimiento sobre la labor del Trabajo Social en este campo, identificando las perspectivas teóricas desde las que se posiciona, las metodologías que utiliza y las prácticas que implementa. Esto permitirá comprender su capacidad para intervenir en los factores que influyen en el bienestar mental de las personas y reconocer su aporte dentro del abordaje de la salud mental.

Protocolo de búsqueda. El protocolo que orientó la obtención de información para la revisión sistemática y el análisis bibliométrico se presenta en el apartado 5.1.1, donde se detalla la

formulación de la ecuación de búsqueda. A partir de esta ecuación se recuperaron los artículos pertinentes en Scopus y Dialnet.

Selección de los artículos. La revisión se realizó siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), una guía internacionalmente reconocida que reúne un conjunto de ítems y un diagrama de flujo orientados a mejorar la transparencia, consistencia y calidad en la elaboración y reporte de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021). Su aplicación facilita la descripción clara del proceso de búsqueda, selección, exclusión e inclusión de los estudios, aportando mayor rigurosidad al desarrollo de la investigación. En este sentido, se elaboró el diagrama de flujo PRISMA 2020, el cual permitió representar de manera gráfica los criterios aplicados para la selección de los artículos y detallar el proceso seguido para su inclusión o exclusión (Sánchez et al., 2022).

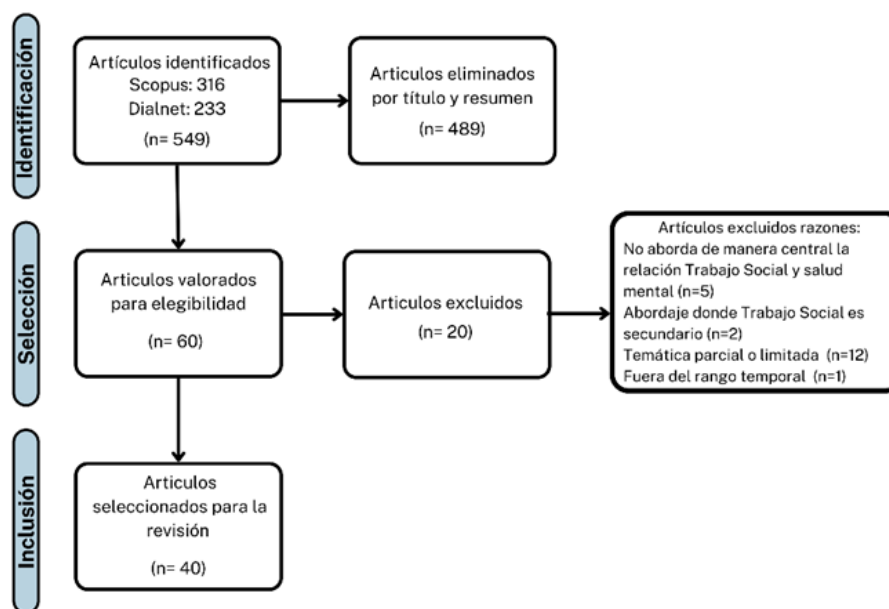
El diagrama PRISMA se organiza en tres fases: identificación, selección e inclusión (ver Figura 7). En la fase de **identificación**, la aplicación de la ecuación de búsqueda en Scopus y Dialnet arrojó un total de 549 artículos. Estos fueron revisados preliminarmente a partir del título y el resumen, con el fin de determinar si cumplían los criterios de inclusión definidos. En este proceso se descartaron 489 artículos.

En la fase de **selección**, se examinaron en detalle los 60 artículos preseleccionados mediante la revisión rigurosa de sus objetivos, metodología, discusión y conclusiones, lo que permitió valorar su pertinencia y el aporte a los objetivos de la investigación. Se excluyeron aquellos que abordaban la salud mental sin establecer una relación sustantiva con el Trabajo Social, es decir, cuyo foco se centraba en un aspecto específico de la salud mental en el que la profesión no desempeñaba un papel relevante. También se descartaron los trabajos en los que el tema destacaba principalmente el rol y los aportes de otras disciplinas, mostrando al Trabajo Social a un

segundo plano. Asimismo, se excluyeron los estudios que ofrecían información demasiado general, insuficiente para un análisis en profundidad en relación con los objetivos planteados. Como resultado, se eliminaron 20 artículos. Finalmente, en la fase de **inclusión**, se consolidó un corpus de 40 artículos que superaron todos los filtros y fueron considerados los más pertinentes para el objeto de estudio.

Figura 7

Diagrama de flujo PRISMA 2020



Nota. Basado en el diagrama de flujo PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

5.2.1.1 Análisis de la información

Para el análisis de la información se llevó a cabo una síntesis temática de los artículos seleccionados, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. El proceso se centró en tres categorías previamente definidas: perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas en el contexto del Trabajo Social en salud mental. La síntesis temática se desarrolló siguiendo el

enfoque propuesto por Thomas y Harden (2008), el cual contempla tres fases principales: codificación del texto, construcción de temas descriptivos y generación de temas analíticos.

Extracción de datos. En primer lugar, se elaboró una matriz en formato Excel (ver Apéndice 1) en la que se organizó la información general de los documentos seleccionados. Esta matriz permitió caracterizar cada artículo e identificar los elementos clave que constituyeron la base del análisis. Los ítems incluidos fueron: ID, título, autor, año, país, objetivo, perspectivas teóricas, metodologías, prácticas, cumplimiento de criterios y enlace de consulta.

Codificación. Posteriormente, a partir de una lectura detallada de los artículos, se identificó la información pertinente para realizar la codificación en función de los objetivos de la investigación. Esta fue de tipo dirigida, dado que partió de categorías analíticas previamente definidas (perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas), las cuales orientaron tanto el análisis como los hallazgos. Dentro de cada categoría se identificaron códigos vinculados con su respectivo tema, a partir de la lectura y comparación de los documentos. En este proceso fue fundamental el uso de NVivo, un software desarrollado por QSR International y ampliamente utilizado en investigaciones cualitativas. Esta herramienta permite organizar, codificar y analizar los datos recopilados, lo que facilita el manejo de la información y optimiza el proceso de análisis (Dhakal, 2022).

Desarrollo de temas descriptivos. Una vez realizada la codificación, los códigos con significados similares fueron agrupados dentro de cada categoría para construir temas descriptivos. Estos temas permitieron sintetizar lo expresado en conjunto por los fragmentos codificados e identificar patrones y tendencias relevantes en los estudios revisados.

Generación de temas analíticos. Finalmente, a partir de los temas descriptivos se llevó a cabo un proceso interpretativo, en el cual los hallazgos fueron examinados a la luz de los objetivos

de la investigación. Esta fase permitió generar significados más abstractos y poner de relieve tensiones, contradicciones, vacíos y aportes relevantes, dando así un valor analítico más profundo a la información obtenida.

5.2.2 Resultados: Descripción Perspectivas Teóricas

De acuerdo con el proceso de categorización en el software NVivo, surgieron las siguientes subcategorías que organizan el desarrollo de las perspectivas teóricas (Ver Figura 8).

Figura 8

Perspectivas teóricas



Nota. Tomado del software NVivo.

5.2.2.1 Modelo biomédico

El modelo biomédico constituye una forma tradicional de abordar la salud mental (Bronwyn et al., 2015). Se trata del enfoque predominante en los servicios de salud mental y se centra en la identificación de síntomas para establecer un diagnóstico, a partir del cual se define un tratamiento orientado principalmente a controlar dichos síntomas (Zorrilla, 2022). Más allá de esta reducción de la enfermedad a categorías tratables, este modelo coloca al profesional en la

posición de experto y único poseedor del conocimiento válido, lo que reproduce lógicas de control y represión en la atención en salud mental (Zorrilla, 2022). De este modo, la relación entre profesional y paciente se configura en términos jerárquicos, limitando la autonomía y participación de la persona atendida.

El predominio del modelo biomédico puede comprenderse, desde la perspectiva de Foucault (1980), como un “régimen de verdad”: un entramado de discursos y prácticas que la sociedad acepta como válidos y que, en virtud de su poder, determinan cómo se entiende y responde al sufrimiento humano (citado en Fennig & Denov, 2019). En esta misma línea, Foucault señala que este modelo constituye un “discurso”, es decir, una forma de pensar y hablar sobre la salud que se articula con instituciones, intereses económicos y decisiones políticas orientadas al control social (citado en Fennig & Denov, 2019). En consecuencia, resulta necesario indagar en los factores que sostienen y perpetúan su hegemonía. En este sentido, Diácono (2013) sostiene que “hay una potente mezcla de fuerzas ideológicas, políticas y económicas que han alimentado el paradigma biomédico y mantenido su hegemonía a pesar de un historial de afirmaciones pseudocientíficas y promesas incumplidas” (citado en Morley & Stenhouse, 2021, p. 81). Entre los principales beneficiarios de este modelo se encuentran actores como las industrias farmacéuticas, cuyo interés en expandir la prescripción de medicamentos se ve favorecido por la clasificación diagnóstica (Johnstone, 2021; Morley & Stenhouse, 2021).

Otro elemento que refuerza al modelo tiene que ver con la percepción que se tiene de legitimidad del DSM, la práctica del modelo biomédico parte del uso del DSM, un instrumento que contiene status y un atractivo de legitimidad (Lafrance y McKenzie-Mohr, 2013 citado en Brown, 2021), lo cual representa la unión de conocimiento y poder según Foucault (1980, citado

en Brown, 2021), es decir que no es solo una herramienta que clasifica trastornos, sino que también es un instrumento de poder que otorga autoridad a quienes lo usan.

Si bien su hegemonía es innegable, este modelo presenta múltiples limitaciones. Una de las principales es que, con su visión reduccionista, invisibiliza los determinantes sociales de la salud. Al concebir los problemas de salud como asuntos individuales, se dejan de lado factores externos que inciden en el bienestar mental (Karban, 2017). Johnstone (2021) coincide en señalar que gran parte de los problemas en salud mental tienen su origen en dichos determinantes, los cuales quedan fuera del alcance médico. Esta limitación se relaciona con la despolitización de los trastornos, que son tratados únicamente como problemas clínicos sin vincularse a las estructuras sociales y de poder (Brown, 2021). Ello conduce a la medicalización, donde “los problemas humanos se enmarcan como problemas médicos y se tratan como tales” (Clark, 2014 citado en Fennig & Denov, 2019, p. 309). Finalmente, otra limitación se expresa en la minimización de las experiencias subjetivas de las personas, consecuencia directa de la reducción de los problemas a categorías clínicas y de la omisión de los factores sociales más amplios que los atraviesan (Bark et al., 2023; Fennig & Denov, 2019).”

5.2.2.2 Perspectivas críticas

En la literatura se identifican diversas perspectivas críticas en la relación entre Trabajo Social y salud mental. Todas ellas comparten el cuestionamiento al modelo biomédico hegemónico y la intención de ampliar la mirada más allá del plano individual. Parten del reconocimiento de que el malestar emocional no puede entenderse ni abordarse únicamente desde parámetros clínicos, sino que está profundamente atravesado por condiciones sociales, políticas y culturales.

La práctica clínica. Se desarrolla en la interacción entre profesionales y personas usuarias, donde estas últimas expresan sus angustias y dificultades emocionales. Por su parte, la teoría crítica

tiene como eje central la búsqueda de justicia social y equidad. La articulación de ambos elementos da lugar a la práctica clínica crítica, la cual se diferencia por adoptar una mirada más amplia sobre la persona en proceso de intervención. Mientras la práctica clínica tradicional suele centrarse en aspectos individuales, la perspectiva crítica plantea la necesidad de trascender también al plano social. En este sentido, el profesional debe ser capaz de reconocer que “las dificultades personales a menudo coexisten con la marginación, opresión e inequidad” (Brown, 2021, p. 1) y, además, reflexionar sobre cómo actuar sin reproducir las estructuras que sostienen dichas condiciones.

En el ámbito de la salud mental, el modelo biomédico constituye una vía clásica para orientar la acción (Bronwyn et al., 2015). Frente a ello, la práctica clínica crítica adopta una postura clara: no acepta que este modelo sea el único garante de verdad sobre cómo debe entenderse y abordarse la salud mental. El predominio del paradigma biomédico se configura, de hecho, como una de las estructuras que inciden directamente en las enfermedades de salud mental, pues sostiene un discurso que moldea las historias de vida de las personas, reduciéndolas a diagnósticos y etiquetas (Brown, 2021). A este escenario se suman otros discursos dominantes, como los patriarcales y los neoliberales, que imponen formas de comprenderse a uno mismo. Estos discursos, junto con las condiciones sociales de desigualdad, atraviesan de manera decisiva las experiencias en salud mental (Brown, 2021).

Ante este panorama, la práctica clínica crítica incorpora diversos factores. Uno de ellos es la justicia social, entendida como un elemento clave de su accionar. Un profesional que asuma esta perspectiva no debería limitarse a la intervención individual, pues el malestar mental está condicionado por situaciones de desigualdad, exclusión y otros determinantes sociales que inciden directa o indirectamente en la vida de las personas. En esta línea, Zorrilla (2022) sostiene que las

barreras y desigualdades que afectan a la salud mental tienen su raíz en la propia estructura social, lo cual refuerza la necesidad de ampliar la mirada más allá del individuo.

En este sentido, resulta pertinente considerar los factores estructurales que influyen en cada caso particular. Ello implica promover una justicia social que, en palabras de Nancy Fraser (s. f., citado en Fussi, 2019), articula tanto la redistribución, la garantía de condiciones de vida dignas, como el reconocimiento, es decir, la validación de las personas como sujetos de derechos, aceptando sus diferencias y evitando que se las obligue a ajustarse a una idea hegemónica de normalidad para ser aceptadas.

Otro componente fundamental de la práctica clínica crítica es el cuestionamiento de los discursos opresivos internalizados por las personas, con el propósito de construir nuevas narrativas que fortalezcan su identidad en lugar de reproducir los discursos dominantes (Brown, 2021). Del mismo modo, es crucial rescatar la voz y narrativa de los usuarios, sin centrar la intervención únicamente en el diagnóstico. Brindar un espacio en el que su experiencia sea verdaderamente escuchada y valorada constituye un paso esencial para no perpetuar la injusticia sistémica, como se abordará a continuación.

Injusticia epistémica. Un aspecto central para que la práctica clínica sea verdaderamente crítica es evitar la injusticia epistémica, entendida como la negación o desvalorización del conocimiento y la voz de las personas usuarias en los procesos terapéuticos. Este concepto, desarrollado por Miranda Fricker y aplicado al Trabajo Social por Johnstone (2021), señala la intersección entre epistemología y ética en clave de justicia social. La injusticia epistémica se manifiesta en dos campos principales: **la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica**. La primera ocurre cuando a un hablante se le resta credibilidad debido a prejuicios o estereotipos, como sucede en salud mental cuando se descuenta o minimiza la experiencia del usuario por

considerarlo “poco confiable” frente a la autoridad psiquiátrica. Este mecanismo, sustentado en el “poder identitario”^{†††}, refuerza desigualdades al otorgar mayor legitimidad al discurso profesional y desestimar el saber de las personas diagnosticadas (Fricker, 2010 citado en Johnstone, 2021). Por su parte, la **injusticia hermenéutica** aparece cuando las experiencias de ciertos grupos no encuentran representación en el conocimiento colectivo, lo que impide que puedan ser comprendidas y comunicadas. En salud mental, esto ocurre cuando el DSM y el modelo biomédico definen unilateralmente qué significa estar “sano” o “enfermo”, sin incluir las voces de quienes atraviesan el sufrimiento psíquico (Johnstone, 2021). En consecuencia, muchas personas carecen de marcos adecuados para nombrar su experiencia y quedan silenciadas.

En este sentido, las prácticas que priorizan las narrativas médicas por encima de las voces de los usuarios contribuyen a mantener estas formas de injusticia. Para contrarrestar dichas dinámicas, la práctica clínica crítica debe operacionalizar los principios de justicia epistémica a través de la escucha activa y empática (Johnstone, 2021) y el reconocimiento del usuario como un informante válido. Solo de esta manera es posible construir una relación terapéutica más equitativa y anti opresiva, en la que las personas no sean reducidas a diagnósticos, sino reconocidas como sujetos de derechos cuyas experiencias constituyen una fuente legítima y valiosa de conocimiento.

La formación crítica. En el artículo “Educating for critical social work practice in mental health”, Morley y Stenhouse (2021) abordan un tema estrechamente relacionado con el apartado anterior: el papel de la educación crítica en la práctica del Trabajo Social y la importancia de este pilar para evitar una práctica alineada con discursos dominantes como el biomédico. Los autores reflexionan a partir de una experiencia en la práctica clínica, en la que constataron la aparente

^{†††} Poder identitario se refiere al cómo los estereotipos sociales asociados a la identidad de una persona influyen en cómo se evalúa su palabra.

imposibilidad de llevar a cabo un ejercicio crítico en este contexto. A partir de ello, subrayan la relevancia de promover una educación orientada hacia el Trabajo Social crítico; es decir, una formación sustentada en teorías críticas que permita reconocer y desafiar la hegemonía, desenmascarar las relaciones de poder y superar la alineación con discursos dominantes.

En este marco, Morley y Stenhouse (2021) destacan dos elementos fundamentales. El primero es la adopción de un enfoque post estructural crítico, que posibilite la deconstrucción de verdades presentadas como incuestionables, visibilizando que en realidad se trata de construcciones sociales que refuerzan y sostienen los discursos dominantes. El segundo es la necesidad de desarrollar un modelo social crítico como alternativa al modelo biomédico (Mánchester, 2015 citado en Morley & Stenhouse, 2021). Este modelo implica incorporar análisis estructurales como de desigualdad y derechos en la comprensión de la salud mental.

Finalmente, desde esta perspectiva crítica, se reconoce que las prácticas clínicas y sociales no son neutrales, sino que están atravesadas por relaciones de poder, discursos e ideologías que condicionan la manera en que se desarrolla la práctica y que, además, inciden en la configuración de la identidad profesional (Morley & Stenhouse, 2021).

Salud Mental colectiva. Se encuentra dentro de las perspectivas críticas que cuestionan el predominio del modelo biomédico y buscan ampliar la comprensión del sufrimiento psíquico, la salud mental colectiva se presenta como un aporte central. Esta perspectiva propone mirar la salud mental no desde una lógica individualizante, sino como un fenómeno profundamente vinculado a lo social, lo político y lo comunitario, en consonancia con lo que se ha abordado en este apartado. En este sentido, se configura como una propuesta no hegemónica que se articula con enfoques críticos para transformar el modelo actual de atención y avanzar hacia formas de cuidado más democráticas y respetuosas de los derechos de las personas (Porxas, 2019 citado en Serrano, 2022).

La salud mental colectiva no se limita a ofrecer una forma distinta de intervenir; también plantea un posicionamiento ético-político para el Trabajo Social. Esto implica reconocer que muchas formas de sufrimiento no derivan únicamente de procesos individuales, sino que están generadas o agudizadas por el propio sistema de atención, atravesado por prácticas coercitivas, medicalización excesiva, falta de perspectiva de derechos y escasa participación de los usuarios en las decisiones (Serrano, 2022). En consecuencia, el Trabajo Social está llamado a repensar su papel, no como mero ejecutor de intervenciones prescritas, sino como un actor crítico que cuestiona estructuras y acompaña procesos de emancipación.

Un rasgo distintivo de esta perspectiva es que articula tres dimensiones complementarias. Según (Serrano, 2022), se articula, en primer lugar, como corriente de pensamiento, cuestiona el reduccionismo biomédico y plantea un concepto ampliado de salud que integra lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico. En segundo lugar, como movimiento social, defiende el derecho a la salud de todas las personas, se vincula a luchas colectivas en torno a este derecho y reconoce a la comunidad como un actor central en la producción de salud. Finalmente, como práctica profesional, promueve el trabajo conjunto entre usuarios y profesionales, orientado a fortalecer la participación activa en los procesos de cuidado y el compromiso colectivo en torno a la salud mental. Por último, la salud mental colectiva subraya la importancia de que la formación profesional brinde a los trabajadores sociales una mirada crítica y alineada con los principios de la justicia social, de modo que puedan sostener prácticas coherentes con esta perspectiva.

La visión interseccional. Parte de la idea de que las personas no viven una sola forma de desigualdad, sino que sus experiencias están atravesadas por múltiples ejes de opresión y privilegio, como el género, la clase social, la etnicidad, la orientación sexual, la edad o la discapacidad, que interactúan entre sí y producen realidades específicas (Karban, 2017). No se

trata simplemente de sumar desigualdades, sino de reconocer cómo estas se entrelazan y generan modos particulares de vivir y afrontar el mundo.

En el campo de la salud mental, esto implica que los trastornos no pueden abordarse como categorías aisladas. Su análisis y tratamiento requieren integrar los marcadores sociales que los condicionan, así como la intersección de los diversos ejes de desigualdad que atraviesan la vida de las personas y que, en muchos casos, agravan y perpetúan el sufrimiento mental (Crenshaw, 1991 citado en Serrano, 2022). En esta misma línea, Morrow y Weisser (2012) sostienen que

Cuando el racismo, el sexismo y/o la homofobia se combinan con la experiencia adicional de angustia mental, así como otras formas de desigualdad estructural y social, la mezcla tóxica resultante de discriminación y opresión, experimentada y ejercida interseccionalmente, probablemente comprometa aún más la salud y el bienestar (citado en Karban, 2017, p. 894).

Krieger (2011) complementa esta visión al introducir el concepto de encarnación, con el cual ilustra cómo “literalmente encarnamos, biológicamente, nuestra experiencia vivida en un contexto social y ecológico” (citado en Karban, 2017, p. 893). Esto significa que las privaciones económicas, la discriminación, la violencia, el trauma o el acceso inadecuado a servicios de salud dejan huellas en la vida cotidiana y en el cuerpo de quienes las enfrentan.

Visión sistémica. Centra su atención en las relaciones que las personas establecen dentro de sus contextos familiares, sociales e institucionales. Desde esta mirada, la persona con la que se interviene no puede entenderse de manera aislada, sino como parte de un microsistema y, al mismo tiempo, de un macrosistema, donde los distintos niveles se influyen recíprocamente (Bertalanffy, 1986 citado en Acosta, 2016).

Diversos estudios (Acosta, 2016; Moreno, 2024; Ahmed et al., 2018) han empleado esta visión sistémica como marco teórico para orientar intervenciones en salud mental. Su aporte resulta clave, pues permite reconocer que los problemas en este campo no surgen únicamente de factores biológicos, sino también de las interacciones con los entornos familiares, escolares y comunitarios (Acosta, 2016). Así, la salud mental se comprende como un fenómeno complejo, en el que intervienen variables de distinta naturaleza y niveles de análisis.

Enfoques de recuperación y de empoderamiento. Dentro de la literatura revisada emergen dos enfoques que, comparten una orientación común: situar a las personas en el centro de los procesos de atención en salud mental, reconociendo su capacidad de decisión, su agencia y sus derechos. Estos enfoques no solo buscan superar las limitaciones del modelo biomédico, sino que promueven formas de intervención más democráticas y participativas. Respecto al **Enfoque de Recuperación**, en la literatura, el concepto de recuperación no se presenta de manera unívoca, sino que aparece asociado a distintas categorías: filosofía, principio ético, práctica, enfoque e incluso como una meta a alcanzar (Karpētis, 2020; Karbani, 2017; Hyde et al., 2014; Brown, 2021; Munford, 2023; Alonso, 2014). Predominó, sin embargo, su comprensión como enfoque de recuperación que orienta la práctica profesional. Este enfoque se caracteriza por colocar en el centro la autodeterminación, la autonomía y el empoderamiento de las personas usuarias, en oposición a modelos más tradicionales que priorizan la reducción de síntomas (Karpētis, 2017; Karban, 2017). En este marco, los usuarios son considerados como protagonistas en sus propios procesos, con capacidad para definir metas, tomar decisiones y ejercer autodeterminación. En este sentido, se resalta la importancia de un trabajo colaborativo y centrado en la persona, en el que la intervención no solo atiende necesidades clínicas (Karpētis, 2020).

El enfoque de recuperación no es homogéneo, sino que presenta diversos matices. Hyde et al. (2014), distinguen entre recuperación clínica y la recuperación personal. La primera, estrechamente alineada con el modelo biomédico, se entiende como la ausencia de síntomas y el restablecimiento del funcionamiento. La segunda, en cambio, es subjetiva y narrativa, pues implica que la persona pueda dotar de significado a su experiencia y encontrar un propósito en la vida, incluso cuando persisten los síntomas. Desde una visión más funcional, Lieberman (2004, citado en Alonso, 2014) define la recuperación como un proceso que incluye la disminución o desaparición de síntomas, el funcionamiento ocupacional, la vida independiente y el mantenimiento de relaciones sociales estables. Es así como se observa que en el enfoque coexisten definiciones clínicas, como subjetivas y sociales.

Por otra parte, este enfoque no está exento de tensiones, Karban (2017) advierte que, aunque la recuperación nació como un movimiento de resistencia al poder psiquiátrico, actualmente corre el riesgo de reducirse a un indicador de desempeño institucional asociado con la rapidez con que abandonan los servicios, por ejemplo. Este uso limitado amenaza con desvirtuar su sentido original, vinculado al fortalecimiento de identidades positivas, la inclusión social y la lucha contra el estigma (Karbon, 2017). Asimismo, Brown (2021) señala que la recuperación ha sufrido un desplazamiento desde su raíz emancipadora hacia una interpretación más institucionalizada, centrada en la autogestión individual. En este giro, la recuperación se entiende cada vez más como la capacidad de las personas para adaptarse a las recomendaciones biomédicas y mantener hábitos saludables prescritos, como el control de la alimentación, el ejercicio o la abstinencia en el consumo de sustancias (Brown, 2021). Este énfasis en la responsabilidad individual corre el riesgo de diluir la dimensión crítica y transformadora de la recuperación, al convertirla en un mecanismo de normalización y ajuste a parámetros médicos.

Ahora bien, también resulta pertinente mencionar la recuperación vista como una filosofía, dado que en la literatura repetidamente se hace alusión a ello (West, 2021; Cui et al., 2022; Hyde et al., 2014). Vista desde esta perspectiva se hace referencia a un marco de principios y valores que orientan la manera de comprender los problemas de salud mental. West (2021) la describe como una visión amplia que incorpora la agencia, el empoderamiento, la esperanza, la identidad y la importancia de las relaciones, reconociendo además el valor del proceso y del camino recorrido. Por lo que la recuperación no se reduce a un resultado final, sino que constituye una forma de entender la salud mental basada en la participación activa y en la construcción de sentido de vida.

En sintonía con ello, Cui et al. (2022) señalan que el discurso de recuperación prioriza la búsqueda de una vida significativa por encima de la cura o la reducción de síntomas, conectándose a principios como la autodeterminación, el enfoque en fortalezas y la justicia social. Asimismo, Ramón, Healy y Renouf (2007, citados en Hyde et al., 2014) aportan que en el significado de recuperación se incluyen principios como el reconocimiento del trauma, la esperanza, el derecho al fracaso y la autogestión de los usuarios, además de la transición hacia un modelo de fortalezas.

Por otra parte, en lo que concierne al **Enfoque de Empoderamiento**, conviene señalar que este concepto también se reconoce como un componente esencial del discurso de recuperación, pues se relaciona estrechamente con valores como la responsabilidad personal, la fortaleza y la capacidad de ejercer control sobre la propia vida (Leamy et al., 2011, citado en Cui et al., 2022). De ahí la importancia de aclarar que, aunque en la literatura el empoderamiento aparece como un enfoque autónomo, también constituye un valor fundamental que sostiene la práctica de la recuperación.

Ahora bien, entendido como enfoque, no se limita a brindar apoyo individual, sino que busca generar condiciones para que las personas con problemas de salud mental fortalezcan sus

capacidades, reconozcan su poder de decisión y acción en su vida cotidiana y participen activamente en los espacios que las afectan (Linhorst, 2006, citado en Cui et al., 2022).

Cui et al. (2019) identifican dos formas principales de conceptualizar el empoderamiento. La primera es relacional, basada en la confianza, la colaboración y la construcción de vínculos que fortalezcan tanto la relación profesional–usuario como la defensa comunitaria. La segunda es orientada a recursos, vinculada al acceso a apoyos, servicios e información que permitan a las personas contar con entornos más favorables para su bienestar.

Por otra parte, el enfoque va más allá de la relación profesional–cliente, pues también se despliega en niveles relacionales e institucionales. Cui et al. (2022) manifiestan que cuando Trabajadores Sociales y usuarios participan de manera significativa en la toma de decisiones clínicas, se generan dinámicas que cuestionan la hegemonía psiquiátrica, redistribuyen el poder en el campo de la salud mental y amplían el acceso a recursos sociales. Esto ocurre porque las decisiones dejan de estar limitadas a la lógica biomédica, se comparten de manera más equitativa entre profesionales y usuarios, y se abren posibilidades de incorporar soluciones sociales y comunitarias que suelen quedar invisibilizadas en los enfoques tradicionales.

En esta línea, Cui et al. (2022) proponen comprender el empoderamiento desde una lógica multinivel: en el plano individual, como fortalecimiento del cliente y desarrollo de autoeficacia; en el nivel relacional, a través de la transformación de las dinámicas de poder en la interacción con profesionales y con la comunidad; y en el nivel estructural, mediante el cuestionamiento de jerarquías institucionales y de los modelos de gobernanza en salud que sostienen desigualdades.

5.2.2.3 Posturas epistemológicas

La postura epistemológica se entiende como la posición que asumen los profesionales frente al conocimiento y su aplicación en la práctica. En este marco, se identificó al eclecticismo

como la postura más frecuente, caracterizada por nutrirse de diversos marcos teóricos para orientar la intervención. Junto a esta, también emergen otras tendencias que resultan relevantes para comprender la diversidad de enfoques en el Trabajo Social en salud mental.

Tendencia ecléctica. Una de las tendencias más recurrentes en las posturas epistemológicas de los Trabajadores Sociales es el eclecticismo. Diversos estudios coinciden en señalar que la mayoría de profesionales no se adhieren a un único marco teórico, sino que combinan diferentes enfoques en su práctica. Ekeland y Myklebust (2022) encontraron que un 63% de los Trabajadores Sociales en el ámbito de la salud mental se describen como eclécticos, mientras que Karpētis (2020) reportó resultados similares al constatar que, al ser consultados por las teorías que sustentaban su práctica, la mayoría definió su orientación en esos términos. En la misma línea, Martínez y Cazorla (2022) evidenciaron que la mayor parte de los profesionales reconoció no ajustarse a un único modelo teórico.

Ruche (2018) también identificó esta postura como la categoría más representativa en su investigación, señalando que muchos Trabajadores Sociales incorporan una diversidad de marcos teóricos con el propósito de adaptarse a las necesidades y situaciones específicas de cada caso. Sin embargo, la autora advierte que este eclecticismo no siempre tiene el mismo significado: en algunos casos se trata de una elección consciente, fruto de la reflexión crítica y la experiencia; mientras que, en otros refleja una indefinición epistemológica derivada de la ausencia de un cuerpo teórico sólido que sustente las intervenciones. Coincidiendo con este planteamiento, Ekeland y Myklebust (2022) sostienen que el eclecticismo puede expresar más una indiferencia epistemológica que una opción deliberada, afirmación que respaldan en sus hallazgos al observar que, a mayor nivel educativo, los trabajadores sociales tendían a ser menos eclécticos.

Otras tendencias epistemológicas en el Trabajo Social. Al comparar los resultados de dos investigaciones que tuvieron como objetivo identificar las posturas epistemológicas preferidas por los Trabajadores Sociales en salud mental, se evidencian otras tendencias. Tanto Ekeland y Myklebust (2022) como Ruche (2018) coinciden en destacar el peso del enfoque sistémico y del pensamiento cognitivo/cognitivo-conductual como referentes centrales, quedando estos referentes dentro de las tres primeras posturas teóricas preferidas por los profesionales en ambos estudios. El humanismo también aparece en ambos estudios, aunque con distinta relevancia: ocupa un lugar destacado en el de Ekeland y Myklebust (2022) y uno marginal en el caso de Ruche (2018) el psicoanálisis o psicodinámico se ubica en posiciones intermedias, lo que muestra su vigencia, aunque no como tendencia dominante. En contraste, el enfoque conductual se mantiene en los últimos lugares, y el biomédico, que fue considerado únicamente por Ekeland y Myklebust (2022) y resultó ser el de menor influencia.

Cabe señalar que, los resultados expuestos provienen de investigaciones realizadas en contextos específicos, Noruega (Ekeland & Myklebust, 2022) y España (Ruche, 2018), lo que implica posibles limitaciones en su alcance, dado que las preferencias epistemológicas de los Trabajadores Sociales pueden variar según el país y el contexto institucional. No obstante, estos estudios fueron considerados en la revisión de literatura por su relevancia y pertinencia, ya que permiten ofrecer una visión preliminar de las posturas epistemológicas más frecuentes en el campo del Trabajo Social en salud mental.

5.2.2.4 Relación Teoría-Práctica

Diversos autores coinciden en señalar las dificultades que enfrenta el Trabajo Social para articular teoría y práctica, lo que repercute en la aplicación de los marcos conceptuales en la intervención (Karpētis, 2020; Fussi, 2019; Ruche, 2018). Fortalecer el desarrollo teórico se

presenta entonces como una necesidad, en tanto brinda un sustento crítico al campo de intervención y contribuye a la construcción de una identidad profesional más sólida (Fussi, 2019). Además, la teoría está inevitablemente presente en la práctica, como lo advierte Howe (1999): “Lo que hacemos con nuestros clientes en Trabajo Social no es una cuestión de sentido común evidente. Es una cuestión de elección teórica, lo reconozcamos o no” (citado en Ruche, 2018, p. 166).

Ahora bien, las investigaciones muestran que las dificultades no se limitan a la aplicación, sino también a la comprensión misma de lo que significa teoría en la práctica profesional. En el estudio de Karpetis (2020), muchos Trabajadores Sociales, al ser consultados sobre las teorías que sustentaban sus intervenciones, mencionaron técnicas o herramientas específicas, como la entrevista motivacional o la escucha de apoyo, sin identificar los marcos teóricos que las fundamentan. Este hallazgo evidencia la confusión entre teoría y técnica, lo que debilita la capacidad de articular de manera crítica la intervención.

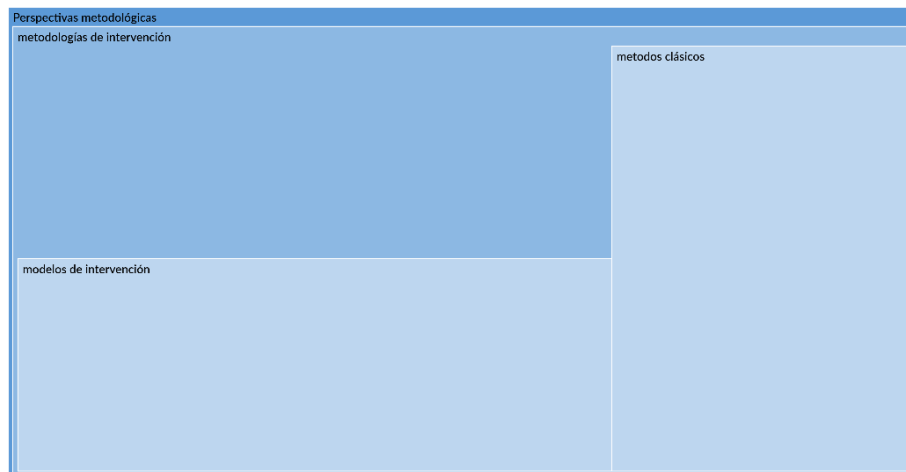
La confusión entre teoría y práctica identificada en los profesionales puede comprenderse, en buena medida, como el resultado de la brecha existente desde la formación académica. Tal como señala Ruche (2018), la enseñanza universitaria en Trabajo Social suele presentar la teoría de manera generalista y poco vinculada a las necesidades reales del ejercicio profesional, lo que dificulta su aplicación en contextos concretos.

5.2.3 Resultados: Descripción Perspectivas Metodológicas

Del proceso de categorización en NVivo emergieron las siguientes subcategorías, que orientan el desarrollo de las perspectivas metodológicas (Ver Figura 9).

Figura 9

Perspectivas metodológicas



Nota. Tomado del software NVivo.

5.2.3.1 Metodologías de intervención

Las metodologías de intervención constituyen un eje fundamental en el quehacer del Trabajo Social en el campo de la salud mental, ya que orientan la forma en que los profesionales abordan las necesidades de las personas y sus entornos. En primer lugar, se encuentran los métodos clásicos, entre los que destacan el trabajo de caso, el trabajo de grupo, la intervención comunitaria y el trabajo con familias.

El trabajo de caso, concebido como la intervención con individuos y familias, fue definido por Richmond (s.f.) como un proceso investigativo que permite estudiar la situación del sujeto, elaborar un diagnóstico y establecer objetivos de tratamiento. Este proceso considera las dimensiones mentales, emocionales, físicas, familiares, personales, grupales y comunitarias de la persona atendida (citado en Acosta, 2016). Por su parte, el trabajo con grupos y la intervención comunitaria se orientan a fortalecer redes de apoyo y recursos sociales, contribuyendo a reducir el aislamiento y a promover la participación activa en la vida social (Luis-Yagüe, 2014).

Los métodos representan las formas tradicionales de acción profesional y constituyen la base sobre la cual se diseñan las estrategias de intervención. Estos métodos se articulan dentro de

diversos modelos de intervención, los cuales han surgido para enriquecer y ampliar las posibilidades de acción en el ámbito de la salud mental.

Es así como, además de los métodos clásicos, se identifican diversos modelos de intervención que orientan la práctica del Trabajo Social en salud mental. Estos modelos ofrecen marcos de referencia que ayudan a estructurar las acciones profesionales de manera coherente. Cada uno de ellos define un modo particular de comprender las necesidades de las personas y de organizar los procesos de apoyo, desde la atención de crisis inmediatas hasta la construcción de redes comunitarias y la promoción de la inclusión social. A continuación, se presentan los principales modelos identificados en los artículos revisados.

En primer lugar, está el **modelo de continuidad de cuidados**, el cual busca garantizar un seguimiento integral, coordinado y sostenido en el tiempo para las personas con problemas de salud mental. Su propósito es evitar discontinuidades o “vacíos” entre los distintos niveles de intervención, médica, social y comunitaria, asegurando que exista un acompañamiento constante tanto dentro de los servicios especializados como en el entorno cotidiano de la persona (Alonso, 2014).

Por otra parte, en situaciones de urgencia se recurre al **modelo de intervención en crisis**, orientado a regular los estados emocionales negativos que emergen frente a circunstancias adversas. Este modelo procura restablecer la estabilidad de la persona en el menor tiempo posible mediante respuestas rápidas y efectivas que permitan contener la crisis, controlar el impacto inmediato y reducir los riesgos asociados tanto para la persona como para su entorno (Acosta, 2016; Fernández & Ponce de León, 2014, citado en Planas, 2015).

A nivel organizativo, el **modelo de gestión de casos** constituye una herramienta que permite analizar las necesidades de la persona y coordinar a las instituciones de salud, sociales y

comunitarias para garantizar conjuntamente la supervisión, el cuidado y el tratamiento. Con ello, se busca fortalecer la red de apoyo familiar y social, además de asegurar el cumplimiento de derechos (Acosta, 2016).

De manera complementaria, el **modelo psicosocial**, utilizado habitualmente en los centros de salud mental, se centra en un acompañamiento integral que abarca las dimensiones personal, familiar y comunitaria. Su finalidad es restablecer la estabilidad emocional y reforzar las redes sociales de los usuarios. Según Du Ranquet (1996), su secuencia metodológica implica comprender el problema, realizar un diagnóstico inicial, comprometer al cliente con el tratamiento, establecer una relación de trabajo, llevar a cabo un estudio psicosocial, formular un diagnóstico más completo y finalmente diseñar un plan de acción con objetivos claros (citado en Planas, 2015).

En esta misma dirección, el **modelo de intervención en redes** destaca la importancia de las relaciones significativas en la vida de las personas. A partir de los planteamientos de Silvia Navarro (2004), este modelo propone identificar las redes existentes, analizar la calidad y funciones de esos vínculos, incluyendo tensiones y conflictos, y establecer estrategias para fortalecer el apoyo social y reducir barreras que dificultan el desarrollo personal y comunitario (citado en Planas, 2015).

Con un enfoque más amplio, el **modelo socioecológico de Bronfenbrenner** permite comprender a la persona en su interacción con distintos niveles de contexto. Según Ahmed et al. (2018), se distinguen el microsistema (relaciones inmediatas), el mesosistema (interacción entre entornos), el exosistema (instituciones y estructuras con influencia indirecta) y el macrosistema (valores culturales e ideologías). Esta perspectiva orienta intervenciones multinivel que integran dimensiones individuales, familiares, comunitarias y estructurales.

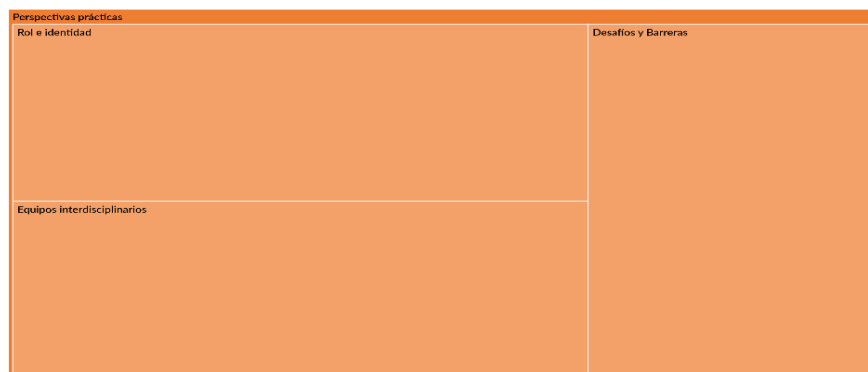
Finalmente, el **modelo comunitario** se sustenta en la premisa de que la salud mental debe abordarse en los espacios cotidianos de la vida comunitaria, reconociendo a las personas como ciudadanos de pleno derecho y sujetos activos en sus procesos de vida (Shepherd et al., 2008, citado en Zorrilla, 2017). Su propósito es reducir la dependencia de los servicios especializados y favorecer la autonomía, la participación y la inclusión social. Para ello, enfatiza el trabajo en y con el territorio, fortaleciendo vínculos afectivos y relacionales, y promoviendo estrategias como el asociacionismo en primera persona, la creación de espacios autogestionados y la participación en entornos comunitarios compartidos (Zorrilla, 2017).

5.2.4 Resultados: Descripción Perspectivas Prácticas

A partir del proceso de categorización realizado en el software NVivo, se identificaron las siguientes subcategorías que estructuran el desarrollo de las perspectivas prácticas (Ver Figura 10)

Figura 10

Perspectivas Prácticas



Nota. Tomado del software NVivo.

5.2.4.1 Roles, funciones e identidad del Trabajo Social en salud mental

Intervención directa. La intervención directa constituye un rol esencial del Trabajo Social en salud mental, caracterizado por la atención inmediata y relacional hacia las personas y sus familias. Sus funciones incluyen la escucha activa, la validación de experiencias y el

acompañamiento emocional, elementos fundamentales para establecer vínculos de confianza y promover la dignidad de los usuarios (Karpētis, 2020; Ross et al., 2023; Munford, 2023). Asimismo, los Trabajadores Sociales apoyan la identificación de fortalezas, orientan en la toma de decisiones y facilitan el acceso a recursos comunitarios y servicios sociales, asegurando experiencias positivas en ámbitos como la vivienda y el bienestar (Karpētis, 2020).

La literatura también reconoce la participación del Trabajo Social en procesos clínicos y terapéuticos. Luis-Yagüe (2014) señala que sus funciones abarcan la intervención en los procesos terapéuticos, la planificación y supervisión de programas de atención, con un enfoque en potenciar recursos personales y familiares, así como en promover la independencia y la dignidad. De manera complementaria, Planas (2015) documenta experiencias de intervención directa que incluyen visitas domiciliarias, entrevistas, orientación y apoyo emocional, lo que refleja la diversidad de estrategias empleadas en este ámbito.

Mediación comunitaria y construcción de redes de apoyo. El Trabajo Social en salud mental también cumple un rol de mediación comunitaria, actuando como puente entre los usuarios, sus familias y las instituciones sociales y sanitarias. Planas (2015) describe en su estudio cómo, en un caso particular, intervino para facilitar la reintegración social de una persona sin redes de apoyo, a través de visitas domiciliarias, el vínculo con instituciones y la coordinación con recursos comunitarios. Este papel se vincula estrechamente con la construcción y fortalecimiento de redes de apoyo, orientadas a ampliar los vínculos familiares, comunitarios e institucionales que sostienen los procesos de recuperación (Planas, 2015; Fussi, 2019).

En este sentido, el concepto de capital de recuperación resulta útil para comprender la importancia de estas redes en el proceso de bienestar. Tew (2013), citado en Munford (2023), sostiene que los recursos personales y sociales, económicos, de identidad, relacionales y

comunitarios, son determinantes para sostener la recuperación. De manera particular, resalta el capital relacional, que se expresa en los apoyos familiares y comunitarios disponibles de forma inmediata y duradera, y que es tan relevante como la asistencia clínica para promover la autonomía y mantener el bienestar.

De manera complementaria, Bronwyn et al. (2015) destacan el valor del apoyo entre pares y la ayuda mutua como una práctica histórica del Trabajo Social, mientras que Martínez y Cazorla (2022) resaltan la importancia de integrar los determinantes sociales en la atención, identificando barreras externas a la recuperación e impulsando la implicación comunitaria. Este rol también adquiere un carácter crítico, al cuestionar prácticas individualizadas y fragmentadas, promoviendo en cambio la integración de recursos sociales y comunitarios para avanzar hacia la inclusión y la justicia social (Bark et al., 2023; Karban, 2017).

Defensa de derechos. La defensa de los derechos humanos constituye una función transversal y distintiva del Trabajo Social en salud mental es considerado un valor central en la práctica (Bark et al., 2023). Acosta (2016) subraya que los profesionales tienen la obligación de reportar situaciones de vulneración, como violencia intrafamiliar, abuso sexual o negligencia, garantizando la protección integral de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y adultos en situación de riesgo. Meadows y Moran (2022) amplían esta función al incluir la educación de los usuarios sobre sus derechos, la promoción de la autonomía y el empoderamiento, así como la práctica antidiscriminatoria y antiopresiva.

Ahora bien, este rol también se extiende al nivel estructural, donde el Trabajo Social asume una función clave en el ámbito de las políticas públicas y organizacionales. Los profesionales no solo ponen en evidencia las carencias que perpetúan la desigualdad, sino que también muestran cómo estas afectan directamente a las personas en su vida cotidiana. Asimismo, intervienen en la

construcción de políticas más equitativas a través del análisis crítico, el activismo y la colaboración con colectivos de usuarios, buscando transformar las condiciones sociales que producen desventajas y promover escenarios de mayor bienestar e inclusión comunitaria (Munford, 2023).

Evaluación, planificación y seguimiento. La evaluación y el diagnóstico social constituyen funciones clave del Trabajo Social en salud mental, ya que permiten identificar las necesidades de las personas y orientar intervenciones acordes con su realidad. Luis-Yagüe (2014) señala que esta labor comprende la valoración de aspectos personales, familiares, sociales y del entorno, la formulación del diagnóstico social y la planificación de estrategias de intervención, acompañadas de un seguimiento continuado. En este mismo sentido, Yusof et al. (2019) subrayan que la evaluación incluye dimensiones específicas como las relaciones significativas, la aceptación del entorno y las condiciones sociales que favorecen o dificultan la recuperación y el desarrollo.

Ahora bien, el diagnóstico, además, actúa como marco organizador de la atención en la medida que orienta las decisiones de intervención. Como señalan Sur et al. (2023), los Trabajadores Sociales son fundamentales para integrar la influencia de los determinantes sociales en el pronóstico de la evolución del caso y la calidad de vida, aportando una visión que articula la situación clínica con el contexto social.

De esta manera, la labor evaluativa trasciende la simple identificación de necesidades, ya que implica analizar y valorar los recursos materiales, simbólicos y relacionales de las personas y de sus redes de apoyo, con el fin de afrontar dificultades y reducir riesgos sociales (Fussi, 2019; Martínez & Cazorla, 2022). Asimismo, la planificación y el seguimiento requieren situar la atención en el contexto vital de los usuarios, reconociendo factores como la pobreza o la exclusión, que influyen directamente en la experiencia de la enfermedad mental (Rodríguez, 2022).

Psicoeducación. Los Trabajadores Sociales también cumplen un rol preponderante en la psicoeducación, tanto en el ámbito comunitario como en el familiar. A nivel comunitario, desarrollan campañas de sensibilización y charlas orientadas a educar sobre salud mental, con el objetivo de reducir el estigma que persiste en torno a los trastornos y su atención (Yusof et al., 2019; Moreno, 2024). En el plano individual y familiar, las intervenciones suelen centrarse en fortalecer la comunicación, la resolución de conflictos y las pautas de crianza, proporcionando acompañamiento y orientaciones que promuevan relaciones sanas y entornos protectores (Moreno, 2024; Acosta, 2016).

Identidad profesional del Trabajo Social en salud mental. La identidad del Trabajo Social en salud mental se configura a partir de valores éticos, rasgos distintivos y una visión del conocimiento que diferencian a la profesión de otras disciplinas del campo. Entre estos elementos sobresalen la justicia social y la escucha validante, reconocidas como cualidades centrales que orientan la práctica profesional (Bronwyn et al., 2015). Desde esta perspectiva, el Trabajo Social aporta una dimensión social y centrada en la persona, enfocada en potenciar las fortalezas de los individuos y sus redes comunitarias, bajo una ética de justicia social que amplía la mirada más allá del modelo médico tradicional (Abendstern et al., 2016).

Los valores y principios constituyen un componente esencial de esta identidad. Meadows y Moran (2022) evidencian que los Trabajadores Sociales reconocen los derechos humanos como fundamento de su quehacer, lo que se traduce en prácticas orientadas a la defensa, la promoción de la autonomía, el empoderamiento y la lucha contra la discriminación. En la misma línea, Bark et al. (2023) destacan que esta identidad se expresa en la defensa activa de los derechos y deseos de los usuarios, en la inclusión de su voz en los servicios y en la capacidad de visibilizar factores sociales como la pobreza o la vivienda, frecuentemente omitidos por otros profesionales.

Asimismo, la justicia social ocupa un lugar especial en el código ético de la profesión, siendo el Trabajo Social la única disciplina que la reconoce explícitamente como principio constitutivo (Ross et al., 2023).

En síntesis, la identidad del Trabajo Social en salud mental se refleja en prácticas que materializan estos valores, concretándose en intervenciones basadas en la justicia social, los derechos humanos y la equidad (Conejo, 2024).

5.2.4.2 Desafíos y Barreras

El ejercicio del Trabajo Social en salud mental enfrenta diversas barreras estructurales, institucionales e ideológicas que limitan el alcance de sus intervenciones y condicionan la práctica profesional. En la literatura se identifican de manera recurrente obstáculos vinculados al predominio del modelo biomédico, a las políticas neoliberales de salud, a las exigencias institucionales y a la posición subordinada que ocupa la profesión en este campo.

Una primera barrera está relacionada con la hegemonía del modelo biomédico, que opera a partir del diagnóstico clínico y prioriza la medicación y el tratamiento basado en evidencia. Este enfoque entra en tensión con los valores y la ética del Trabajo Social, centrados en la persona y en los factores sociales, culturales y ambientales que influyen en su bienestar (Sur et al., 2023; Brown, 2021). En el estudio de Ross et al. (2023), los participantes manifestaron sentirse constreñidos por este modelo, que privilegia diagnósticos y etiquetas, dejando de lado dimensiones sociales y estructurales. Aunque los Trabajadores Sociales suelen identificarse con perspectivas críticas y con el enfoque de recuperación, en la práctica terminan alineándose con dinámicas médicas que reducen la recuperación a procesos superficiales y estandarizados (Bronwyn et al., 2014; Bark et al., 2023).

En segundo lugar, el refuerzo de políticas neoliberales en salud mental ha acentuado estas limitaciones, al priorizar la eficiencia y el control de recursos por encima de la calidad de los servicios. Dichas políticas introducen indicadores centrados en la productividad cuantitativa, como el número de pacientes atendidos, la rapidez de los procesos, que generan presiones en los profesionales, quienes deben ajustarse a protocolos rígidos y tiempos reducidos (Cui et al., 2022; Brown, 2021). Como consecuencia, queda poco espacio para considerar lo social o para aplicar prácticas más centradas en la persona, lo que con frecuencia genera frustración entre los Trabajadores Sociales (Ross et al., 2023).

En tercer lugar, las cargas institucionales de trabajo constituyen una barrera recurrente. Wong et al. (2016), Cui et al. (2019) y Bark et al. (2023) coinciden en señalar que la sobrecarga laboral impide desarrollar intervenciones más completas. Un ejemplo de ello es el estudio de Webber et al. (2019), en el que los Trabajadores Sociales reconocieron la compatibilidad de un modelo llamado *Connecting People Intervention* (CPI) con su labor, pero manifestaron dificultades para implementarlo debido a las obligaciones estatutarias que absorbían la mayor parte de su tiempo.

Finalmente, otra barrera fundamental es la posición subordinada del Trabajo Social en el campo de la salud mental, dominado en gran medida por la medicina. Estudios señalan que la profesión suele estar infrautilizada y relegada a un papel marginal, lo que refleja la jerarquización implícita del modelo biomédico (Bronwyn et al., 2015). Esta situación no solo limita el aprovechamiento pleno de las competencias de la profesión, sino que también refuerza la percepción de bajo estatus frente a otros profesionales (Yusof et al., 2019). Entre los factores que explican esta marginalización se encuentran los desequilibrios de poder (West, 2021) y la tensión

epistemológica entre un conocimiento médico considerado objetivo y un conocimiento social visto como subjetivo (Cui et al., 2022).

5.2.4.3 Equipos interdisciplinarios

El Trabajo Social en salud mental suele actuar dentro de equipos interdisciplinarios. Luis-Yagüe (2014) los define como un conjunto de profesionales que, aunque aportan desde campos de conocimiento y funciones diferenciadas, comparten un mismo objetivo y coordinan sus intervenciones según las características y prioridades de cada situación, participando en igualdad de condiciones. Esta práctica interdisciplinaria se sustenta en la interacción y la colaboración entre disciplinas (Cui et al., 2022). Retomando a Bourdieu, Fussi (2019) añade que la interdisciplina puede entenderse como un espacio atravesado tanto por conflictos como por colaboraciones y alianzas.

En este marco, el aporte del Trabajo Social se centra en integrar aspectos ambientales, relacionales, culturales y económicos de la vida de las personas, complementando así las dimensiones biológica y psicológica (Díaz, 2002). De este modo, la valoración del usuario no se limita a la enfermedad, sino que incorpora el contexto en el que esta se desarrolla. En sintonía, Fussi (2019) subraya que el Trabajo Social no solo contribuye desde estas dimensiones, sino que también orienta su práctica hacia la garantía y el restablecimiento de derechos, promoviendo abordajes que trascienden la lógica estrictamente biomédica.

No obstante, la literatura señala que en la práctica esos principios no siempre se cumplen, pues el Trabajo Social suele enfrentarse a tensiones y limitaciones que restringen su participación plena en los equipos de salud mental. Una de ellas es la falta de claridad respecto a su rol, en la investigación de Maddock (2015) evidenció que los integrantes de un equipo no tenían certeza sobre las funciones del Trabajador Social, al punto de que un enfermero asumía tareas propias de

este. De manera similar, Acosta (2016) constató que otros profesionales solían tener una apreciación reducida del alcance real del quehacer del Trabajo Social en el trabajo conjunto. Esto conlleva a que su aporte sea percibido como secundario o ambiguo (Abendstern et al., 2016).

Otra dificultad es la marginalización dentro de los equipos. Bark et al. (2023) muestran que la perspectiva social que caracteriza al Trabajo Social, tanto en su rol como en su lenguaje profesional, con frecuencia es minimizada o ignorada por colegas médicos, reduciendo su visibilidad e impactando en su bienestar laboral. En la práctica, esto se refleja en decisiones clínicas críticas como hospitalizaciones, tratamientos obligatorios o la administración de medicación, que suelen quedar bajo la autoridad médica, relegando a los trabajadores sociales a un papel secundario (Cui et al., 2022).

En conjunto, estas dinámicas revelan un marcado desequilibrio de poder en los equipos interdisciplinarios, dominados por la biomedicina y limitados por una comunicación interprofesional deficiente (Brown, 2021). Frente a ello, se destaca la necesidad de fortalecer competencias básicas como la comprensión y valoración de los roles profesionales, condición necesaria para una colaboración y coordinación eficaces en la atención al cliente y su familia (Brown, 2021). Asimismo, se enfatiza la importancia de la negociación continua de los límites del rol del Trabajo Social, con el fin de construir territorios compartidos en los que los saberes de cada disciplina se complementen y contribuyan a un abordaje más integral de la salud mental (Cui et al., 2022).

5.2.5 Resultados: Análisis Perspectivas Teóricas

El presente apartado tiene como propósito desarrollar el análisis de los hallazgos obtenidos en la revisión sistemática en relación con el objetivo específico de identificar las perspectivas teóricas que han orientado el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental. La lógica de análisis

parte de comprender que las perspectivas teóricas no constituyen marcos aislados, sino que se encuentran en permanente interacción con la práctica profesional y con los discursos hegemónicos que atraviesan el campo de la salud mental. En este sentido, se busca profundizar en las implicaciones que cada perspectiva tiene en la construcción disciplinar.

En la revisión sistemática se identificó que, en el campo de la salud mental, el Trabajo Social se apoya de forma predominante en perspectivas críticas. Estas cuestionan las estructuras dominantes, promueven la reflexión constante sobre la práctica y hacen visibles dimensiones que suelen quedar ocultas en los abordajes tradicionales. En consecuencia, ofrecen una base teórica para desafiar la hegemonía del modelo biomédico, cuya predominancia no solo responde a su arraigo institucional, sino también a dispositivos de poder y legitimación. En esa línea, instrumentos como el DSM, actúan como mecanismos de autoridad que fijan qué saberes son válidos y quiénes pueden ejercerlos (Lafrance y McKenzie-Mohr, 2013, citado en Brown, 2021). A ello se suma el interés de actores como la industria farmacéutica, que se beneficia de la prescripción de medicamento (Johnstone, 2021; Morley & Stenhouse, 2021). Así, más que por la solidez de sus respuestas, este modelo se sostiene por estructuras políticas, económicas y sociales que lo validan, aun cuando invisibiliza los determinantes sociales de la salud.

En respuesta, el Trabajo Social despliega perspectivas teóricas que devuelven la mirada hacia la estructura social. Zorrilla (2022) plantea que las desigualdades y barreras que atraviesan la salud mental tienen un origen estructural. Aunque en los artículos revisados no aparece de manera explícita una crítica al capitalismo, desde el marco teórico es evidente que este sistema, como modelo socioeconómico dominante, constituye un trasfondo fundamental. La lógica capitalista produce y reproduce desigualdades que se traducen en exclusión, precariedad y vulnerabilidad (Matthews, 2019; Frazer-Carroll, 2023).

Todo esto pone en evidencia los límites explicativos e interventivos del modelo biomédico, su mirada limitada a la dimensión individual y sintomática deja de lado muchas de las causas reales que sostienen los problemas de salud mental. Al no considerar los factores sociales, económicos o culturales que atraviesan la vida de las personas, termina ofreciendo respuestas parciales que difícilmente logran transformar la situación de fondo. Frente a ello, el Trabajo Social, que aporta una visión más social y humana en este campo, no puede permitirse replicar esas mismas dinámicas. Adoptar perspectivas críticas no es solo una opción, sino una necesidad para que la práctica profesional se mantenga coherente con su esencia y pueda abrir caminos hacia una atención más justa e inclusiva.

Se identifica, además, el impulso de una práctica clínica crítica, sustentada en las perspectivas teóricas que orientan al Trabajo Social. Esta práctica supone, en primer lugar, que las intervenciones se orienten a la justicia social y la equidad. En segundo lugar, exige una mirada contextual que reconozca cómo las afectaciones en la salud mental coexisten con limitaciones, barreras e injusticias presentes en el entorno social. Finalmente, implica situar a la persona en el centro, otorgando un lugar prioritario a la escucha y al reconocimiento de su propio discurso.

Ahora bien, surge la pregunta de cómo promover un Trabajo Social que incorpore de manera genuina estas perspectivas críticas. Una de las vías más destacadas en la literatura es la formación crítica desde la universidad, concebida no solo como un espacio para transmitir marcos conceptuales, sino también para cultivar una actitud analítica y reflexiva en los futuros profesionales. De este modo, los Trabajadores Sociales en formación no solo adquirirían herramientas teóricas, sino también la capacidad de reconocer prácticas que se alejan de sus principios éticos y de plantear alternativas. Esto les permitiría evitar la reproducción acrítica de

los discursos dominantes y, en su lugar, generar intervenciones coherentes con la esencia transformadora del Trabajo Social.

En concordancia a estas visiones críticas, se destaca, además, la interseccional y la sistémica, ambas coinciden en proponer una mirada más amplia que trasciende lo individual. La visión interseccional invita a considerar cómo distintas formas de desigualdad se entrelazan en la vida de una persona y, al combinarse, generan mayores niveles de exclusión o agravan las afectaciones en la salud mental (Crenshaw, 1991 citado en Serrano, 2022). En el marco teórico, esta perspectiva ocupa un lugar central, ya que se distancia del enfoque tradicional centrado en la enfermedad y reconoce que las experiencias de salud mental se configuran dentro de ejes de opresión (Montserrat & Alcázar, 2024).

Un ejemplo hipotético permite ilustrar la interseccionalidad: una mujer residente en un barrio periférico, con bajos ingresos económicos y diagnosticada con esquizofrenia, enfrenta diversos ejes de opresión que complejizan su situación. Su condición socioeconómica restringe las posibilidades de acceder a terapias, medicación o apoyos adecuados; el género la expone a estereotipos que descalifican o minimizan las vivencias de las mujeres; y el estigma asociado al diagnóstico refuerza su aislamiento social. La interacción de estos factores intensifica su vulnerabilidad y, si no son reconocidos en la intervención profesional, permanecen sin abordaje, perpetuando la exclusión en lugar de favorecer procesos de recuperación.

De forma complementaria, la visión sistémica amplía aún más el marco al reconocer la complejidad de los múltiples factores que inciden en la salud mental. Tal como se desarrolló en el marco teórico, esta mirada parte de la idea de que las personas interactúan constantemente con su entorno y son influidas por diferentes sistemas, individual, familiar, comunitario, institucional y social, lo que obliga a considerar la salud mental desde un entramado relacional más amplio. En

este sentido, la mirada sistémica se articula con otras perspectivas críticas, en el sentido de que, al ampliar la mirada más allá de lo individual, integra los diversos niveles que configuran la experiencia de las enfermedades de salud mental.

Respecto a la recuperación, también prevista en el marco teórico, los artículos revisados coincidieron en reconocer su relevancia, aunque con matices. Una de sus particularidades es su polisemia: algunos autores la conciben como modelo, otros como enfoque o filosofía. Pese a estas diferencias, existe consenso en que ubica a la persona antes que a la enfermedad y promueve la autonomía y la posibilidad de llevar una vida con propósito aun conviviendo con el trastorno (Uriarte & Vallespi, 2017). Sin embargo, la recuperación ha experimentado un proceso de distorsión respecto a su sentido original. En la práctica institucional, la recuperación se ha reducido con frecuencia a un indicador de desempeño, perdiendo su potencial transformador. Además, ha sido criticada por el énfasis que coloca en la responsabilidad individual, ya que, cuando es adoptada bajo la lógica biomédica, traslada casi todo el peso del proceso a la persona usuaria, mientras que, las condiciones externas que atraviesan su vida quedan invisibilizadas. De este modo, cuando se limita a esta mirada, la recuperación termina alejándose de su propósito principal.

Otro eje importante en la identificación de perspectivas teóricas son las posturas epistemológicas que adoptan los Trabajadores Sociales en sus prácticas. En este punto, se observa un claro predominio del eclecticismo, lo cual plantea un escenario ambivalente. Como señala Ruche (2018), esta postura puede interpretarse como una muestra de flexibilidad y capacidad de adaptación, ya que permite al profesional integrar distintos marcos teóricos para responder a la complejidad de cada caso. No obstante, cuando esta tendencia no surge de una elección consciente, sino de la ausencia de un cuerpo teórico consolidado, refleja un vacío epistemológico con implicaciones profundas para la profesión.

El eclecticismo, entendido como “tomar un poco de todo”, puede convertirse en un riesgo si termina debilitando la identidad disciplinar del Trabajo Social. Al carecer de un marco conceptual claro, las intervenciones pueden volverse fragmentadas y replicar, de forma acrítica, lógicas dominantes como la biomédica, en lugar de sostener perspectivas propias que fortalezcan la autonomía profesional. De este modo, el eclecticismo puede leerse como un síntoma de dos realidades: por un lado, la riqueza y apertura de la disciplina hacia diversos enfoques, y por otro, la fragilidad de sus fundamentos epistemológicos. La cuestión central es si este eclecticismo se ejerce como una estrategia crítica, consciente y situada, o si responde más bien a la falta de claridad teórica (Ruche, 2018). En respuesta a esta cuestión, se encuentra que hay una desarticulación entre teoría y práctica, lo que sugiere que ese eclecticismo supone más bien la existencia de vacíos en la profesión.

En líneas anteriores se planteó la formación como un recurso clave para impulsar perspectivas críticas capaces de contrarrestar el peso del discurso biomédico. Sin embargo, la literatura advierte que en esta área existe una disfuncionalidad relevante. Como señala Ruche (2018), la enseñanza de la teoría en Trabajo Social suele transmitirse de manera abstracta o demasiado general, sin una conexión clara con la práctica profesional. Esta limitación ayuda a explicar la tendencia al eclecticismo y la dificultad de muchos trabajadores sociales para reconocer los marcos conceptuales que fundamentan sus intervenciones.

Este hallazgo resulta preocupante en el campo de la salud mental, donde el Trabajo Social enfrenta un escenario altamente desafiante debido a la fuerza de las estructuras dominantes que definen cómo se entiende y abordan las dificultades en salud mental, incluyendo el hecho de que dichas estructuras se encuentran en constante tensión con la esencia de la profesión. En ese

contexto, si además se evidencian vacíos en la articulación teoría-práctica, el Trabajo Social queda en una posición aún más desventajosa frente a disciplinas con mayor tradición en el área.

De aquí surge un cuestionamiento necesario: ¿cómo se está impartiendo la formación universitaria en Trabajo Social? De poco sirve que la literatura insista en la necesidad de enfoques críticos si estos no logran trasladarse a la práctica cotidiana. Este panorama constituye una alerta para que las instituciones formadoras redoblen esfuerzos en mostrar no solo cuáles son los marcos conceptuales relevantes, sino también cómo pueden aplicarse en contextos reales. De lo contrario, las teorías seguirán presentándose como ideas abstractas y de difícil aplicación, sin contribuir al fortalecimiento epistemológico y práctico que la profesión requiere en salud mental.

A modo de síntesis, el análisis realizado permite identificar que las perspectivas teóricas que orientan al Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se inscriben, en su mayoría, dentro de corrientes críticas que buscan tensionar el paradigma biomédico y abrir camino a comprensiones más amplias e inclusivas. La emergencia de perspectivas como la clínica crítica, la interseccionalidad, la visión sistémica, junto con debates en torno a la recuperación y las posturas epistemológicas, muestran que la disciplina no se limita a reproducir marcos tradicionales, sino que intenta posicionarse desde lugares que devuelven la mirada hacia lo social y lo político. Sin embargo, el problema de la desconexión teoría-práctica representa una debilidad que pone en cuestión la solidez epistemológica de la profesión en este campo. Los hallazgos no solo permiten cumplir con el objetivo de identificar las perspectivas teóricas que orientan al Trabajo Social en salud mental, sino que también invitan a reflexionar sobre los desafíos que enfrenta la profesión para consolidar un marco propio, crítico y coherente con su esencia transformadora.

5.2.6 Resultados: Análisis Perspectivas Metodológicas y Prácticas

En concordancia con el objetivo específico de analizar las metodologías y prácticas empleadas en las intervenciones de Trabajo Social en salud mental, se integraron las categorías de perspectivas metodológicas y prácticas. De este modo, en los artículos analizados predominan descripciones y reflexiones sobre experiencias, percepciones, prácticas y revisiones de la literatura. En ellos fue complejo identificar con precisión las metodologías de intervención, ya que, en su mayoría, las referencias metodológicas correspondían al modo de hacer la investigación; y cuando se abordaban intervenciones desde el Trabajo Social, el énfasis recaía en los fundamentos teóricos, mientras que la explicitación metodológica se presentaba de manera general y poco detallada. Esta tendencia muestra que la literatura visibiliza más el marco teórico que las metodologías concretas que lo traducen a la práctica.

Aun así, resulta relevante destacar el aporte de los modelos de intervención, en tanto permiten articular teoría y acción. Desde esta perspectiva, sería pertinente que las investigaciones mostraran con mayor claridad cómo las perspectivas y enfoques se operacionalizan en prácticas profesionales, mediante métodos, estrategias, técnicas y herramientas coherentes con los marcos teóricos.

En el análisis se identificaron tanto los métodos clásicos del Trabajo Social (caso, grupo, comunidad y familia), que aún constituyen la base de la práctica, como diversos modelos de intervención que coinciden en la comprensión contextualizada de la salud mental. Modelos como el socioecológico, comunitario, psicosocial y de intervención en redes se conectan directamente con la propuesta de Bronfenbrenner (1987), al reconocer que el bienestar se configura en sistemas interrelacionados (individuales, familiares, comunitarios, institucionales y sociales). Estos

modelos amplían la mirada, no consideran solo a la persona, sino que destacan la importancia de los vínculos, el territorio y las relaciones cotidianas en los procesos de recuperación.

Por otra parte, los modelos de continuidad de cuidados, gestión de casos e intervención en crisis aportan una perspectiva más operativa orientada a articular servicios, evitar discontinuidades y responder en situaciones críticas (Alonso, 2016; Acosta, 2016). Tales modelos también pueden leerse a la luz del modelo ecológico, en tanto buscan integrar distintos niveles del sistema y reducir barreras de acceso. Sin embargo, puede inferirse que este enfoque de gestión y respuesta inmediata corre el riesgo de volverse instrumental si no se sostiene en marcos críticos que orienten la práctica más allá de lo administrativo.

En cuanto a las prácticas del Trabajo Social, los hallazgos muestran en su rol una marcada diversidad, aunque mantienen rasgos constantes. Destacan funciones como el acompañamiento psicosocial, el fortalecimiento de redes de apoyo, la mediación entre usuarios e instituciones, la promoción y protección de derechos, así como la psicoeducación, tanto en intervenciones individuales (principalmente con familias), como en espacios comunitarios orientados a informar y prevenir estigmas. Estas tendencias reflejan que, aunque el modelo biomédico conserva un peso importante en la organización de los servicios, la práctica profesional del Trabajo Social intenta abrir espacio a dimensiones sociales y comunitarias que complementan y tensionan dicha hegemonía.

Al contrastar estos hallazgos con el marco teórico de la investigación, se constata una vez más que el Trabajo Social despliega acciones que trascienden lo individual, al reconocer que las condiciones sociales inciden en los procesos de recuperación y que, a su vez, las enfermedades mentales repercuten directamente en la vida cotidiana (Goffman, 2004, citado en Silva et al.,

2015). Desde esta perspectiva, la profesión dirige buena parte de sus esfuerzos a intervenir en los factores externos.

En relación con la identidad profesional, las prácticas descritas reafirman los rasgos distintivos del Trabajo Social frente a otras disciplinas. El énfasis en lo social, lo relacional y lo comunitario configura un campo propio que evita reducir la intervención al plano clínico. Esta identidad también se proyecta en los equipos interdisciplinarios, donde la profesión procura visibilizar su aporte singular y diferenciarse de las lógicas hegemónicas de corte clínico.

Es preciso destacar que, la práctica interdisciplinaria no siempre se desarrolla en las condiciones ideales descritas en la teoría. Según el marco referencial, se concibe como un espacio de cooperación horizontal en el que cada profesional aporta desde su saber específico, y el Trabajo Social contribuye con una lectura social de las situaciones (Becerra & Kennel, 2008). Sin embargo, del análisis se infiere que en la realidad predominan estructuras jerárquicas propias del modelo biomédico, donde las decisiones se concentran en disciplinas como la psiquiatría, mientras que los aportes del Trabajo Social suelen ser desvalorizados. Esta tendencia, ya señalada en el planteamiento del problema, se reafirma en la literatura junto con otras barreras que limitan la práctica.

En estas circunstancias, se hace visible la dificultad que enfrenta el Trabajo Social para desprenderse del dominio biomédico, lo cual constituye el principal obstáculo en su ejercicio profesional. Los entornos laborales en salud mental terminan condicionando a la profesión a asumir roles impuestos, con lo que se restringe su potencial de aportar a las personas usuarias desde una perspectiva integral. En muchos casos, las tareas asignadas se reducen a funciones administrativas, formatos, cumplimiento de indicadores, lo que fragmenta el sentido de la intervención y diluye la esencia de la profesión. A ello se suma la sobrecarga laboral, que

constituye otra barrera significativa al limitar el desarrollo de intervenciones más profundas y sostenidas. A partir de los hallazgos, se infiere que esta sobrecarga se vincula con la indefinición del rol del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental, señalada por Acosta (2016). Esta indefinición, en la práctica, abre la puerta a la asignación de tareas que no corresponden estrictamente al perfil profesional y provoca un desequilibrio entre las funciones administrativas y aquellas propias de la disciplina, debilitando con ello el sentido de la intervención.

Ante estas limitaciones surge un interrogante clave: ¿qué está haciendo el Trabajo Social para reafirmar su posición dentro del ámbito de la salud mental? La literatura ofrece solo algunas pistas, como la necesidad de negociar límites con los demás profesionales (Cui et al., 2022), aunque se trata de sugerencias aún incipientes que requieren mayor desarrollo para consolidar la presencia de la profesión en este campo.

En conclusión, los hallazgos de esta revisión sugieren que, en el ámbito de la salud mental, el Trabajo Social despliega prácticas con un fuerte componente social, comunitario y relacional; sin embargo, en la producción intelectual revisada dichas prácticas aparecen con un respaldo metodológico menos desarrollado. Esto podría indicar que las investigaciones privilegian la descripción de experiencias antes que la construcción de marcos metodológicos explícitos que den cuenta de la especificidad profesional. Tal situación, aunque no puede generalizarse a todo el campo por los límites de la muestra analizada, plantea interrogantes relevantes: ¿hasta qué punto esta tendencia dificulta consolidar una identidad metodológica propia frente a disciplinas dominantes?, ¿cómo puede el Trabajo Social visibilizar con mayor claridad la traducción de perspectivas teóricas en prácticas concretas? En este sentido, más que señalar una carencia absoluta, lo que se observa es un desafío pendiente, sistematizar y fortalecer los fundamentos

metodológicos para que la práctica profesional no quede opacada bajo la hegemonía biomédica y pueda afianzarse como un aporte diferenciado en este campo.

5.2.7 Reporte de los resultados

La revisión sistemática realizada hará parte del repositorio institucional de la Universidad Industrial de Santander.

Conclusiones

La revisión sistemática permitió alcanzar el objetivo general de conocer las perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental. A partir del análisis de 40 artículos se identificaron tendencias, vacíos y aportes significativos en cada una de las 3 dimensiones consideradas.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a revisar sistemáticamente la bibliografía sobre Trabajo Social y salud mental, se realizó la revisión de la bibliografía en las bases de datos seleccionadas y se consolidó un corpus que visibiliza la diversidad de aportes de la profesión dentro del ámbito de salud mental.

Respecto al segundo objetivo específico, centrado en identificar las perspectivas teóricas que orientan al Trabajo Social en salud mental, el hallazgo central es el predominio de las perspectivas críticas. Este hecho refleja el esfuerzo de la disciplina por cuestionar explicaciones reduccionistas y abrir el análisis hacia factores estructurales, políticos y comunitarios. Además, la presencia mayoritaria de estas perspectivas en la literatura resulta muy significativo y pertinente, ya que cumplen una función esencial al desafiar el dominio del modelo biomédico, tan enraizado en la salud mental y con un peso decisivo sobre la práctica de la profesión.

En cuanto al tercer objetivo específico, referido al análisis de las metodologías y prácticas empleadas en las intervenciones de Trabajo Social en salud mental, se concluye que la profesión ha logrado posicionar prácticas significativas en acompañamiento, mediación y fortalecimiento de redes, reafirmando así su identidad social en contextos dominados por la lógica clínica. No obstante, estas prácticas están condicionadas por el predominio del modelo biomédico principalmente en los equipos de salud, lo que limita la autonomía profesional. Además, en los artículos analizados se identificó una débil explicitación metodológica, donde se otorga mayor énfasis a los fundamentos teóricos que a los marcos de acción que permitirían articular con claridad la teoría y la práctica.

De manera conjunta, los resultados permiten concluir que los objetivos específicos fueron cumplidos: se revisó rigurosamente la literatura, se identificaron perspectivas teóricas, se analizaron metodologías y se reconocieron prácticas, lo que permitió poner en evidencia tanto las fortalezas como los vacíos existentes. El principal aporte de esta revisión no radica únicamente en organizar información previamente dispersa, sino en visibilizar los nudos críticos de la profesión: la necesidad de continuar fortaleciendo sus fundamentos epistemológicos para tomar posturas críticas frente a la hegemonía médica en el campo; la urgencia de sistematizar y fortalecer sus metodologías de intervención; y la importancia de reivindicar prácticas coherentes con su misión crítica y emancipadora. Sin duda, esta revisión ofrece un insumo valioso para futuras investigaciones y debates, al caracterizar y analizar tres ejes centrales, perspectivas teóricas, metodologías y prácticas, que resultan determinantes para la consolidación y proyección del Trabajo Social en el campo de la salud mental.

En coherencia con los hallazgos obtenidos y las dificultades surgidas durante el proceso investigativo, se considera necesario plantear una agenda para el Trabajo Social en el ámbito de la

salud mental que oriente las acciones futuras de la profesión. Una de las limitaciones más significativas en el desarrollo de esta investigación, fue la escasa presencia de investigaciones de Trabajo Social en salud mental en bases de datos de alto impacto, lo que hizo necesario recurrir a fuentes complementarias. Este hecho no solo representa un desafío metodológico, sino que también pone de relieve la necesidad de fortalecer la investigación disciplinar, incrementando la producción científica y su visibilidad dentro del campo académico.

A partir de ello, esta agenda debería priorizar, en primer lugar, el impulso a la investigación y la sistematización de experiencias profesionales, de modo que el conocimiento generado desde la práctica retroalimente el desarrollo teórico y metodológico de la disciplina, a la vez que se consolide su presencia en la producción científica sobre salud mental. En segundo lugar, resulta indispensable posicionarse desde paradigmas críticos, que orienten las intervenciones y permitan contrarrestar el dominio del paradigma biomédico, aún hegemónico en este campo. En tercer lugar, es fundamental promover una participación activa y propositiva del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios y en los espacios de diseño y evaluación de políticas públicas en salud mental, de manera que su perspectiva social incida efectivamente en la toma de decisiones y en la definición de prioridades institucionales. Finalmente, esta agenda requiere el compromiso de las instituciones formadoras con una enseñanza que articule teoría, práctica e investigación, formando profesionales reflexivos, críticos y con capacidad de defender el sentido social de la profesión en contextos cada vez más medicalizados.

Por último, y a modo de reflexión personal, todo este proceso investigativo me llevó a cuestionar cuáles pueden ser las raíces de un Trabajo Social que, en el campo de la salud mental, sigue siendo visto como una profesión infravalorada. Me pregunto por qué otras disciplinas parecen gozar de mayor legitimidad y por qué el rol del Trabajador Social no siempre resulta claro,

incluso dentro de la propia profesión. También cuestiono por qué la profesión termina asumiendo funciones que la desdibujan y la alejan de aquello que, en coherencia con sus principios y valores, constituye su verdadera esencia.

Sé que responder a estas preguntas requiere una investigación más amplia y profunda. Sin embargo, con base en lo aprendido en este proceso y retomando algunos de los hallazgos plasmados, estoy convencida de que el papel de las universidades es clave. Ellas, como responsables de la formación de los futuros profesionales, tienen la responsabilidad de brindar una enseñanza que no solo aporte marcos conceptuales, sino que también fomente la crítica y la reflexión, preparando a los estudiantes para confrontar desigualdades e injusticias y para optar por prácticas que no se subordinen al dominio médico.

Como estudiante, he podido vivir de primera mano una dificultad que considero significativa, la desarticulación entre teoría y práctica. Con frecuencia, los temas se enseñan de manera muy teórica, sin mostrar cómo se aplican en contextos reales. Esto deja vacíos que posteriormente se reflejan en el desempeño profesional. Por eso, fortalecer esa conexión entre lo teórico y lo práctico me parece fundamental, permitiría que el Trabajo Social actúe con mayor sustento, tenga claridad sobre cómo encaminar su rol y logre posicionarse con firmeza frente a otras disciplinas.

Referencias Bibliográficas

- Abendstern, M., Tucker, S., Wilberforce, M., Jasper, R., Brand, C., & Challis, D. (2016). Social Workers as Members of Community Mental Health Teams for Older People: What Is the Added Value. *British Journal of Social Work*, 46(1), 63-80. Scopus.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu122>
- Acero Sáez, C. (1988). La investigación en Trabajo Social. *Cuadernos de trabajo social*, 1, 35-46.
- Acosta Silva, L. M. (2016). Es tiempo de destacar la profesión de Trabajo Social en el área de la Salud Mental. *Fedumar: Pedagogía y Educación*, 3(1), 93-111.
- Ahmed, R., Bruce, S., & Jurcik, T. (2018). Towards a socioecological framework to support mental health caregivers: Implications for social work practice and education. *Social Work in Mental Health*, 16(1), 105-122. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1336744>
- Aksnes, D. W., Langfeldt, L., & Wouters, P. (2019). Citations, Citation Indicators, and Research Quality: An Overview of Basic Concepts and Theories. *SAGE Open*, 9(1), 2158244019829575. <https://doi.org/10.1177/2158244019829575>
- Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S. (2022). El complejo campo de la Salud Mental: Aportes del Trabajo Social en el abordaje interdisciplinario. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 105, 7.
- Almirón, L. M. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4), 56-65.
- Alonso Salgado, C. (2014). Una experiencia de Trabajo Social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de trabajo social*, 27(1), 223-231.

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2023). The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.
- Arnold Cathalifaud, M., & Osorio González, F. (2008). *La teoría general de sistemas y su aporte conceptual a las ciencias sociales*. Universidad Autónoma del Estado de México.
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122268>
- Bang, C. (2021). Abordajes Comunitarios En Salud Mental En El Primer Nivel De Atención: Conceptos Y Prácticas Desde Una Perspectiva Integral1. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Barahona, M. J. (2016). *El Trabajo Social: Una Disciplina y Profesión a la Luz de la Historia*. Universidad Complutense. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/35-2019-02-04-3-2016-09-27-Lecci%C3%B3n%20Inaugural%202016-2017%20FINAL.pdf>
- Bark, H., Dixon, J., & Laing, J. (2023). The Professional Identity of Social Workers in Mental Health Services: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 5947. <https://doi.org/10.3390/ijerph20115947>
- Battaglia, A. P., Delgado, N. S., & Pavone, M. F. (2009). ¿Pensamos lo que hacemos y hacemos lo que pensamos? *Revista de Trabajo Social*, 2, 71-87.
- Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). *Elementos básicos para el trabajo social en salud mental*. Espacio Editorial. <https://elibro.net/es/ereader/uis/67021>
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116.
- Bland, R., Drake, G., & Drayton, J. (2021). *Social Work Practice in Mental Health: An Introduction* (3.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003148913>

- Bohórquez, A., & Ariza, Y. P. (2015). Construcción Discursiva de la Salud Mental en Trabajo Social desde la Perspectiva del Análisis Crítico del Discurso [Trabajo de grado, Corporación Univeristaria Minuto de Dios].
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/b28f005a-caa1-47b6-854e-cb05184fa5d8/content#:~:text=tienen%20una%20estructura%20m%C3%A1s%20vertical.%20Lo%20deseable,equipo%20es%20de%20una%20estructura%20m%C3%A1s%20horizontal>
- Bonet de Viola, A. M. (2016). Consecuencias de la clasificación de los derechos humanos en generaciones en relación a la justiciabilidad de los derechos sociales. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 46(124), 17-32.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Una Orientación Ecológica. En *La Ecología del Desarrollo Humano* (primera, pp. 11-61). Ediciones Paidós Ibérica S.A.
https://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/familia_contemporanea/modulo1/la-ecologia-del-desarrollo-humano-bronfenbrenner-copia.pdf
- Brown, C. (2021). Critical Clinical Social Work and the Neoliberal Constraints on Social Justice in Mental Health. *Research on Social Work Practice*, 31(6), 644-652. Scopus.
<https://doi.org/10.1177/1049731520984531>
- Bru, G. S. (2024). Aportes para pensar la investigación en Trabajo Social y salud mental. *Itinerarios de Trabajo Social*, 4, Article 4. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43081>
- Bueno, A. M. (2017). La investigación en el trabajo social contemporáneo. *Trabajo social*, 18, 258-259.
- Bustamante, J. (2001). Hacia la cuarta generación de derechos humanos: Repensando la condición humana en la sociedad tecnológica. *Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, ciencia y cultura*, 1-21.

- Calderín, F., & Paz, A. (2018). El capitalismo: Surgimiento, características, desarrollo, transición, luchas de clases, crisis actual y alternativas. *Caribeña de Ciencias Sociales*, mayo, 2-11.
- Calvo, V., & Colom, D. (2014). Repositori Institucional O2 | UOC: Herramientas para la intervención, febrero 2014. *Universitat Oberta de Catalunya*, 1-42.
- Cappello, M. (2010). Aportes de José Paulo Netto al Trabajo Social.
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/149740/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carpenter, C. R., Cone, D. C., & Sarli, C. C. (2014). Using Publication Metrics to Highlight Academic Productivity and Research Impact. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1160-1172. <https://doi.org/10.1111/acem.12482>
- Chaves Montero, A., & Blanco Miguel, P. (2025). Revisión Sistemática de la Investigación Científica en Trabajo Social y Salud Mental. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1-15.
<https://doi.org/10.31637/epsir-2025-937>
- Cifuentes, M. R. (2013). Formación en Trabajo Social e investigación: Una relación insoslayable de cara al siglo XXI. *Trabajo Social*, 15, Article 15.
- Conejo Trujillo, R. (2024). Prácticas profesionales del trabajo social en la atención social del Trastorno Mental Grave en Andalucía. *Trabajo social global - Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, 14, 1-27.
- Contreras, M. A. (2003). Los derechos humanos de la tercera generación. *Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5018917>
- Contreras, M. A. (2006). Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familia. *Universidad Tecnológica Metropolitana*.

- Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación* (1.a ed.). Universidad Autónoma del Carmen.
- Cubillos, C. (2017). Incorporar los Derechos Humanos al Trabajo Social. *El Enfoque de Derechos: Un Marco de Referencia. Socied. em Deb. (Pelotas)*, 24(1), 41-58.
- Cuervo Barreto, L. C. (2019). Crítica histórico epistemológica y sociopolítica del concepto de salud mental de la OMS en el año 2013, a partir del análisis de diferentes definiciones contemporáneas de salud. https://doi.org/10.48713/10336_19300
- Cui, J., Mao, L., Rose, G., & Newman, C. E. (2019). Understanding Client Empowerment: An Online Survey of Social Workers Serving People with Mental Health Issues. *British Journal of Social Work*, 49(2), 335-350. Scopus. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy057>
- Cui, J., Newman, C. E., Lancaster, K., & Mao, L. (2022). Interprofessional dynamics that promote client empowerment in mental health practice: A social work perspective. *Journal of Social Work*, 22(2), 364-383. Scopus. <https://doi.org/10.1177/14680173211009714>
- Cury, S. P., & Arias, A. (2016). *Hacia una Definición Actual del Concepto Diagnóstico Social. Breve Discusión Bibliográfica de su Evolución*. Universidad Complutense de Madrid. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54849/6/Alternativas_23_01.pdf
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Dhakal, K. (2022). NVivo. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 110(2), 270-272. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1271>
- Donnelly, J. (2005). Human Rights. *Human Rights and Human Welfare*, 5, 2-15.

Duque, A. V. (2013). Metodologías de Intervención Social. Palimpsestos de los Modelos en Trabajo Social. Editorial Epi-logos.

file:///D:/Usuario/Downloads/Libro_Metodologia_Trabajo_Social.pdf

Díaz, C., González, M. A., & Pérez, M. del C. (2008). Modelos y Áreas de Intervención en Trabajo Social. Manuales docentes de Trabajo Social, 1-260.

Effect of the Connecting People Intervention on Social Capital: A Pilot Study—Martin Webber, David Morris, Sharon Howarth, Meredith Fendt-Newlin, Samantha Treacy, Paul McCrone, 2019. (s. f.). Recuperado 18 de septiembre de 2025, de https://journals-sagepub-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/doi/full/10.1177/1049731517753685?src=getftr&getft_integrato r=scopus&utm_source=scopus

Ekeland, T.-J., & Myklebust, V. (2022). Social workers in mental health. Epistemological identities and preferences among social workers. *Social Work in Mental Health*, 20(2), 159-173. Scopus. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1993421>

Esteban, E., & Del Olmo, N. (2016). Reflexiones sobre la investigación en Trabajo Social: Aportaciones desde la sistematización de la práctica. file:///D:/Usuario/Downloads/EstebanCarbonellE.yDelOlmoVicnN._ReflexionessobrelainvestigacinenTrabajoSocialaportacionesdesdelasistematizacindelaprctica.pdf

Evangelista, E., & Zepeda, G. (2024). El enfoque de Derechos Humanos y su importancia para el Trabajo Social. *Trabajo Social UNAM*, 28-48. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2021.29-30.86728>

Exposto, E. (2024). Teoría crítica de la “salud mental”: Hacia una política de los sintomáticos. *Crítica y Resistencias. Revista de conflictos sociales latinoamericanos*, 18, Article 18.

- Farías, F. (2004). Trabajo Social: De la Profesión a la Disciplina. Cuadernos de Trabajo Social, 15, Article 15.
- Farías, F. (2012). El Trabajo Social y los Campos Disciplinarios de las Ciencias Sociales en Chile. Cinta de moebio, 43, 50-60. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2012000100005>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). Definición global del trabajo social – IFSW. IFSW. <https://www.ifswworld.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Fennig, M., & Denov, M. (2019). Regime of Truth: Rethinking the Dominance of the Bio-Medical Model in Mental Health Social Work with Refugee Youth. British Journal of Social Work, 49(2), 300-317. Scopus. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy036>
- Fernández García, T. (2015). Fundamentos del trabajo social. Difusora Larousse - Alianza Editorial. <https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/45436>
- Fernández, A., Borja, C., García, P., & Hidalgo, R. (2010). Guía para la Incorporación del Enfoque Basado en Derechos Humanos en las Intervenciones de cooperación para el desarrollo. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid. <https://www.aecid.es/documents/20120/90536/GUIA%20ENFOQUE%20DDHH%20%2B%20NIPD%20%2B%20logo%20AECID.pdf/fb51fff8-09c9-32ea-e07b-c3417903626e?t=1660910919408>
- Frazer-Carroll, M. (2023). Mad World: The Politics of Mental Health (1.a ed.). Pluto Press. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouis-ebooks/detail.action?docID=7130356&pq-origsite=primo>
- Fussi, P. V. (2019). Salud Mental y Trabajo Social: La R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensarnos. Cátedra paralela, 16, 183-207.

- Férriz, J. (2013). Los Orígenes del Trabajo Social en Psiquiatría: Unas figuras por descubrir [Trabajo de grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zagan.unizar.es/record/12653/files/TAZ-TFG-2013-949.pdf>
- Galvez, C. (2018). Análisis de co-palabras aplicado a los artículos muy citados en Biblioteconomía y Ciencias de la Información (2007-2017). *Transinformação*, 30(3), 277-286.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García-Viniegras, C., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Giménez, C. I. (s. f.). Trabajo Social y Salud Mental. Aportes posibles para pensar procesos de desinstitucionalización en salud.
- Glänzel, W., & Schubert, A. (2005). Analysing Scientific Networks Through Co-Authorship. En H. F. Moed, W. Glänzel, & U. Schmoch (Eds.), *Handbook of Quantitative Science and Technology Research: The Use of Publication and Patent Statistics in Studies of S&T Systems* (pp. 257-276). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/1-4020-2755-9_12
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Han, B. (2024). *La Sociedad del Cansancio*. Herder Editorial, S. L. <https://www-digitaliapublishing-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/viewepub/?id=144139>
- Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2014). Challenges of recovery-oriented practice in inpatient mental health settings – the potential for social work leadership. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 24(1-2), 5-16. <https://doi.org/10.1080/02185385.2014.885205>
- Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2015). 'We're still in there'—Consumer voices on mental health inpatient care: Social work research highlighting lessons for recovery practice. En *British Journal*

of Social Work (Vol. 45, pp. i62-i78). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv093>

Ife, J. (2012). *Human Rights and Social Work: Towards Rights-Based Practice* (3rd ed). Cambridge University Press. file:///D:/Usuario/Downloads/1606843881-jim-ife-human-rights-and-social-work-towards-rights-based-practice-2012-cambridge-university-press-libgen.pdf

Isfandyari-Moghaddam, A., Saberi, M. K., Tahmasebi-Limoni, S., Mohammadian, S., & Naderbeigi, F. (2023). Global scientific collaboration: A social network analysis and data mining of the co-authorship networks. *Journal of Information Science*, 49(4), 1126-1141.

<https://doi.org/10.1177/01655515211040655>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.

<https://catalog.hathitrust.org/Record/001559757>

Jenkins, R. (2019). Global mental health and sustainable development 2018. *BJPsych International*, 16(2), 34-37. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.5>

Jiménez, M. I., & Silva, V. (1988). Intervención Profesional y enfoque interaccional [Intervención Profesional y enfoque interaccional]. *Revista de Trabajo Social*.

<https://pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/RTS/article/view/78670?>

Johnstone, M. (2021). Centering Social Justice in Mental Health Practice: Epistemic Justice and Social Work Practice. *Research on Social Work Practice*, 31(6), 634-643. Scopus.

<https://doi.org/10.1177/10497315211010957>

Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.

Karban, K. (2017). Developing a Health Inequalities Approach for Mental Health Social Work. *British Journal of Social Work*, 47(3), 885-902. Scopus. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw098>

- Karpets, G. (2020). How experienced social workers apply recovery-oriented mental health policies in everyday practice. *European Journal of Social Work*, 23(1), 106-117. Scopus.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1474855>
- Kovacevic, R., Bayona, J., & Gordillo, A. (2023). With mental health conditions on the rise, countries must prioritize investments. *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/en/health/mental-health-conditions-rise-countries-must-prioritize-investments>
- Lellis, M., & Fotia, G. (s. f.). *Interdisciplina y Salud Mental*. Universidad de Buenos Aires, 25, 179-187.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), Article 4.
- Lopera, J. D. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, 11-20.
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19792>
- Luis-Yagüe López, M. R. (2014). La intervención del trabajador social sanitario desde la bioética personalista. *Documentos de Política Social: Historia, Investigación y desarrollo*, 2(9), 1-36.
- López, A. (2020). Nociones sobre el Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers: Teoría, Práctica e Investigación. *Revista Espacio ECP*, 1(1), 4-15.
- López, P. (2023). La depresión es la segunda causa de discapacidad en el mundo. *Gaceta UNAM*.
<https://www.gaceta.unam.mx/la-depresion-es-la-segunda-causa-de-discapacidad-en-el-mundo/>
- Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., & Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
- Maddock, A. (2015). Consensus or contention: An exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261. Scopus.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2014.885884>

- Manrique Molina, F. E. R., & Huertas, O. (2021). *Ius Anticorruptionis Commune Latinoamericanum desde un enfoque basado en derechos humanos*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
<https://elibro.net/es/ereader/uis/189664>
- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., & Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91(3), 149-155.
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Martínez, M. (2006). *Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona*. Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15), 1-15.
- Martínez, E. P., & Carzola, J. P. (2023). Aproximación a la estandarización del registro de la intervención del Trabajo Social en los Centros de Salud Mental de adultos de Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*, 36(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/cuts.82605>
- Meadows, K., & Moran, N. (2022). Searching for a Social Work Language of Human Rights: Perspectives of Social Workers in an Integrated Mental Health Service. En *British Journal of Social Work* (Vol. 52, Número 3, pp. 1398-1415). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab126>
- Mendoza, F. M. (2004). *Las relaciones entre trabajo social y salud mental: Un recorrido histórico*. XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. <https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/08/apunte-2-las-relaciones-entre-trabajo-social-y-salud-mental-un-enfoque-historico.pdf>
- Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental (I)*. Trabajo Social en Psiquiatría. Prensas Universitarias de Zaragoza. <https://www.digitaliapublishing.com/a/59252/lo-social-en-la-salud-mental--i--trabajo-social-en-psiquiatria>

- Miranda Ruche, X. (2018). La correspondencia teórica en Trabajo Social. Un análisis en trabajadores/as sociales del ámbito de la salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 31(1), 165-175.
- Molina, L. (2010). Trabajo Social: El viejo debate disciplina o profesión y las implicancias en la construcción de la autonomía profesional. <https://trabajosocialucen.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/05/63.pdf>
- Montserrat, L., & Álcazar, A. (2024). Violencia contra la mujer en su relación de pareja. Estudio de caso desde un enfoque interseccional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 37(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/cuts.93054>
- Moreno Pachon, A. L. (2024). Revisión Bibliográfica del Abordaje del Trabajo Social en el Trastorno Disocial de la Personalidad en Latinoamérica en el Siglo XXI. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(4), 7162-7181.
- Morley, C., & Stenhouse, K. (2021). Educating for critical social work practice in mental health. *Social Work Education*, 40(1), 80-94. Scopus. <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1774535>
- Munford, R. (2023). Transformative Social Work Practice: Providing Meaningful Support to People Living with Mental Health Challenges. *Practice*, 5(35), 363-378.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 39(3), 66-73.
- Méndez, R. R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 0(17), 407-435. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1158>
- Naveen, D., Satish, K., Debmalya, M., Nitesh, P., & Weng, M. L. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>

- OMS. (2020, octubre 8). No hay salud sin salud mental. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Oramas Viera, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 7, 13-20. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2017.7.13>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos básicos 48° edición (48a ed). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/202593>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Salud Mental. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ospino, C. M. (2012). Caracterización de la Salud Mental Positiva en menores trabajadores de un Mercado Público. Universidad del Norte, 158.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Parra López, R. (2019). Modelo de recuperación en Salud Mental: ¿es posible en Chile? *Revista Liminal. Escritos sobre Psicología y Sociedad*, 8(15), 65-79. <https://doi.org/10.54255/lim.vol8.num15.371>

- Planas García de Dios, M. J. (2015). Aproximación a los modelos teóricos profesionales a través de un caso de salud mental. *Trabajo social hoy*, 75, 17-36.
- Ponce-de-León-Romero, L. (2012). Teorizar La Experiencia Profesional Del Trabajo Social. *Portularia*, XII, 141-147.
- Páez, P. (2008). Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental. Universidad del País Vasco.
https://www.ehu.es/documents/1463215/1492921/Salud%202008%20Ficha%20Tecnica%20I%20%20Bienestar%20y%20Valoraci%C3%B3n%20Psico-Social%20de%20la%20Salud%20Mental?utm_
- Rabelo Maldonado, J. M. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 47, 121-133.
- Restrepo O, D. A., & Jaramillo E, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Revilla, M. A. M. (2022). Trabajo Social, salud mental y modelo de atención centrado en la persona.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/52347/TFG-G5455.pdf?>
- Rivas, R. (2010). El Trabajo Social como Tecnología Social y Disciplina. *Margen57*.
<https://www.margen.org/suscri/margen57/rivas57.pdf>
- Roberts, A. (2005). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (Tercera, Vol. 1). Oxford University Press. chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://aim.clinic/wp-content/uploads/2024/01/crisis_intervention_handbook_-_a._roberts1.pdf?utm_
- Rodríguez Peña, M. J. (2022). Internaciones por salud mental en el Hospital General y el lugar del Trabajo Social.: Análisis de experiencia desde la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental

(RISaM) del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe. Cátedra paralela, 20, 111-131.

Rodríguez Carvajal, G., & Meras Jáuregui, R. M. (2022). Consideraciones sobre el concepto «salud»:

Una propuesta cubana. *Medicentro Electrónica*, 26(1), 122-130.

Rosas, E. (2011). Trabajo Social en Salud Mental: Intervención ccon familias multiproblemáticas

Comuna de Pedro Aguirre Cerda [Tesis, Universidad Academia de Humanismo Cristiano].

[https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/ea0d8c25-faf8-4cf5-8359-](https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/ea0d8c25-faf8-4cf5-8359-5b521c13c838/content)

[5b521c13c838/content](https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/ea0d8c25-faf8-4cf5-8359-5b521c13c838/content)

Ross, N., Brown, C., & Johnstone, M. (2023). Beyond medicalized approaches to violence and trauma:

Empowering social work practice. *Journal of Social Work*, 23(3), 567-585. Scopus.

<https://doi.org/10.1177/14680173221144557>

Rubio, E., Pérez, J., García, J., Martín de la Peña, L., García-Santesmases, A., Tardón, B., Mota, R.,

Santaolalla, A., García, E., Salamanca, A., Lorenzo, F. J., Páez, J., Mayorga, C., Riquelme, L.,

Briceño, M., Dorado, A., Urra, M., Gutiérrez, M., Titos, R., ... Ascencio, M. (2024). La

interseccionalidad. Un enfoque clave para el trabajo social. Dykison S.L. [https://www-](https://www-digitaliapublishing-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/viewepub/?id=158780)

[digitaliapublishing-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/viewepub/?id=158780](https://www-digitaliapublishing-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/viewepub/?id=158780)

Sampayo, A. del R. (2005). La desmanicomialización como practica contrahegemónica en el abordaje

de la salud mental [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de la Plata].

<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

Serrano Miguel, M. (2022). Salud mental colectiva y trabajo social: Una ventana de oportunidad para

nuevas prácticas en la atención social al sufrimiento mental. *Cuadernos de trabajo social*, 35(2),

243-252.

- Silva, A. M., Cortés, C., & Osorio, A. (2015). El Rol del Trabajador Social en Procesos de Intervención en Salud Mental a Pacientes diagnosticados con alguna Psicopatología [Tesis, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/774fa084-7911-4966-9c55-8c0ceffdc03a/content>
- Solyszko, I., González Martelo, V. E., & González Otero, K. M. (2018). Historia del Trabajo Social. En *Fundamentación Epistemológica en Trabajo Social* (pp. 11-34). Corporación Universitaria del Caribe - CECAR. <https://repository.cecar.edu.co/handle/cecar/2845>
- Song, I. H., & Lee, E. J. (2017). Trends of Empirical Research in South Korean Mental Health Social Work. *Research on Social Work Practice*, 27(4), 478-486. Scopus.
<https://doi.org/10.1177/1049731515578539>
- Sur, D., Ashcroft, R., Adamson, K., Tanner, N., Webb, J., Mohamud, F., & Shamsi, H. (2023). Examining diagnosis as a component of Social Workers' scope of practice: A scoping review. *Clinical Social Work Journal*, 51(1), 12-23. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00838-y>
- Sánchez, S., Pedraza-Navarro, I., & Donoso-González, M. (2022). ¿Cómo hacer una revisión sistemática siguiendo el protocolo PRISMA? Usos y estrategias fundamentales para su aplicación en el ámbito educativo a través de un caso práctico. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 74(3), Article 3.
<https://doi.org/10.13042/Bordon.2022.95090>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Torrez, M. (2024). La disciplina de trabajo social y su intervención en la violencia de genero. *Revista Criterio*, 4(6), Article 6. <https://doi.org/10.62319/criterio.v.4i6.27>

- Trucker, L., & Webber, M. (2021). 'Maybe a Maverick, maybe a Parent, but Definitely Not an Honorary Nurse': Social Worker Perspectives on the Role and Nature of Social Work in Mental Health Care | *The British Journal of Social Work* | Oxford Academic. *The British Journal of Social Work*, 51(2), 545-563.
- Turner, G. W., Derusha, K., Meyers, L., Snyder, B., Gray, A., Asby, M., & Durham, J. (2021). A Psychotherapy Private Practice Social Work Practicum: Expanding Our Boundaries of Field Education Placement. *Social Work (United States)*, 66(1), 59-69. Scopus.
<https://doi.org/10.1093/sw/swaa022>
- Uriarte, J. J., & Vallespi, A. (2017). Reflexiones en Torno al Modelo de Recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 241-256. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100014>
- Virumbrales, L. (2014). Trabajo Social y Salud Mental. No solo psiquiatría y medicamentos [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7124/TFG-G670.pdf%3Bjsessionid%3D6FC0B6A6403145BB11E511B8DA820758?sequence=1>
- Viscarret, J. J. (2014). Modelos de Intervención en Trabajo Social. En *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Alianza Editorial.
file:///D:/Usuario/Downloads/Capitulo_8_modelos_de_intervencion_en_ts.pdf
- West, J. (2021). Social Work Education; the international journal—Student essay competition. *Social Work Education*, 40(6), 687-693. Scopus. <https://doi.org/10.1080/02615479.2021.1926446>
- Whitaker, L., Smith, F. L., Brasier, C., Petrakis, M., & Brophy, L. (2021). Engaging with Transformative Paradigms in Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9504. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189504>

- Wong, O. L., Wan, E. S. F., & Ng, M. L. T. (2016). Family-centered care in adults' mental health: Challenges in clinical social work practice. *Social Work in Mental Health*, 14(5), 445-463. Scopus. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1038413>
- Yusof, Y., Ahmad Ramli, F. Z., & Mohd Noor, N. (2019). Mental health social work in Malaysia: A study exploring its importance. *International Social Work*, 62(1), 283-294. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0020872817725139>
- Zajac, A. M., Eggers-Brass, T., & Gallego, M. (2010). *Derechos Humanos y Ciudadanía*. Editorial Maipue. <https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/78978>
- Zorrilla Beltrán, S., & Cazorla Palomo, J. (2022). Retos del Trabajo Social en salud mental: Una propuesta para la revisión crítica de la aplicación de los fundamentos de la disciplina. *Servicios sociales y política social*, 127, 69-79.

Apéndices

Apéndice A

Matriz de revisión de artículos

La matriz de revisión de artículos se presenta como archivo complementario en formato Excel debido a su extensión. Véase el archivo en

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1FcZUatChcjQYaj-i2vAyh241xgGtXImoAcnlm0ywn-U/edit?usp=sharing>