

EVA M. RUBIO GUZMÁN
JESÚS M. PÉREZ VIEJO
FCO. JAVIER GARCÍA-CASTILLA
LORENA MARTÍN DE LA PEÑA
(Coordinadores)



LA INTERSECCIONALIDAD

UN ENFOQUE CLAVE PARA EL TRABAJO SOCIAL



Dykinson, S.L.

**LA INTERSECCIONALIDAD:
UN ENFOQUE CLAVE PARA
EL TRABAJO SOCIAL**

EVA M. RUBIO GUZMÁN
JESÚS M. PÉREZ VIEJO
FCO. JAVIER GARCÍA-CASTILLA
LORENA MARTÍN DE LA PEÑA
(Coordinadores)

LA INTERSECCIONALIDAD: UN ENFOQUE CLAVE PARA EL TRABAJO SOCIAL

AUTORES:

EVA M. RUBIO GUZMÁN
JESÚS M. PÉREZ VIEJO
FCO. JAVIER GARCÍA-CASTILLA
LORENA MARTÍN DE LA PEÑA
ANDREA GARCÍA-SANTESMASES FERNÁNDEZ
BARBARA TARDÓN RECIO
ROSALÍA MOTA LÓPEZ
ANA SANTAOLALLA PASCUAL
ESTHER GARCÍA GALBEÑO
ALICIA SALAMANCA FERNÁNDEZ
FRANCISCO JAVIER LORENZO GILSANZ
JAVIER PÁEZ GALLEGO

CECILIA MAYORGA MUÑOZ
LEONOR RIQUELME SEGURA
MARICEL BRICEÑO RIVERA
ANA DORADO BARBÉ
MIGUEL URRÁ CANALES
MANUEL GUTIÉRREZ PASCUAL
RUBÉN TITOS RODRÍGUEZ
EVA MORENO ANADÓN
IRENE BASSANEZI TOSI
LAURA SANMIQUEL MOLINERO
PAOLA CONTRERAS-HERNÁNDEZ
MARÍA SOLEDAD ASCENCIO-CORTÉS

Dykinson, S. L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407.

Los coordinadores no se hacen responsables de las opiniones recogidas, comentarios y manifestaciones vertidas por los autores. La presente obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

© Copyright by
Los autores
Madrid, 2024

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-1070-025-3
Depósito Legal: M-7307-2024
DOI: 10.14679/3136

ISBN electrónico: 978-84-1070-286-8

Maquetación:
german.balaguer@gmail.com

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
EVA M. RUBIO GUZMÁN / JESÚS M. PÉREZ VIEJO / Fco. JAVIER GARCÍA-CASTILLA / LORENA MARTÍN DE LA PEÑA	

INTERSECCIONALIDAD Y TRABAJO SOCIAL: UN ENCUENTRO NECESARIO	19
EVA M. RUBIO GUZMÁN / ANDREA GARCÍA-SANTESMASES FERNÁNDEZ / FRANCISCO JAVIER GARCÍA-CASTILLA	

1. INTRODUCCIÓN	19
2. ¿QUÉ ES LA INTERSECCIONALIDAD?	20
2.1. Origen y desarrollo del concepto	20
2.2. La interseccionalidad como teoría	22
2.3. La interseccionalidad como herramienta analítica	23
3. LA INTERSECCIONALIDAD EN EL TRABAJO SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE JUSTICIA SOCIAL	25
3.1. Trabajo social y perspectivas críticas	25
3.2. La interseccionalidad aplicada al Trabajo Social	26
3.2.1. Interseccionalidad y formación en Trabajo Social	28
3.2.2. Interseccionalidad e intervención social	30
3.2.3. Interseccionalidad e Investigación en Trabajo Social	31
4. CONCLUSIONES	32
5. BIBLIOGRAFÍA	33

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y TRABAJO SOCIAL: UN ENFOQUE INTERSECCIONAL PARA COMPRENDER SUS MÚLTIPLES DIMENSIONES..	35
BARBARA TARDÓN RECIO / JESÚS M. PÉREZ VIEJO / LORENA MARTÍN DE LA PEÑA	

1. INTRODUCCIÓN	35
2. LAS VIOLENCIAS QUE ENFRENTAN LAS MUJERES	37
3. TRABAJO SOCIAL Y VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES	41
4. MIRADA E INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	44
5. CONCLUSIONES	46
6. BIBLIOGRAFÍA	47

EDADISMO DE GÉNERO Y MUJERES MAYORES: TRABAJO SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL 49
 ROSALÍA MOTA LÓPEZ / ANA SANTAOLALLA PASCUAL / ESTHER GARCÍA GALBEÑO

1. INTRODUCCIÓN. DOS HISTORIAS DIFERENTES: DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD Y DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO 49
 - 1.1. Discriminación por razón de sexo 49
 - 1.2. Discriminación por razón de edad 50
 - 1.3. 1+2 Interseccionalidad “Edadismo y machismo” 51
 - 1.4. El enfoque institucional de la interseccionalidad “mujer-mayor” 52
2. INTERSECCIONALIDAD. MUJERES MAYORES EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL S. XXI 52
 - 2.1. La mujer mayor y las condiciones materiales de vida 53
 - 2.2. La mujer mayor y las condiciones de salud 54
 - 2.3. La mujer mayor y las relaciones con otros 55
3. MIRADA E INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL: ACOMPAÑANDO A ANTONIA 57
4. CONCLUSIONES 61
5. BIBLIOGRAFÍA 62

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CONTEXTOS DE DROGODEPENDENCIAS: ABORDAJE DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN CLAVE INTERSECCIONAL 67
 ALICIA SALAMANCA FERNÁNDEZ

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN: INTERSECCIONALIDAD, ADICCIONES Y GÉNERO DESDE LA MIRADA DEL TRABAJO SOCIAL 67
2. ADICCIONES Y GÉNERO: CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN 69
3. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE ADICCIONES Y GÉNERO 72
 - 3.1. Acciones que se deben evitar 74
4. CONCLUSIONES 76
5. BIBLIOGRAFÍA 77

EL EMPOBRECIMIENTO FEMENINO: UN ENFOQUE INTERSECCIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL 79
 LORENA MARTÍN DE LA PEÑA / FRANCISCO JAVIER LORENZO GILSANZ / JAVIER PÁEZ GALLEGO

1. INTRODUCCIÓN 79
2. CONCEPTUALIZACIÓN: POBREZA, EXCLUSIÓN E INTERSECCIONALIDAD 80
3. ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE LA POBREZA FEMENINA 81
4. ABORDAJE PRÁCTICO CON PERSPECTIVA INTERSECCIONAL 89
5. CONCLUSIONES 92
6. BIBLIOGRAFÍA 93

ENFOQUE INTERSECCIONAL EN EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR 97
 CECILIA MAYORGA MUÑOZ / LEONOR RIQUELME SEGURA / MARICEL BRICEÑO RIVERA

1. INTRODUCCIÓN 97
2. LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERSECCIONALIDAD EN EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR 98
3. ESTUDIO-ANÁLISIS DE UN CASO DESDE EL ENFOQUE INTERSECCIONAL 101
4. CONCLUSIONES 108
5. BIBLIOGRAFÍA 109

MASCULINIDAD Y DIVERSIDAD: EXPLORANDO LA INTERSECCIONALIDAD EN EL TRABAJO SOCIAL 111
 JESÚS M. PÉREZ VIEJO / EVA RUBIO GUZMÁN / ANA DORADO BARBÉ

1. INTRODUCCIÓN 111
2. LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA TRADICIONAL COMO ATENTADO A LA DIVERSIDAD 113
3. MIRADA E INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL 116
 - 3.1. Descripción de una situación de intervención desde el Trabajo Social 116
 - 3.2. Análisis desde una perspectiva interseccional 116
 - 3.3. Propuestas de intervención 118
4. CONCLUSIONES 120
5. BIBLIOGRAFÍA 121

EL ENFOQUE INTERSECCIONAL EN LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL 123
 RUBÉN TITOS RODRÍGUEZ / MIGUEL URRRA CANALES / MANUEL GUTIÉRREZ PASCUAL

1. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL E INTERSECCIONALIDAD 123
2. PROPUESTA TEÓRICA PARA EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL 126
3. CASO PRÁCTICO SOBRE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL E INTERSECCIONALIDAD 129
 - 3.1. Situación de intervención desde el Trabajo Social 129
 - 3.1.1. Algunos aspectos de su vida en Camerún 129
 - 3.1.2. Experiencia migratoria 130
 - 3.1.3. Área laboral 130
 - 3.1.4. Área relacional 131
 - 3.1.5. Situación económica actual 131
 - 3.1.6. Vivienda y alternativas residenciales 132
 - 3.1.7. Salud 132
 - 3.1.8. Proceso de intervención en España 132
 - 3.2. Análisis y evaluación diagnóstica con una mirada interseccional 134
 - 3.3. Propuesta de intervención 135
 - 3.4. Elementos más relevantes que se han de tener en cuenta al plantear la intervención 135

3.5. Acciones que se deberían llevar a cabo	135
3.6. Acciones que no deben hacerse.....	136
4. CONCLUSIONES.....	136
5. BIBLIOGRAFÍA	137
LA DIVERSIDAD ÉTNICA: UNA MIRADA AL CONTEXTO COLOMBIANO ...	139
EVA MORENO ANADÓN / IRENE BASSANEZI TOSI	
1. INTRODUCCIÓN: REFLEXIONES ACERCA DEL PENSAMIENTO DESCOLONIAL	139
2. DIVERSIDAD ÉTNICA: UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL ..	142
3. MIRADA E INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSEC- CIONAL: DESCRIPCIÓN DE UNA SITUACIÓN DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.....	143
3.1. El caso de Jenny.	145
3.2. Análisis y evaluación diagnóstica con una mirada interseccional	146
3.3. Propuesta de intervención.	148
4. CONCLUSIONES.....	151
5. BIBLIOGRAFÍA	152
CUIDADOS (IN)SOSTENIBLES: UN ANÁLISIS FEMINISTA Y ANTICA- PACITISTA DEL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	155
LAURA SANMIQUEL MOLINERO / ANDREA GARCÍA-SANTESMASES FERNÁNDEZ	
1. INTRODUCCIÓN: LA DISCAPACIDAD Y LOS CUIDADOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL	155
2. INTERVENCIÓN DESDE UNA MIRADA INTERSECCIONAL	157
2.1. El caso de Pedro: de cuidadoras abnegadas y “cuidados” agradecidos	158
2.2. El caso de Elena: de cuidadores “sin vida” y “cuidadas” violentables.....	161
3. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	164
4. BIBLIOGRAFÍA	165
DE ACCESOS Y DERECHOS EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO DE LAS PERSONAS DE ORIGEN MIGRANTES PERTENECIENTES AL COLECTIVO LGBTI EN LA CIUDAD FRONTERIZA DE ARICA (CHILE)	169
PAOLA CONTRERAS-HERNÁNDEZ / MARÍA SOLEDAD ASCENCIO-CORTÉS	
1. INTRODUCCIÓN	170
2. CONSTRUYENDO UN MARCO TEÓRICO DESDE LA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL Y LOS DERECHOS HUMANOS.....	171
3. DE DERECHOS Y EXCLUSIONES: DIFICULTADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA	173
3.1. Una aproximación al contexto sanitario y de derechos de la población de origen migrante LGBTI en Arica, Chile	174
4. CONCLUSIONES.....	175
5. BIBLIOGRAFÍA	176

EL ENFOQUE INTERSECCIONAL EN LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

RUBÉN TITOS RODRÍGUEZ

Trabajador social del Centro Salud Mental del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

MIGUEL URRRA CANALES

Docente del Departamento de Trabajo Social de la UNED, beneficiario de la convocatoria María Zambrano, financiada por el Ministerio de Universidades y la Unión Europea-NextGenerationUE

MANUEL GUTIÉRREZ PASCUAL

Docente de Trabajo Social de la UNED. Director de Servicios Sociales

DOI: 10.14679/3144

Resumen:

Los diagnósticos de salud mental interseccionan con variables como el género, la nacionalidad o el estrato social. Debido a la complejidad que esto supone, no sería lógico plantear un modelo único de intervención social, sino que, desde un enfoque humanista y crítico, se proponen el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y el modelo de Recuperación, como los de mayor utilidad para abordar los casos prácticos que se puedan presentar en el ejercicio profesional.

La propuesta teórica se acompaña de un caso real, que ilustra cómo el no abordaje interseccional de la problemática de salud mental desde el Trabajo Social limita las opciones de los usuarios y usuarias y, finalmente, impacta negativamente en su calidad de vida, que podría ser mejor si se trabajara desde una perspectiva compleja y situada.

Por último, a modo de conclusión, se propone realizar un estudio completo y multifactorial de cada caso, para adaptar el modelo de intervención a las cualidades y características de la persona y lograr el acceso a recursos de calidad y flexibles que atiendan sus necesidades de una manera lo más individualizada posible.

Palabras clave: salud mental, Trabajo Social, interseccionalidad, acción centrada en la persona, recuperación.

1. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL E INTERSECCIONALIDAD

El Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se remonta, prácticamente, a los albores de la profesión ya que *“al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores*

sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios” (Garcés, 2010, p. 334).

En España, el mejor ejemplo lo encontramos en la Escuela de Trabajo Social del Doctor Sarró, fundada en 1953 en la ciudad de Barcelona, que dependía directamente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico y recogía el influjo del trabajo realizado por las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental de los Estados Unidos (Garcés, 2010, p. 334).

Desde entonces, el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se ha consolidado como una especialidad, robusta en desarrollos teóricos y metodológicos, aunque todavía con el reto de ampliar su cobertura en una sociedad, como la del siglo XXI, donde el componente de bienestar emocional y psicológico es cada vez más importante.

En perspectiva de interseccionalidad, en la rueda de Hill Collins no se incluye la condición de “sana” y su opuesto “enferma” o la condición de “salud mental” y el opuesto “enfermedad mental”. Sin embargo, sí encontramos el eje del capacitismo, con el binomio “sin diversidad funcional” y “con diversidad funcional”, que es soporte suficiente para el desarrollo de este capítulo.

El relator especial de derechos humanos de las Naciones Unidas presenta las siguientes conclusiones en su informe de 2017¹ (Püras, 2017, p.21-22):

La salud mental es un ámbito que se ha descuidado con frecuencia y en el que, cuando se le destinan recursos, prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales. Esto ha dado lugar a la situación actual, en que manifiestamente no se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos. Personas de todas las edades, cuando tienen necesidades en materia de salud mental, con demasiada frecuencia sufren la falta de atención y apoyo, o como resultado de servicios ineficaces y perjudiciales.

Las crisis en la salud mental no deberían gestionarse como una crisis de los trastornos individuales, sino como una crisis de los obstáculos sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales. Las políticas de salud mental deberían abordar los «desequilibrios de poder» en lugar de los «desequilibrios químicos».

En un momento en que existe la necesidad urgente de efectuar un cambio de enfoque, se debería dar prioridad a la innovación de políticas a nivel de la población, prestando especial atención a los determinantes sociales, y abandonar el modelo médico predominante que trata de curar a las personas centrándose en los «trastornos».

¹ Curiosamente, la American College of Neuropsychopharmacology emitió un posicionamiento público que critica duramente las conclusiones de este informe. Se recomienda su lectura, ya que es un buen ejemplo de las resistencias que genera el enfoque interseccional en salud mental (ACNP, 2017).

Siguiendo estos razonamientos, se reconoce que los casos de salud mental tienen un componente importante que se encuentra fuera del individuo y desborda lo sanitario y, por lo tanto, tendremos que construir soluciones también fuera del individuo y fuera del sistema sanitario (Benedicto, 2022). De esta manera, desde el Trabajo Social, tanto en la red de servicios públicos, como en la red privada y entidades sociales, se abordan casos en los que se cruzan la discriminación por razón de género y el estigma que acompaña a las enfermedades de salud mental, pero, además, aparecen otras variables como la exclusión social y económica o el perfil migratorio de los usuarios.

Por ejemplo, en la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE), realizada en 2017, encontramos los siguientes hallazgos:

- Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres; 14,1% frente a 7,2%.
- La ansiedad crónica se refiere más del doble en mujeres (9,1%) que en hombres (4,3%).
- La depresión también se declara más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).
- La prevalencia de depresión es 2,5 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) que en quienes trabajan (3,1%), y alcanza el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar.
- En personas de más de 65 años, la dificultad cognitiva también es más común en las mujeres (34,5%) que en los hombres (27,2%).
- El 13,9% de las mujeres, frente al 7,4% de los hombres, consumen tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir.
- El 7,9% de las mujeres y el 3,2% de los hombres consumen antidepresivos o estimulantes.
- En adultos, la prevalencia de problemas de salud mental sería de un 13,5% en la clase más desfavorecida, frente a un 5,9% en la clase más favorecida. Los factores de riesgo alcanzan un 23,6% en la clase más baja, por un 12,4% en clase más alta. De nuevo, estas diferencias son aún más profundas en el caso de las mujeres.
- Todos los indicadores de morbilidad neuropsiquiátrica son mayores en las clases bajas y, sobre todo, en las mujeres pertenecientes a estas.
- Las mujeres de clase baja son las que presentan un mayor consumo de psicofármacos, pero un menor acceso a los servicios especializados en salud mental.

Además, algunas de estas diferencias quizás podrían atribuirse también al modelo de masculinidad hegemónica, donde no está bien visto que un hombre pueda sentir, por ejemplo, ansiedad o depresión y, debido a ello, no acude a los especialistas.

También es importante destacar que estas brechas que muestra la encuesta se replican, casi de manera idéntica en la población inmigrante. Es decir, que las mujeres migrantes prácticamente duplican a sus compañeros varones en todos los indicadores de prevalencia.

Incluso, los datos apuntan a un mayor número de diagnósticos en salud mental en menores inmigrantes, lo que podría estar también relacionado con experiencias de exclusión y discriminación desde la infancia.

Con estos datos, tan diferentes según el género, la nacionalidad o el estrato social, no sería lógico plantear un modelo único de intervención social, sino que, desde un enfoque humanista y crítico, se propone a continuación un modelo de atención centrada en la persona, como mejor herramienta para llevar a la práctica una perspectiva interseccional.

2. PROPUESTA TEÓRICA PARA EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Trabajar desde una perspectiva interseccional implica llevar a la práctica los modelos humanísticos y críticos del Trabajo Social. Esto, a su vez, se relaciona con poner a la persona en el centro de los procesos de intervención y en abordar los casos desde un enfoque complejo y lo más personalizado posible, lejos de procesos burocráticos aplicado de manera acrítica y automatizada.

Por ello, los modelos de Atención Centrada en la Persona (ACP) y de Recuperación son los que se consideran de mayor utilidad para abordar de manera interseccional los casos prácticos que se puedan presentar en el ejercicio profesional.



El origen de la ACP se encuentra en la Terapia Centrada en el Cliente (o Terapia No Directiva), formulada en los inicios de los años sesenta por el psicoterapeuta Carl Rogers, enmarcado en la corriente de psicología humanística.

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia, destacando tres:

- a) La aceptación, incondicionalmente positiva, de la persona en búsqueda de ayuda.
- b) La empatía, es decir, la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente, de ponerse en su lugar y llegar a comprender sus vivencias;
- c) La autenticidad que permiten al terapeuta el diálogo sincero y constructivo con el cliente.

Posteriormente, el concepto de Atención Centrada en la Persona se ha popularizado en otros ámbitos como el de salud, incluyendo la discapacidad, salud mental y el ámbito geriátrico (Ducan, 2011; Nari, 2007). En demencias cabe destacar a Kitwood (1997) quien acuñó el término “Atención Centrada en la Persona con Demencia” incidiendo en la urgencia de revisar los modos de atención existentes en la atención con personas con demencia, especialmente en los entornos residenciales clásicos.

Como un desarrollo de la filosofía ACP vinculado a la salud mental, encontramos el Modelo de Recuperación (citado en ocasiones con la traducción inglesa de “Recovery”). Existen multitud de definiciones del concepto de Recuperación, hay un consenso que uno de los impulsores de este concepto en el campo de salud mental fue William Anthony (1993) (director del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston) que estableció la recuperación como *“un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”*. Fue en los años 90 del siglo pasado cuando se popularizó dicho modelo en el campo de salud mental, que nació al amparo de los movimientos de antipsiquiatría de los años 70 y 80.

Uriarte y Villaspi (2017) señalan que el concepto de la recuperación refleja el énfasis en los derechos y autonomía de los pacientes y tiene su origen en el auge de las críticas a la psiquiatría clásica basada fundamentalmente en tratamientos farmacológicos y orientaciones más enfocadas desde la biología. Nos identificamos con Shepherd et al. (2008) y su visión de la intervención psicosocial de la enfermedad mental que señalan que la recuperación consiste en construir un proyecto de vida que se aleja de la patología y la enfermedad y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar. Insisten en que las personas no se recuperan solas, y su proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con posibilidad de desarrollar un rol social con sentido en el ámbito comunitario y no en servicios que impliquen una segregación.

Estos autores exponen los componentes del proceso de recuperación, que en su momento señalaron Andresen et. al. (2003):

- I. **Encontrar esperanza y mantenerla:** creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro;
- II. **Re-establecimiento de una identidad positiva:** encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo;
- III. **Construir una vida con sentido:** entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir;
- IV. **Asumir responsabilidad y control:** sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida (Shepherd et al., 2008, p. 2).

Los componentes del modelo de intervención de “Recuperación” no giran solo en torno a la enfermedad mental. Como observamos, el componente de “construir una vida con sentido” significa que, como profesionales, ayudamos a la persona a identificar y priorizar sus metas personales en su recuperación, al margen de los objetivos profesionales vinculados exclusivamente a la salud mental; que le ayudamos a identificar recursos formales e informales que no sean solo de salud mental, pueden ser amistades, familia, contactos, entidades sociales..., que podrían ser relevantes para lograr estas metas, y con ello la importancia de lo relacional, de los vínculos. Es decir, el modelo de recuperación es un modelo que tiene una filosofía interseccional, ya que no se queda en la intervención estrictamente ligada a las problemáticas de salud mental, va más allá, teniendo en cuenta las inquietudes y metas vitales del usuario/a, cliente, algunas de ellas vinculadas a la salud mental y otras no. Esto lo veremos en el caso el caso que se reseña en este capítulo, donde se expone que una usuaria sufre un diagnóstico de salud mental, pero la mujer es mucho más que su problemática de salud mental, es su historia de vida relacionado con la inmigración, sus vínculos familiares en otros países, su condición de mujer, etc.

Tradicionalmente, en el origen del concepto de interseccionalidad, algunas categorías de discriminación son el género, la clase social o la etnicidad. Un nuevo enfoque dinámico, que no defiende la existencia de una sola causa de discriminación, sino una maraña de interrelaciones que conforman las experiencias complejas de las personas y de las estructuras sociales que organizan nuestras vidas son: (Grabham et.al., 2009).

- Perspectiva cultural de la persona (costumbres, simbología, ritos, magia, etc.).
- Valores y creencias.
- Proceso migratorio.
- Estigma y autoestigma.
- Perspectiva de género.
- Interpretación de la sintomatología de la enfermedad mental.

- Red de apoyo social y familiar.
- Acceso a recursos comunitarios, prestaciones, etc. Determinantes sociales.
- Preconociones, prejuicios y sesgos del profesional.
- Rescatar y reforzar la dignidad de la persona.

En el modelo de recuperación se tiene en cuenta los elementos anteriormente enumerados para orientar al cliente/ usuario/a en su proceso de inclusión social y ayudarle a que concrete el / ella misma sus metas vitales tanto en el área de salud mental, como en otras áreas vitales. Es decir, la filosofía interseccional por la que apostamos para implementar una intervención psicosocial de la salud mental óptima es a través del modelo de intervención de “Recuperación”.

3. CASO PRÁCTICO SOBRE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL E INTERSECCIONALIDAD

3.1. Situación de intervención desde el Trabajo Social

A continuación, se comparte el caso de Pauline, mujer de 65 años, originaria de Camerún, que lleva viviendo en España 22 años.

3.1.1. *Algunos aspectos de su vida en Camerún*

En Camerún existen unas 250 etnias diferentes y Pauline se identifica con los “*bamilekes*”, a quienes describe como un grupo más urbano que el resto. Además, indica que dentro de este grupo étnico predomina la práctica del cristianismo católico y evangelista, siendo ella ferviente creyente católica y muy practicante.

La paciente comienza a relatar su historia biográfica a partir de los 26 años, obviando su infancia y adolescencia. Refiere que su primer trabajo fue como vendedora de agua fresca en la calle. Contaba con un aparato enchufado a la red eléctrica que enfriaba el agua, y ella la vendía en vasos. Recuerda que tenía mucha clientela. Posteriormente, con 33 años comenzó a trabajar en una tienda de ropa para bebés, como empleada, y guarda buenos recuerdos.

La motivación laboral venía dada por el deseo de ahorrar para poder comprar una casa. Cuenta que en Camerún lo primero es adquirir el terreno, y posteriormente construir la casa.

Explica que con 30 años ya pudo comprar su casa. Nombra que estuvo casada con un hombre, (por su comunicación no verbal parece que no quiere hablar de este tema) y es posible que compraran la casa juntos, también es posible que sea el padre de sus hijas.

Pauline explica que en Camerún no es extraño que una mujer sola pueda acceder a una vivienda. Señala que también existe cierto machismo, pero que esta cuestión no impide a las mujeres poder acceder a determinados bienes y servicios dentro de la sociedad.

3.1.2. *Experiencia migratoria*

Una de las hijas y un hermano de Pauline vivían en España. Ella llegó en avión a vivir con ellos, en búsqueda de oportunidades y expresando cierta desidia hacia su continente (“*Europa es más bonito que África*”).

La primera acción que realizó Pauline fue la de aprender el castellano, tanto hablado como escrito. Para tal fin, se inscribió en programas de alfabetización de la escuela de adultos. Posteriormente comenzó a buscar trabajo.

A los 5 años de estar en España, se planteó retornar a Camerún, pero refiere que su hija se lo impide, escondiendo su pasaporte. Hoy Pauline se muestra resignada y dice que no se explica por qué no la dejaron regresar a su país. Se sospecha que el trastorno psicótico, además del diagnóstico de VIH, provocaran en la hija la necesidad de proteger a su madre, dejando así que el Sistema Nacional de Salud siguiera procurando los cuidados necesarios. Durante estos primeros 5 años, Pauline vivía con su hija, la pareja de ella de origen guineano, y dos familiares de éste, todos en un piso de 3 dormitorios en Alcorcón, una ciudad dormitorio situada al sur de Madrid.

En 2009 la hija se marcha a Francia y ella se queda en el piso junto con un inquilino. Es a partir de esta fecha, cuando la vida de Pauline se complica aún más, ya que también coincidiría con el final de su etapa laboral y, por lo tanto, la imposibilidad de disponer de ingresos económicos propios, dependiendo así de la caridad de terceras personas y de las ocasionales transferencias bancarias que le llegaban por parte de su hija.

3.1.3. *Área laboral*

Los empleos que ha desempeñado en España se han centrado en el sector de limpieza y en el de cuidados a personas dependientes. Refiere que siempre ha preferido este último porque la comida suele estar incluida dentro de las condiciones (sonríe cuando se refiere a esto).

Ha desarrollado trabajos como interna, aunque explica que fueron de corta duración. Una parte importante de su vida laboral tiene que ver con sus contratos en empresas de limpieza de oficinas en Madrid. Cuenta como en, al menos, dos ocasiones fue estafada por sus jefes: la primera, al recibir un cheque de 30€ en lugar de 300€. Explica que nunca lo reclamó, ni siquiera era una opción (se sonríe y se encoje de hombros). En otra ocasión firmó una modificación en las condiciones de su contrato de trabajo, lo que

ocasionó su despido: *“confiaba en mi jefe y firmé, no sabía que renunciaba a mi contrato indefinido”*. Cuenta que en este caso sí lo denunció, pero que percibió que los letrados eran amigos del jefe y llegaron a un acuerdo que a ella le perjudicó. Añade, *“claro que me he sentido engañada muchas veces”*, pero no entra a dar detalles de más sucesos.

Tras la finalización de su último contrato en empresa de limpieza, comenzó a trabajar cuidando a una mujer dependiente. Describe gran esfuerzo físico, ya que tenía que levantar a pulso a la mujer varias ocasiones al día. Esto le ocasionó lesiones en ambos hombros, para lo cual lleva a cabo varias consultas a las urgencias hospitalarias, y que, hoy en día, sigue en tratamiento en traumatología. En 2009 fallece la mujer dependiente, tras 3 años de atención domiciliaria por parte de Pauline. Desde entonces no ha vuelto a trabajar.

3.1.4. *Área relacional*

Actualmente, sus relaciones sociales son escasas y están vinculadas a su parroquia. Refiere en concreto dos amigas latinas que le prestan apoyo económico, aunque expresa que *“ya empiezan a estar cansadas de mí”*.

En cuanto a sus relaciones familiares, las más cercanas son con su hija, que vive en Francia, y con su madre, que vive en Camerún. En ambos casos, se refiere un contacto telefónico, normalmente semanal.

3.1.5. *Situación económica actual*

Recientemente ha cumplido 65 años, los últimos ingresos que ha estado percibiendo provienen de la Renta Activa de Inserción (prestación económica en España dirigida a desempleados de larga duración con especiales dificultades para encontrar empleo, con el objetivo de proporcionarles apoyo económico y medidas de inserción laboral), que se han interrumpido por entrar ya en la edad de jubilación.

No tiene acceso a pensión contributiva de jubilación por no cumplir con el requisito mínimo de años de cotización a Seguridad Social. Sí ha trabajado los años que se requieren, pero lo hizo sin contrato.

Por otro lado, mencionar que, durante los últimos años de su etapa laboral, dedicados al cuidado de una persona dependiente, encadenó varios periodos de incapacidad laboral temporal, unos motivados por crisis psicóticas y otros por lesiones en ambos hombros causados por sobreesfuerzos físicos.

En las bajas causadas por motivos físicos, las altas fueron voluntarias, impidiendo con ello una correcta recuperación y causando un dolor crónico que hoy en día permanece (en ninguna de las bajas médicas llegó a poder ser valorada por el tribunal del

equipo de valoración de incapacidades de la Seguridad Social). En este caso, y pudiendo haber determinado algún tipo de incapacidad laboral, su situación le habría sido más favorable de cara al acceso a recursos económicos.

3.1.6. *Vivienda y alternativas residenciales*

Hasta hace dos meses compartía piso en habitación de alquiler. La paciente refiere que su hija la reclamó para que fuera a Francia, y así pudiera cuidar de sus nietas, mientras que su hija atendía cuestiones relacionadas con el trabajo. Pauline acordó con la mujer del dueño del piso que volvería al cabo de dos meses, y que solicitaba que le reservara la habitación para cuando regresara. A su vuelta, Pauline descubre que su habitación ha sido alquilada y que la decisión la ha tomado el dueño del piso, sin atender al compromiso que había adquirido su mujer con Pauline.

Como consecuencia, Pauline termina durmiendo en un trastero de una comunidad de vecinos, que una amiga de la Iglesia le facilita. Este espacio, según lo describe la propia paciente, es un cuarto de unos cinco metros cuadrados, sin ventanas ni ventilación y que solo cuenta con un colchón, el cual tiende directamente en el suelo para poder dormir por las noches.

En la última entrevista, Pauline acepta explorar la posibilidad de solicitar plaza en una residencia de mayores. Sin embargo, viaja a Francia a visitar a su hija y decide no regresar.

3.1.7. *Salud*

Pauline sufre dolor en espalda, brazos y piernas, como consecuencia de su vida laboral en el sector de la limpieza y de ayuda a domicilio.

Ha sido diagnosticada de VIH.

En salud mental, cuenta con un diagnóstico de esquizofrenia, aunque es de hace años y no se ha revisado o actualizado. En este punto, hay que destacar que en su expediente constan algunos episodios de alucinaciones visuales y auditivas, que ella atribuyó, en un principio, a experiencias místicas, quizás porque en su cultura, la presencia de la magia es algo habitual.

3.1.8. *Proceso de intervención en España*

Llega a España desde Camerún en 2001. El primer recurso conocido es la **escuela de adultos** donde acude a clases de alfabetización, con el objetivo de aprender el cas-

tellano. De este modo podrá tener más probabilidades de encontrar alguna oferta de empleo en el servicio doméstico, según refiere ella misma.

Hasta 2019, fecha en la que inicia el desempleo, se tiene constancia de varias visitas al **Servicio de Urgencias del Hospital**, la mayoría por dolores relacionados con esfuerzos físicos en sus trabajos de limpieza y cuidados.

A partir de 2019, coincidiendo con el fallecimiento de la persona a la que atendía, y sintiéndose incapacitada por las limitaciones físicas que el dolor le causaba, comienza a tener dificultades económicas, por lo que acude a **Caritas** y **Cruz Roja** para solicitar ayuda de alimentos.

Refiere que acudió al **Instituto Nacional de Seguridad social (INSS)** tras algún periodo de incapacidad laboral temporal, al comienzo de sus primeros trabajos como auxiliar de ayuda a domicilio (dolor intenso en los hombros), pero se denegó su solicitud, y fue dada de alta. Posteriormente y con una situación más agravada, se negó a repetir la operación por indefensión, según hace saber. El diagnóstico actual es hombro doloroso derecho en probable relación con rotura de espesor completo de supraespinoso.

En esta última etapa, todavía desempleada, por recomendación de una conocida de la Iglesia, acude al **Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE)** y solicita la Renta Activa de Inserción. Es una prestación que tiene una duración temporal, y una vez agotada, y sin opciones de empleo, es cuando empieza a ser atendida por el **Centro de Salud Mental (CSM)** y, por consiguiente, derivada a **Servicios Sociales Municipales** para atender necesidades básicas. Desde allí, es orientada para gestionar una pensión no contributiva por jubilación, ya que cumple los 65 años en ese momento.

Se podría decir que es en mayo de 2022, fecha en la que ingresa por primera vez en **Psiquiatría del Hospital** (juicio clínico: trastorno psicótico no especificado), cuando se toma consciencia real de su verdadera situación social. Una vez dada de alta, es cuando comienza con un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental.

Durante todo este tiempo, es decir, desde su llegada a España fue atendida por **consultas externas del Hospital** y por el **Centro de Atención Primaria**, debido a que está diagnosticada de Infección VIH estadio C2. En algunos informes se anotan cuestiones referentes a falta de nutrientes en la alimentación, a dificultad para llevar a cabo tratamiento farmacológico y, en varias ocasiones, ausencias a citas médicas para seguimiento.

En total, se tiene constancia de la intervención de once recursos. Ninguno de ellos ha abordado el caso desde una perspectiva interseccional y, aunque se han podido realizar intervenciones de manera puntual, con mejoras coyunturales de su situación, no se ha abordado el caso desde una perspectiva más amplia.

3.2. Análisis y evaluación diagnóstica con una mirada interseccional

En primer lugar, se puede identificar, de manera clara, que Pauline, por su condición de mujer migrante, ha sufrido discriminación y exclusión desde múltiples aristas, como la laboral, la sanitaria o la residencial. Repasando su caso, la red de servicios sociales (tanto pública, como privada o comunitaria), no ha sido capaz de construir una respuesta integral a sus necesidades.

Se debe plantear, de manera crítica, que, después de 22 años residiendo en España, sus alternativas finales han sido esperar plaza en una residencia de mayores o mudarse a Francia a vivir con su hija. Todo esto, tras haber pasado por multitud de recursos y con un problema de salud mental evidente, que no ha sido siquiera diagnosticado y tratado de manera continua; mucho menos abordado de una manera sistémica.

En definitiva, se ha pedido a Pauline encajar en una serie de servicios que, en el mejor de los casos, cubren de manera puntual algunas necesidades básicas, en lugar de poner esos mismos servicios a disposición de un plan de intervención sistemático, centrado en su persona.

En lugar de un diagnóstico lineal y coyuntural, que resume su situación actual, se podría haber articulado uno con perspectiva interseccional, que recoja las múltiples aristas de exclusión y discriminación que, a lo largo del tiempo, han ido llevando a Pauline a su situación actual.

Diagnóstico tradicional	Diagnóstico desde una perspectiva interseccional
<p>Mujer migrante, de 65 años, con bajos ingresos y diagnosticada de esquizofrenia, requiere plaza en residencia de mayores. Se utiliza una sola entrevista para concretar su demanda explícita, expresada en relación con el alojamiento.</p>	<p>Mujer camerunesa, con fuertes creencias religiosas, que llegó a España hace 22 años. Tiene un diagnóstico de VIH y esquizofrenia, pero sin actualizar desde 2009. Cuenta con una red de apoyo muy limitada. Requiere varias sesiones individuales de entrevista, para llegar a conocer la complejidad de su historia y situación actual, para así generar un plan de acción centrada en su persona, que permita un proceso de recuperación. En dichas entrevistas, se prestará especial atención a la importancia de identificar metas de su proyecto vital, más allá de su problemática de salud mental. Se le ofrecerá acompañamiento y orientación, para que concrete sus demandas implícitas, como puede ser retomar la vinculación con su familia en Europa y en África. Es importante acompañarla en el análisis de recursos formales e informales que puede conocer la usuaria y que la ayuden para lograr dichas metas vitales. Mientras esto ocurre, necesita apoyo para atender necesidades básicas de vivienda, alimento y vestido.</p>

3.3. Propuesta de intervención

En lugar de haber articulado una intervención estandarizada para cada uno de sus problemas, se podría haber realizado un proceso centrado en su persona, teniendo en cuenta la complejidad de su situación y la exclusión múltiple que debe afrontar.

Intervención realizada desde un modelo tradicional	Intervención deseada, desde un modelo centrado en la persona y de recuperación
<p>Desde 2009, encadena distintas ayudas y subsidios y ahora está tramitando una pensión no contributiva.</p> <p>Como solución a su problema de vivienda, se está comenzando el trámite de plaza en una residencia pública de mayores.</p> <p>Se le apoya y orienta para llevar a cabo la solicitud de valoración del grado de dependencia.</p> <p>Es una intervención clásica basada en el binomio “necesidad explícita - recurso”, con énfasis en la gestión de prestaciones.</p>	<p>Una intervención que tenga en cuenta la perspectiva cultural de la persona (costumbres, simbología, valores, creencias etc.), su proceso migratorio, el estigma y autoestigma que produce la situación de salud mental, la perspectiva de género, la interpretación de la sintomatología de la enfermedad mental, la red de apoyo social y familiar, así como el acceso a recursos comunitarios o prestaciones.</p> <p>Es importante fomentar la autonomía y autogestión de la usuaria, orientándola en diferentes alternativas en su proceso de recuperación. No se debe enjuiciar sus decisiones y la relación será horizontal entre profesional y usuaria.</p> <p>A todo ello, se le suma una reflexión sobre las prenociones, prejuicios y sesgos del profesional, junto al modelo humanista de rescate y refuerzo de la dignidad de la persona.</p> <p>En un primer momento, se deben atender necesidades básicas de vivienda, alimento y vestido.</p>

3.4. Elementos más relevantes que se han de tener en cuenta al plantear la intervención

Además del diagnóstico e intervención, debemos plantearnos los condicionantes que han llevado a Pauline a su situación. Su historia de migración, condiciones laborales precarias, infravivienda, exclusión económica y problemas de salud mental no puede despacharse desde factores individuales o malas decisiones. Como trabajadores sociales, debemos denunciar los procesos de discriminación subyacentes a este y otros tantos casos similares.

3.5. Acciones que se deberían llevar a cabo

- Hay que recordar siempre que la realidad de cada caso es compleja y esto no encaja con un “recetario” de acciones estandarizadas, sino con una intervención situada y centrada en la persona.

- Además de la perspectiva del paciente, incluir el concepto de “significado”, es decir, el significado que tiene para el paciente su propia experiencia con diagnóstico de salud mental.
- Tener presente que el diagnóstico psiquiátrico lleva asociado un estigma, que dificulta los procesos de integración social. Los y las trabajadores sociales debemos tener especial cuidado en no alimentar esos estigmas y, por supuesto, no dejarnos influir por ellos en nuestra labor profesional.
- Enfocar el Trabajo Social en el área de salud mental desde una perspectiva de promoción de la salud y no sólo orientada a la enfermedad.
- Los y las trabajadores sociales debemos reivindicar la eliminación de barreras para garantizar que todas las personas con diagnósticos de salud mental tengan acceso a una atención adecuada, situada y culturalmente sensible.

3.6. Acciones que no deben hacerse

- No forzar ciertos perfiles para su inclusión en recursos ya existentes y que son poco o nada flexibles. De manera paralela, se debe reivindicar el diseño de recursos y servicios que se adapten a las necesidades de las personas en situación de exclusión que tienen un diagnóstico de salud mental y no al contrario.
- No se trata de generar una discusión entre Trabajo Social, medicina o psiquiatría, sino de poner a la persona en el centro y trabajar de manera interdisciplinar para su mejor acompañamiento y recuperación.
- No ahorrar esfuerzos en estudiar a fondo la historia social que acompaña a cada caso. La biografía y la perspectiva del paciente de salud mental también es relevante y enmarca los diagnósticos médicos. No hablamos de “paciente con X enfermedad”, sino de cómo “la enfermedad X afecta a cada paciente en concreto, con sus circunstancias particulares”.

4. CONCLUSIONES

Como conclusión principal, se identifica la necesidad de realizar un estudio completo y multifactorial de cada caso, con todas sus aristas, para adaptar el modelo de intervención a las cualidades y características de la persona y lograr el acceso a recursos de calidad y flexibles que atiendan sus necesidades de una manera lo más individualizada posible. Esto, en el ámbito de la salud mental, se consigue trabajando desde los modelos de atención centrada en la persona y de recuperación.

En cuanto al caso, podemos concluir que, a la hora de aplicar el enfoque interseccional en salud mental, es imprescindible dedicar tiempo a conocer en profundidad las diferentes aristas sociales que acompañan a la historia médica de los usuarios / as. Sólo así se podrán construir diagnósticos que no sea lineales y coyunturales, que

permitan articular procesos de intervención que tengan en cuenta la complejidad de cada situación y la exclusión múltiple que deben afrontar los usuarios / as.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ACNP (2017) Posicionamiento de la American College of Neuropsychopharmacology frente al “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Health/RightToMentalHealth/InternationalCollegeNeuropsychopharmacology.pdf>
- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust NZ J Psychiatry*, 37(5), 586-94. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), 11-23.
- Benedicto, C. (2022) Desigualdades sociales y Salud mental. En R. González-Rubio, P. Gullón, A. González-Herrera y M. Carmona, M. (Coords.) *Transformar los barrios para evitar el sufrimiento psíquico* (pp.67-94). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ducan, E. (2011). *Person Centred Care: what is it and how can it be improved?* University of Stirling.
- Garcés E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A>
- Grabham, E., Herman, D., Cooper, D. y Khrisnadas, J. (2009) Introduction. En E. Grabham, D. Herman, E. Cooper y J. Krishnadas (eds) *Intersectionality and Beyond: Law, Power, and the Politics of Location* (pp.1-17). Routledge-Cavendish. <https://doi.org/10.4324/9780203890882>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Nari (2007). *Best practice in person-centred health care for older Victorians: Report of Phase 1*. Victorian Department of Human Services.
- Púras, D. (2017) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Naciones Unidas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf>
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Uriarte, J. J. y Vallespi, A. (2017). Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 241-256.

Presentamos este libro cuyo objetivo principal es comprender el concepto de Interseccionalidad y su aplicabilidad en la práctica profesional de las y los trabajadores sociales. La preparación en esta materia se hace imprescindible para docentes, estudiantes, profesionales e investigadores de distintas áreas de las ciencias sociales al estar ligada con la calidad de la intervención desde los servicios sociales, del tercer sector u otros ámbitos como el Trabajo Social en empresas, sin olvidar la implicación que supone para la defensa completa de los derechos sociales.

El texto consta de 11 capítulos redactados por 24 autores nacionales e internacionales especializados en la materia, que abordan diversas miradas sobre la Interseccionalidad y sus implicaciones, tanto desde una perspectiva teórica como práctica. La estructura y distribución de la obra está pensada para facilitar la comprensión de este concepto y su utilidad en diferentes campos académicos y grupos sociales. Cada capítulo cuenta con un resumen que lanza un esbozo con lo que el lector se va a encontrar, unas palabras clave que trazan los ejes principales de ese texto, una parte teórica amplia que explica el campo de actuación y otra parte práctica que enseña cómo aplicar previamente lo aprendido.

Consideramos que la Interseccionalidad representa un componente académico necesario en la disciplina de Trabajo Social y, por ende, en la formación de estudiantes y futuros trabajadores sociales, cuyas intervenciones han de ser efectivas para restablecer el bienestar de las personas y la justicia social. Esperamos que este libro contribuya a ello.



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS



9 788410 700253