

El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona

The role of social work within the Mental Health and Addictions Network of Girona

Xavier Solench Arco¹

ORCID: 0000-0002-1038-0970

Xavier Casademont Falguera²

ORCID: 0000-0002-3821-4245

Recepción: 15/07/19. Revisión: 30/10/19. Aceptación: 04/11/19

Para citar: Solench Arco, X., i Casademont Falguera, X. (2019). El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. *Revista de Treball Social*, 217, 75-95. DOI: 10.32061/RTS2019.217.04

Resumen

A partir de 1978, las primeras trabajadoras sociales se incorporan en el ámbito de la salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Salt. Cuarenta años después, estas profesionales se han convertido en una pieza clave en el modelo de atención a la salud mental en Girona. Este artículo tiene como objetivos: 1) analizar cómo se introduce el Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona (XSMiA) del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS); 2) examinar la evolución que ha experimentado esta figura profesional; y 3) identificar los retos de futuro que contemplan las profesionales. La investigación se estructura en cinco dimensiones de análisis: el tipo de intervenciones y las tareas desarrolladas; la representación, el rol y el valor dentro de los equipos; las dificultades propias de su incorporación; y finalmente los retos de futuro identificados por las profesionales. Desde un punto de vista metodológico, la información se ha obtenido mediante la exploración teórica, la investigación documental y los discursos de los profesionales, adquiridos mediante entrevistas semiestructuradas. Entre otros, la investigación constata que la figura del Trabajo Social en la XSMiA está consolidada y goza de un cierto reconocimiento, a pesar de

1 Graduado en Trabajo Social en la Universidad de Girona. Grupo de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (CISA). Universidad de Girona. xavisolench@gmail.com

2 Doctor y profesor del Departamento de Pedagogía de la Universidad de Girona. Grupo de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas de la Universidad de Girona. xavier.casademont@udg.edu

que la indefinición de la profesión en el ámbito sanitario es un elemento que dificulta la delimitación de sus funciones y el tipo de intervenciones.

Palabras clave: Trabajo Social, salud mental, Trabajo Social clínic, Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona.

Abstract

In 1978, the first social workers joined the mental health field at the Psychiatric Hospital of Salt. Forty years later, these professionals have become a key component in the model of mental healthcare in Girona. This article aims 1) to analyse how social work is introduced into the Mental Health and Addictions Network of Girona (XSMiA) attached to the Healthcare Institute (IAS), 2) to review the development this professional figure has witnessed; and 3) to identify future challenges observed by professionals. The research is structured into five analysis areas: the kind of intervention and the tasks conducted; representation, role and value within teams; difficulties inherent to their incorporation; and the future challenges identified by professionals. From a methodological point of view, the information was obtained through theoretical exploration, documentary research and lectures by professionals, acquired using the semi-structured interview technique. Among other aspects, the research confirms that the figure of social work within the XSMiA is well-established and benefits from some recognition, despite the fact that the non-definition of the profession within the health field is an aspect that makes it difficult to define its functions and the type of intervention.

Keywords: Social work, mental health, Mental Health and Addictions Network of Girona

1. Introducción

En la provincia de Girona, la atención a la salud mental es gestionada por un único distribuidor: la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS). A partir del año 1974 se inició la transición de un modelo manicomial hacia un modelo comunitario, en el cual participaron profesionales de distintas disciplinas, entre ellas del Trabajo Social. La presencia del Trabajo Social no respondió a una invitación desinteresada de la psiquiatría, sino a la necesidad de integrar la disciplina por “lo que sabe hacer” (Méndez, Wraage y Costa, 2012).

Con el paso de los años, la Xarxa ha acumulado y disfruta de prestigio y reconocimiento, no solo en el ámbito estatal, también internacionalmente, como lo demuestra el estudio RENIMENT (Research on Financing Systems' Effect on the Quality of Mental Health Care). Esta trayectoria dilatada explica que a menudo se describa este caso como el “modelo gerundense”. Cómo se verá a lo largo del artículo, la XSMiA apuesta por la atención comunitaria y los recursos de proximidad, minimizando las estancias hospitalarias y sin contemplar el ingreso permanente. Así mismo, se pretende garantizar el acceso a la psicoterapia y a la rehabilitación psicosocial, y promover el acceso a una vivienda digna, al trabajo y al ocio, entre otros.

¿Pero cuáles han sido las bases de este modelo? ¿Qué circunstancias han favorecido el desarrollo de una aproximación de estas características? Este artículo analiza las principales etapas en la construcción del modelo gerundense de atención a la dolencia mental y a las adicciones. Partiendo del final del franquismo y del advenimiento de la democracia hasta la actualidad, la investigación identifica tres grandes etapas en la atención a la salud mental y las adicciones. En paralelo, este análisis histórico se desarrolla a partir del rol del Trabajo Social desde la incorporación de las primeras profesionales. Se trata, pues, de un análisis evolutivo de la disciplina del trabajo social dentro de la XSMiA, desde su introducción, en un contexto de apertura comunitaria, hasta la actualidad, identificando los acontecimientos más significativos durante su despliegue.

2. Marco teórico

A lo largo del siglo XX, la investigación en el ámbito de la salud mental ha experimentado un adelanto considerable desde distintas perspectivas. El Trabajo Social ha sido una de las disciplinas y profesiones que han hecho aportaciones a esta materia, especialmente desde la vertiente de la intervención, la formación, la epistemología, entre otros (Richmond, 1993, 2005; Carballeda, 2012; Garcés, 2007, 2010; Colom, 2008; Fernández, 1997; Ureña, 2006, 2010; Ituarte, 1982, 1994). Todas estas contribuciones apuestan porque el abordaje en salud mental requiere una mirada holística que debe tener en cuenta los factores sociales a la hora de dar respuesta a la problemática.

En cuanto al estudio de la evolución histórica de la salud mental a Girona, destacan las aportaciones de Gil i Boadas (1987) y Aparicio (1980), que han contribuido a la reconstrucción del abordaje de la salud mental.

En relación con el rol del Trabajo Social en la XSMiA, no hay demasiadas publicaciones que lo aborden, a pesar de la existencia destacada del monográfico coordinado por Gisbert y Cid (2012), en que profesionales de la institución reflexionan sobre el modelo de este territorio en la atención a la salud mental; o el dossier publicado recientemente en la *Revista de Girona*, en el que algunos de los protagonistas reflexionan en primera persona sobre el cambio de modelo logrado (Gil, Masferrer i Vilà, 2019).

En Girona, la atención a la salud mental se inicia en 1212, con el primer asilo de la ciudad, y la posterior construcción del primer Hospital de Santa Caterina, entre los años 1666 y 1679 (Castells, Puigdevall i Reixach, 1989). A partir de la Ley de Beneficencia, en 1855, la Diputación de Girona asume la dirección del centro (Gil y Boadas, 1987), y en 1870 se inician los servicios de salud mental (Instituto de Asistencia Sanitaria, 1992). En el año 1886, este mismo organismo adquiere el Mas Cardell (Diputación de Girona, 1984), donde se ubicaría el Hospital Psiquiátrico de Salt, el primer manicomio público de Cataluña.

Durante gran parte del siglo XX, el manicomio cumple con la función social de las instituciones psiquiátricas del momento. Los internos eran atendidos con escasos medios económicos y por un número reducido de personal sanitario con baja calificación (Gil y Boadas, 1987). Hasta los años 70, se hicieron intentos de mejorar y abandonar el tratamiento manicomial, pero la situación económica y política hicieron inviable cualquier intento de aplicar las corrientes reformistas que llegaban de Europa (Aparicio, 1980).

En los años 70, en un contexto político y social de cierta eferescencia previa al final de la dictadura, se inicia un movimiento contrario a los manicomios, propiciado por el crecimiento de la antipsiquiatría liderada por Cooper y Laing, y las corrientes reformistas antiinstitucionales, mayoritariamente italianas, de la mano de Jervis, Pirella o Basaglia (Mauri y Rotelli, 1987). Simultáneamente, la firma del concierto con la Seguridad Social en 1970 promueve un cambio de percepción de la hospitalización psiquiátrica, tradicionalmente vista como un acto benéfico, que ahora pasa a ser más profesionalizada.

En este contexto, en 1974 los médicos residentes en el entonces hospital psiquiátrico de Salt emiten un informe de denuncia altamente crítico sobre las condiciones del Hospital (Diputación de Girona, 1984), que tuvo un notable eco en la prensa. Todo ello provocó que la Diputación asumiera las demandas que se reclamaban y adoptara decisiones para mejorar la situación (Aparicio, 2019). Estos acontecimientos hicieron posible un replanteamiento del modelo manicomial e impulsaron la formulación de alternativas que, entre otras cosas, favorecerían la incorporación del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

La incorporación del trabajo social en el ámbito de la salud mental surge en un periodo de tecnificación y profesionalización de la misma disciplina, a principios del siglo XX (Fernández, 1997). Según Garcés (2010,

p. 334), en 1904, en el Hospital John Hopkins de Baltimore, Adolph Meyer, con el objetivo de “dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y la masificación de los manicomios”, incorpora por primera vez en un hospital psiquiátrico la figura del trabajador social. Desde entonces, distintas instituciones fueron incorporando gradualmente este perfil a los equipos multidisciplinarios, reconociendo así el valor de la información social de los pacientes para abordar la dolencia, y el papel del trabajador social (Garcés, 2010).

En Cataluña, las primeras trabajadoras sociales en el ámbito de la salud mental aparecen en los años sesenta, a partir de la primera Escuela de Trabajo Social (1932), de la mano de Raúl Roviralta, y de la segunda, en 1952, de la mano del Dr. Sarró (Miranda, 2017). Su incorporación a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, al Preventorio de Urgencias Psiquiátricas del Ayuntamiento de Barcelona y a la Diputación de Barcelona significará el punto de partida del trabajo social en salud mental (Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2001).

Actualmente, según Díaz (2002, en Garcés, 2010), la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental parte de un modelo interdisciplinario donde los trabajadores sociales se encargan de trasladar la mirada ambiental, relacional, cultural, económica, etc., y posteriormente incorporarla a la biológica y psicológica, para finalmente realizar una valoración global del paciente y el tratamiento. En cuanto a las funciones del trabajo social en este ámbito, Garcés (2010, p. 341-342) identifica tres funciones: “atención directa; preventiva y de promoción e inserción social; y de coordinación”. Partiendo de estas ideas, el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016) define las actividades específicas de intervención social en salud mental, y las agrupa en seis “grupos”: asistencial, coordinación y participación, docencia e investigación, planificación y organización, evaluación y gestión.

3. Metodología

Para lograr sus objetivos, esta investigación adopta una metodología cualitativa, dado que se estudia la evolución histórica de la XSMiA y el papel que los y las trabajadoras sociales de esta institución han desarrollado desde el advenimiento de la democracia. Por esta razón, las técnicas de investigación y fuentes de información seleccionadas han sido la exploración teórica de fuentes bibliográficas; la investigación documental en el Archivo General de la Diputación de Girona; y las entrevistas en profundidad.

Con el objetivo de profundizar en la comprensión del periodo de estudio, se han analizado las principales publicaciones relacionadas con la salud mental situadas en este territorio. También se hizo revisión de la documentación interna (memorias, registros, expedientes, informes de derivación, etc.) de la Diputación de Girona, existente en el archivo público de este organismo y en la biblioteca del IAS. A pesar de haber consultado estas fuentes, no se encontró información relevante que ayudara a lograr

los objetivos de esta investigación. Por este motivo, las entrevistas adquirieron más importancia como fuente de información.

En total, se han hecho 17 entrevistas, dos a informantes clave y el resto a profesionales de la XSMiA. Para orientar la investigación, inicialmente se llevaron a cabo dos entrevistas exploratorias. La primera, al Dr. Antoni Vilà, integrante del Consejo de Administración del IAS en la época de reconversión del Hospital Psiquiátrico e investigador en materia de servicios sociales; y la segunda, a la Dra. Rosa Gil, historiadora y experta en la historia de la XSMiA. Estas entrevistas sirvieron para orientar los principales focos de la investigación, así como para identificar recursos útiles para su desarrollo.

En cuanto a las entrevistas a los profesionales de la red, se redactó un guion previamente validado por una trabajadora social con más de treinta años de experiencia en la institución. La selección de los informantes se hizo mediante un muestreo no probabilístico intencional, y los participantes fueron anonimizados (I + n.º de entrevista) para garantizar la confidencialidad. Las entrevistas a los profesionales de la Xarxa partieron de un muestreo estructural, seleccionando cuatro informantes en función de su posición jerárquica, dos psiquiatras y una trabajadora social; y de un muestreo de informantes estratégicos, todos ellos trabajadores sociales de la institución.

Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados, y posteriormente fueron transcritas para facilitar el análisis y la explotación. El vaciado y el análisis de las entrevistas se ha estructurado en base a cuatro dimensiones: la tipología de intervenciones y tareas desarrolladas por las trabajadoras sociales, de acuerdo con Garcés (2010) y el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016); la representación, el rol y el valor del trabajo social en los equipos; las vicisitudes de las trabajadoras sociales para hacerse un lugar en el ámbito de la salud mental y, finalmente, los retos de futuro identificados.

4. Resultados: El rol de la trabajadora social y las principales etapas históricas de la XSMiA de Girona

En este apartado se expone el grosor de esta investigación cualitativa a manera de resultados. Mediante las entrevistas a profesionales de la XSMiA, se identifican tres grandes etapas; y se analiza el rol del Trabajo Social en esta evolución histórica.

4.1. 1974-1986: la incorporación de las primeras trabajadoras sociales

Como ya se ha anticipado, es a partir de 1974 cuando el Hospital Psiquiátrico de Salt modifica las prácticas propias de las antiguas instituciones manicomiales (Gil y Boadas, 1987), inspirado por las corrientes

reformistas provenientes de Europa y los Estados Unidos (Rotelli, Leonar-dis i Mauri, 1987). Fue un periodo de cambio en la filosofía hospitalaria, estimulado por la incorporación de nuevos facultativos con ideas innovadoras. En este periodo se fomentó la participación de los internos en la vida diaria del centro (Sambola, 2019) y se introdujeron cambios estructurales (Gil y Boadas, 1987). Entre otros, se promovió la sectorización territorial de recursos a la comunidad y la reducción de los ingresos hospitalarios, reservados solo para casos extremos. Para hacerlo, “hacía falta una red extrahospitalaria adecuada, es decir, la creación de dispensarios en cada sector, centros de día, un mínimo de camas en hospitales municipales o comarcales, etc.” (Diputación de Girona, 1984, p. 8).

A partir de 1978, a iniciativa de los profesionales que disientían del modelo vigente hasta entonces, se abrieron progresivamente los primeros dispositivos ambulatorios, conocidos como centros de higiene mental, pioneros en la reforma mental. Eran centros “de carácter comunitario, preventivo, que otorgan gran importancia a los elementos psicoterapéuticos y que intentan realizar su tarea en la propia comunidad” (Capellá, 2001, p. 103). Inicialmente se distribuyeron en cuatro sectores (Figueres, Olot, Girona y Palamós) y se formaron “incipientes equipos formados por un psiquiatra y una asistente social” (Vallhonrat, Pérez y Aguado, 2012, p. 23).

En cuanto a los recursos hospitalarios, se sectorizó el hospital y se puso en funcionamiento un nuevo pabellón de agudos situado en el edificio Els Til·lers, favoreciendo así la restricción de los ingresos a los pabellones de crónicos (Gil y Boadas, 1987).

En 1981 la Generalitat recibió las competencias en materia de salud por parte de la Seguridad Social, cosa que facilitó el establecimiento del nuevo mapa sanitario (Capellá, 2001). Tres años más tarde, en 1984, se crea el Instituto de Asistencia Sanitaria, un organismo autónomo encargado de la gestión directa de los servicios hospitalarios y de asistencia médica, dependiente de la Diputación de Girona. En 1985 se incorpora a la Red Hospitalaria de Utilidad Pública (XHUP, por su sigla en catalán). En esta etapa, también se pone en funcionamiento la Cooperativa La Fageda (González, 2008), una iniciativa normalizada que daría trabajo, entre otros, a personas con trastorno mental.

4.1.1. Hacerse un lugar en el ámbito de la salud mental

En 1978 se incorpora al Hospital Psiquiátrico la figura de la trabajadora social en el ámbito de la salud mental, espacio que hasta el momento habían ocupado congregaciones religiosas y otras figuras no profesionales (Gil y Boadas, 1987). La aparición del trabajo social en el ámbito contribuye al reconocimiento de los factores sociales como determinantes de la salud. Inicialmente, tal como pasó en otros lugares, la figura del trabajador social era ambigua (Garcés, 2010). El mundo médico reclamaba su presencia pero desconocía su campo de intervención, por lo cual las profesionales necesitaron un periodo de adaptación para delimitar su perímetro de intervención.

La atención se centralizaba en el Hospital Psiquiátrico de Salt, y los psiquiatras, a iniciativa propia, visitaban en dispensarios municipales, entendidos como recursos comunitarios. Con una voluntad de apertura comunitaria y de trabajo psicoterapéutico, a principios de los ochenta se crean equipos formados por dos psiquiatras, una enfermera, una psicóloga, dos auxiliares y una trabajadora social. Los equipos multidisciplinares permitían que cada profesional aportara su mirada y conocimientos propios de su disciplina, pero la perspectiva del trabajo social, alejada de las maneras de entender la salud mental propias de tiempos anteriores, lo convertía en una figura clave. Tal y como afirman algunas entrevistadas la relación intragrupal era próxima, en la cual destaca el estrecho vínculo con el colectivo de enfermería, con quien a menudo se trabajaba conjuntamente.

El tipo de intervención hospitalaria variaba según las circunstancias y el equipo. Es decir, no había unanimidad en cuanto al modelo, sino que cada uno de los equipos concebía el abordaje de la salud mental de distinta manera. Las funciones de las trabajadoras sociales eran fundamentalmente asistenciales y de coordinación interna. Destacaban el asesoramiento y valoración de nuevos casos, bajo la demanda de intervención de los psiquiatras; la participación en las reuniones del equipo asistencial, en los que fueron introduciendo progresivamente sus valoraciones sociales. Esta función no siempre fue fácil, puesto que determinados psiquiatras, con una aproximación biológica, entendían la tarea de las trabajadoras sociales como subsidiaria a la psiquiatría. Sin embargo, con el tiempo las trabajadoras sociales consiguieron ser reconocidas dentro de los equipos:

Algún doctor me usaba como secretaria y yo accedí [...]. Cuando ya estuve más integrada los dije que cuando quisieran que interviniera me lo dijeran directamente, [...] que yo decidiría cuál era el mejor recurso o apoyo [...]. A la vez, el psiquiatra decía que era imposible trabajar en salud mental sin la figura del trabajador social (I-11).

También eran habituales la emisión de informes sociales por otros organismos, la tramitación de ayudas, o el establecimiento de vínculos con los servicios sociales y las familias. Dar respuesta a todas las necesidades era complejo dado que, además de la atención en la reciente unidad de agudos, se atendía a los aproximadamente quinientos internos de los pabellones de crónicos.

Aun así, con el tiempo se inició la descentralización, y la atención a la salud mental abandonó el contexto hospitalario para pasar a atender en los dispensarios, ofreciendo una atención de proximidad lejos del hospital psiquiátrico, que cargaba un fuerte estigma. La dirección optó por el modelo de psiquiatría francés, en el que es el mismo equipo quien hace la atención hospitalaria y a la comunidad. Así, las trabajadoras sociales dedicaban dos o tres días a la atención hospitalaria y dos o tres días a visitar en los dispensarios por todo el territorio.

Inicialmente, las funciones a la comunidad estaban relacionadas con la gestión, las actuaciones asistenciales y de planificación, así como tareas

de organización. Aun así, había dificultades para ejercerlas plenamente, teniendo en cuenta la falta de recursos por parte de las administraciones y de la red, a pesar de la manifiesta voluntad de cambio. Esto provocaba que las trabajadoras sociales tuvieran que ser creativas para dar respuesta a las carencias del sistema.

En relación con las tareas asistenciales, destacaban las visitas domiciliarias, el acompañamiento y el apoyo al paciente y su familia y la valoración de pacientes, tanto para conocer su funcionalidad, adaptación o idoneidad a los recursos, como para realizar solicitudes de prestaciones y servicios. A la vez, se realizaba intervención comunitaria, enfocada a potenciar los recursos de apoyo social, mediante la alianza con varias entidades.

En cuanto a la planificación y organización, las trabajadoras sociales se incorporaron de varias maneras a las diferentes comarcas con el encargo de organizar la base de lo que hoy en día es la atención comunitaria. Lo hicieron sin unas directrices concretas por parte de los jefes,³ apostando así para darles confianza y autonomía para “hacer lo que sabían hacer” (I-2) y definir su rol. Las profesionales contactaron con todos los agentes vinculados con la salud mental: ayuntamientos, servicios sociales, entidades...:

En aquella época teníamos más relación con los ayuntamientos que ahora, porque lo primero que hacíamos era ir a los ayuntamientos de cada pueblo a buscar referentes (I-4).

Sin embargo, puntualmente necesitaron el apoyo de los responsables institucionales o de los líderes de los equipos, como muestra de fuerza ante algún agente político. Otra tarea de planificación y organización fue la participación en la elaboración de protocolos de intervención, que eran elaborados conjuntamente con el equipo.

4.2. 1986-2003: El despliegue comunitario y la reconversión del antiguo hospital psiquiátrico

A partir de 1986, en consonancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la persona con problemas de salud mental se consolida como sujeto con derechos y obligaciones que requiere intervenciones multidimensionales: técnicas, psicológicas y sociales (Garcés, 2010). Diferentes grupos profesionales piden una mejora en la gestión en el ámbito de la salud, lo que favorece las condiciones ideales para propiciar un cambio (Espino, 2002). Todo ello, estimula un periodo con numerosos cambios normativos que serán decisivos en el éxito del desarrollo de la reforma.

En el ámbito estatal, la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, universaliza el derecho a la protección de la salud (Espino, 2002), e integra la

3 La Diputación, formalmente, sí que les designa unas funciones, como: visitas domiciliarias, tramitación de ayudas, elaboración de informes sociales, investigación, seguimiento de las familias, entre otros (Diputació de Girona, 1984).

asistencia psiquiátrica al sistema sanitario general. En Cataluña, en 1990, con la Ley de ordenación sanitaria, se hace el traspaso de competencias de las diputaciones a la Generalitat de Cataluña, se crea el Servicio Catalán de Salud y se elabora el Plan de Salud Mental. En Girona, el traspaso se hace efectivo en 1992 y el IAS se convierte en un organismo público. Así, se reafirma la atención desde un modelo comunitario; se divide el territorio en Áreas Básicas de Salud (ABS) y “se crean los primeros Centros de Salud Mental (CSMA), Centros de Día (CD) y Comunidades terapéuticas fundamentadas en la Psiquiatría Comunitaria” (Vallhonrat et al., 2012, p. 23), entre otros. En 1997, el antiguo hospital psiquiátrico se reorganiza en tres líneas: Psicogeriatría, Retraso Mental y Trastorno Mental Severo-Larga estancia (Gisbert y Cid, 2010). Todos estos cambios permiten al modelo gerundense promover un nuevo sistema de atención en salud mental moderno ya desarrollado en otros países europeos, alejándose del hospital psiquiátrico como institución total (Capellá, 2001).

4.2.1. La consolidación profesional

La creación del ABS conlleva una nueva sectorización territorial, que pasa a dividirse en cinco sectores, para posteriormente aumentar hasta los siete actuales: Gironès-Pla de l'Estany, Baix Empordà, Alt Empordà, Selva Marítima, Selva Interior, Garrotxa y Ripollès (Instituto de Asistencia Sanitaria, 1992). Así, progresivamente aumenta el número de servicios comunitarios y se incorporan nuevos profesionales de otras disciplinas. El aumento de sectores reducía la representación dentro de los equipos de las trabajadoras sociales, menguaba su presencia en el territorio, y multiplicaba su trabajo. Es decir, no aumentaron en número, sino que se optó porque las mismas trabajadoras sociales repartieran sus jornadas laborales entre los servicios comunitarios ya existentes y los de nueva creación.

En esta etapa, las tareas asistenciales aumentan, sobre todo a causa de la aparición de la pensión no contributiva (PNC), que incrementa las valoraciones sociales.

Durante este periodo, las trabajadoras sociales reivindican una implicación mayor por parte de las administraciones, concretamente con la demanda de un Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) por parte de las entidades locales, o de viviendas al Departamento de Bienestar Social.

En cuanto a la atención hospitalaria, se pone en funcionamiento la Comisión de Crónicos, con el encargo de recibir las solicitudes de ingreso a los pabellones, y realizar un análisis de la situación con el objetivo de buscar alternativas al ingreso. A pesar de la voluntad de evitar nuevos ingresos, a menudo eran inevitables, a causa de la falta de despliegue de los recursos comunitarios. En esta función, la trabajadora social asume un rol central, porque es la única profesional con derecho a vetar la solicitud y evitar el ingreso, y esto la situaba en una posición de poder. En relación con la población ingresada, a pesar de que la situación había empezado a mejorar en la primera etapa, la mayoría de las profesionales entrevistadas destacaban las condiciones en que se encontraban los pacientes:

Había usuarios en algo parecido a un almacén, mezclados de cualquier manera, sin ningún criterio profesional, con enormes salas con camas unos junto a los otros, más de 500 personas viviendo (I-3).

Lo que más me sorprendió fue la cantidad de gente que había [...] la idea que una persona se quedara ingresada durante toda la vida era normal, se podía hacer (I-13).

No obstante, se introduce progresivamente una intervención rehabilitadora y recuperadora, y se trabaja en la desinstitucionalización y la dignificación de los pacientes. Se apuesta por ofrecer una atención integral a las personas con trastorno mental severo (TMS), ayudándolas a volver a la comunidad, apoyándolos para favorecer su presencia en el entorno y propiciando unas posibilidades reales para desarrollarse con autonomía y calidad de vida.

En el proceso de externalización, las profesionales intervienen con pacientes que acumulan muchos años institucionalizados, y con limitaciones considerables de la autonomía:

[Hacia falta] trabajar mucho el tema de responsabilidades, dado que la institución las había asumido y no se les había dado autonomía... (I-9).

Para llevar a cabo este proceso, se desarrolla el programa individual de rehabilitación para cada paciente con TMS. El trabajo social aporta sus conocimientos sobre todo en los ámbitos familiar, económico y laboral, y en la revisión de la capacidad de obrar. Las relaciones con los familiares, se afirma, no siempre fueran sencillas:

[costaba] que la familia aceptara que la persona tenía que vivir fuera [...] se tenía que ir trabajando (I-5).

En todo este proceso, las entrevistadas afirman que tienen el reconocimiento del resto de profesionales. A pesar de esto, también mencionan dificultades con algunos profesionales que actuaban de manera paternalista y con poca predisposición a cambiar las dinámicas de trabajo, cosa que dificultaba la implantación de la perspectiva rehabilitadora.

En esta etapa se producen dos cambios más que hay que considerar. En primer lugar, la puesta en funcionamiento de los CSMA, entendidos como el pivote de la asistencia en salud mental y como puerta de entrada para las actividades preventivas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras. Y en segundo lugar, el paso de un modelo de psiquiatría de tipo “francés” –en el que el mismo equipo profesional presta asistencia a los pacientes en el ámbito hospitalario y en el ámbito comunitario–, hacia un nuevo modelo de tipo “inglés” –en el que hay dos equipos diferenciados; es decir, un equipo de profesionales que presta atención comunitaria en los CSMA, y un equipo de profesionales que presta atención hospitalaria.

Para adaptarse a estos cambios, se fija un sistema de coordinaciones semanales entre los CSMA y los servicios hospitalarios, a iniciativa de las

mismas profesionales. Las trabajadoras sociales de los CSMA se trasladaban un día a la semana a los servicios hospitalarios para coordinarse, garantizando el continuo asistencial, favoreciendo el vínculo con los pacientes ingresados y el trabajo en red entre los profesionales hospitalarios y comunitarios. A la vez, los planes de trabajo se definen conjuntamente, mejorando la calidad de las intervenciones. Esta metodología singulariza el trabajo social dentro de la XSMiA y es uno de los rasgos distintivos del modelo gerundense.

Otra de las dificultades mencionadas por las entrevistadas durante esta etapa es una cierta sensación de soledad y la falta de apoyo, puesto que la mayoría eran las únicas profesionales de su disciplina en el equipo, a diferencia de otros con varios profesionales. Además, a pesar de que el trabajo social ya contaba en este momento con una cierta trayectoria en el sector, las trabajadoras sociales continúan identificando profesionales que desconocen su rol y funciones:

La gente no sabía qué era. Recuerdo que nos veían como tramitadores de pagos. [...] No se veía la parte terapéutica de nuestro trabajo (I-11).

Aun así, poco a poco, las diferentes disciplinas van percibiendo la contribución positiva de la figura de la trabajadora social, puesto que el hecho que el paciente disponga de los recursos sociales necesarios contribuye a visualizar la contribución y a dotar de más reconocimiento y poder a los profesionales.

4.3. 2003-2019: La consolidación del trabajo social

En el año 2003 toma el relevo de la XSMiA el Dr. Claudi Camps, un psiquiatra comprometido con la mirada rehabilitadora y recuperadora, con la intención de potenciar los recursos comunitarios. A pesar de la voluntad de cambio de la dirección, el estallido de la crisis económica del 2007 conllevó una reducción económica de aproximadamente seis millones de euros, que afectó el despliegue y la consolidación de los recursos comunitarios y la contratación de nuevos profesionales. A pesar de las dificultades mencionadas, a principios de esta etapa se empiezan a desplegar nuevos programas, como los Equipos de Intervención Precoz a la Psicosis (EIPP), o el Programa de Apoyo de Salud Mental a la Primaria (PSP).

En este periodo, distintas normas y convenciones impulsan una mejora en el abordaje de la dolencia mental. En primer lugar, se aprueba la Declaración de Helsinki (2005), que fija la salud mental como prioridad; en segundo lugar, la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (2006); y, finalmente, en 2006 se aprueba el primero Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña (PDSMA), para la atención a las personas con trastorno mental y adicciones. Este último documento define el modelo de atención y organización de servicios y apuesta por abordar los problemas de salud mental desde las políticas públicas, con una perspectiva integradora, por

el respeto de los derechos humanos, y el rechazo del estigma y de la discriminación. Para hacerlo propone el despliegue de políticas de promoción y prevención, así como la implementación de modelos de atención comunitaria y multidisciplinares (Departament de Salut, 2006, p. 5)⁴.

En el año 2013 la XSMiA participa en el Proyecto REFINEMENT, un análisis comparativo sobre la eficiencia y calidad en la atención a la asistencia a la salud mental, en qué participaron ocho regiones europeas de distintos estados (Reino Unido, Finlandia, Italia, Francia, Austria, Rumanía, Noruega y España). El modelo gerundense se situó como adalid, convirtiéndose en referente mundial en la atención a la asistencia a la salud mental (Kalseth y Magnussen, 2013). La investigación reconocía el valor de la atención comunitaria basada en un modelo sin larga estancia psiquiátrica, con recursos de proximidad, capaz de garantizar el acceso a las intervenciones en psicoterapia, la rehabilitación psicosocial en los TMS y promotor del acceso a una vivienda digna, a un trabajo y al ocio. En 2017 el Departamento de Salud aumenta de manera considerable la financiación de la Xarxa, cosa que facilita el despliegue de nuevos programas y servicios, y la contratación de personal, entre los cuales, nueve trabajadoras sociales.

De este modo, la aprobación de nuevas normas internacionales, la reformulación de las políticas catalanas y la recuperación de la financiación, permitieron reforzar la apuesta por el modelo de atención comunitario.

4.3.1. La situación actual

Gran parte de esta etapa se ha visto afectada por los efectos directos e indirectos de la crisis económica. El recorte presupuestario que se llevó a cabo durante el periodo más intenso de la crisis, entre el 2007 y el 2017, empuja, sobre todo a las trabajadoras sociales, a trabajar en un contexto de más precariedad: un número inferior de profesionales de los deseados para realizar intervenciones fuera de la atención directa, más presión asistencial a causa del incremento de los trastornos mentales más frecuentes, y menos oportunidades formativas y de cura por el puesto de trabajo a causa de la falta de tiempo. Así lo expresa una de las entrevistadas:

[...] la cantidad de gravedad y de sufrimiento por hora de trabajo mío era realmente... Hemos sufrido mucho aguantándonos como podíamos (I-11).

El incremento presupuestario del 2017 permite ampliar el despliegue de recursos con la puesta en funcionamiento del Programa de Servicios Individualizado (PSI), o el Equipo de Salud Mental a las personas sin hogar (ESMAS). Simultáneamente, se amplían las ratios de trabajadoras sociales, cosa especialmente valorada por los entrevistados. La XSMiA inicia la etapa con 17 trabajadoras sociales y, en 2019, dispone de 37, algunos

⁴ Otras medidas posteriores fueron: Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental y Adicciones de 2010; el Acuerdo con las entidades sociales del documento de Priorización de Actuaciones para el Periodo 2014-16; y finalmente el Documento de Estrategia 2017-19.

con dedicación completa y otras parcial. Aun así, algunas entrevistadas afirman que el incremento de personal ha sido limitado y desigual en comparación con otras profesiones, lo que los ha hecho ir “desfasados” respecto a otros grupos profesionales (I-5). Otros añaden que, entre 2017 y 2019, se han cubierto las faltas que se reclamaban antes del inicio de la crisis, por lo cual hoy en día, con el aumento de población con trastorno mental, hace falta nuevamente un incremento de trabajadores sociales y de los recursos vinculados.

En cuanto a los nuevos servicios, el PSI interviene con personas con TMS con “el objetivo primordial de adaptar los servicios sanitarios y sociales a las necesidades concretas de cada paciente y acercarlos tanto como sea posible a su medio natural, para consolidar la continuidad asistencial” (CatSalut, 2003, p. 5). Se requiere que el gestor o coordinador disponga de “titulación superior o diplomatura, [...] experiencia y conocimientos sobre la salud mental, la organización de los servicios especializados y del resto de servicios comunitarios...” (CatSalut, 2003, p. 19). Es decir, a pesar de que la naturaleza del trabajo social sanitario encaja con esta figura, no es específico para él. En este sentido, la XSMiA incorpora una trabajadora social en este programa, ante el cual la mayoría de profesionales se muestran en desacuerdo:

La esencia del trabajo social es el *case work* [...]. Somos las que mejor sabemos hacer este trabajo [...] es nuestra filosofía de trabajo (I-5).

Sin embargo, algunas profesionales creen que se asignan tareas de gestión de casos propias de los profesionales de la enfermería o del trabajo social a otros profesionales que no están calificados para ejercerlas. Muchas profesionales reconocen que el programa funciona, lo que ha incrementado su volumen de casos.

En relación con las funciones, las trabajadoras sociales llevan a cabo tareas asistenciales, de coordinación y participación, de docencia e investigación, de planificación y organización, de evaluación y de gestión. Todas son valoradas como importantes, pero dependiendo del servicio se hacen más o menos.

Como ya hemos avanzado, buena parte de su actividad se concentra en funciones asistenciales y de atención directa, a causa de la falta de profesionales. De este modo, las visitas domiciliarias, el trabajo grupal, y la intervención comunitaria, a pesar de ser consideradas como algo muy importante, se han reducido. Se admite que no siempre se invierte el tiempo necesario. Sobre la prevención y la promoción de la salud mental desde la vertiente propia del trabajo social, se lleva a cabo principalmente realizando seguimiento indirecto de los pacientes a través de coordinaciones; mediante la atención directa a los pacientes, pero sin un programa específico; y con la interacción profesional. En este sentido, algunas de las profesionales echan de menos programas específicos enfocados a las poblaciones más vulnerables.

La coordinación y la participación son dos elementos muy valorados por las profesionales. Las reuniones de equipo se consolidan, y la mayoría participa activamente aportando la perspectiva del trabajo social. Como se ha visto en etapas anteriores, la representación de las trabajadoras sociales estaba en minoría respecto a otras disciplinas profesionales. En esta etapa, crecen los equipos con más de una profesional, cosa que se vive como muy positiva. Entre los servicios comunitarios y hospitalarios de la XSMiA sigue habiendo coordinación, a pesar de que no siempre es fácil disponer de tiempo para hacerlo y se corre el riesgo de perderlo. A su vez, se coordinan con servicios externos a la red, como servicios sociales, atención primaria o recursos específicos. Finalmente, respecto a la participación, las profesionales son presentes en mesas de salud mental y adicciones, en el Col·legi de Treball Social, o en grupos de trabajo y comisiones técnicas territoriales. Finalmente, las profesionales lamentan no poder participar en espacios de decisión estratégica.

La docencia y la vinculación con la universidad toma fuerza entre los profesionales, sobre todo a partir del inicio de los estudios de grado de Trabajo Social en la Universitat de Girona, a mediados de esta etapa. Entre otros, algunas participan como profesoras en diferentes asignaturas, o como tutoras de Prácticum. Además, imparten formación interna a residentes en la XSMiA y a otros compañeros, y externa a servicios del territorio. En cuanto a la investigación, si bien algunas han llevado a cabo, en términos generales se practica de manera esporádica y habitualmente por iniciativa propia, a pesar de que hay una voluntad por parte de las profesionales de incrementarla (Colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales del Instituto de Asistencia Sanitaria, 2014). En cuanto a la evaluación, muchas analizan los mismos registros de actividad, valoran los resultados y hacen propuestas de mejora. Finalmente, en cuanto a la gestión, tan solo una trabajadora social ejerce como jefa de servicio.

El hecho de que la mayoría de las tareas que llevan a cabo sean asistenciales es lo que más angustia a las participantes. Señalan la falta de profesionales sociales como origen de la sobrecarga, lo que ha impedido llevar a cabo otro tipo de intervenciones, que a la vez son menos valoradas:

[...] vas saturado a nivel asistencial, no puedes hacerlo. No es por falta de ganas... [...]. A todas nos gustaría (I-2).

Muchas veces no nos creemos que podemos hacer algunas cosas de otro modo [...] se pueden hacer muchas cosas aquí, es más un chip nuestro [...] lo usamos como excusa, porque el tiempo lo encuentras. Es una cuestión de prioridades (I-10).

Otros mencionan que no se han sabido transmitir los beneficios que implica la intervención social para la persona; o incluso los beneficios de estas intervenciones en términos de rentabilidad económica. Es decir, que no han sido capaces de transmitir que determinadas intervenciones sociales pueden contribuir a reducir el número de ingresos hospitalarios o que sean de una duración inferior; con el beneficio económico que esto conlleva.

En los equipos, la mayor parte de las participantes manifiestan sentirse valoradas, a pesar de que todavía se percibe la existencia de jerarquías entre profesiones y una cierta confusión respecto a las funciones. Al mismo tiempo, algunas trabajadoras sociales se sienten cuestionadas en determinadas ocasiones por otros profesionales:

[...] los temas sociales son los únicos en los cuales todo el mundo se atreve a opinar (I-6).

En cuanto a la dirección, hay un reconocimiento y valoración de su tarea. Aun así, muestran la necesidad de disponer de un canal de comunicación reglado con la dirección de la XSMiA y una participación mayor en la toma de decisiones que les afectan directamente.

El aumento de la implicación y la participación de usuarios y familiares en el abordaje de la dolencia es uno de los cambios relevantes de este periodo. Actualmente, los pacientes opinan sobre qué tipo de salud mental y tratamiento quieren, y no se resignan a un rol pasivo respecto a lo que se les impone:

Ahora sí que nos encontramos ante un momento en que por fin ellos ponen voz. Ahora es el momento en que la lucha contra el estigma puede avanzar (I-9).

Finalmente, en cuanto a la relación entre trabajadoras sociales, se siguen realizando encuentros periódicos del colectivo, pero el incremento de profesionales, la falta de liderazgo y la actual carga asistencial ponen en entredicho su continuidad.

5. Conclusiones y retos de futuro

Tal y como se ha analizado a lo largo del artículo, la figura de la trabajadora social y la inclusión de la profesión en la XSMiA de Girona cuenta ya con más de cuarenta años de trayectoria. En el análisis, se han identificado tres grandes etapas históricas, de las cuales destacaríamos:

Una etapa inicial, entre 1974 y 1986, en la que el trabajo social se introduce en el ámbito de la salud mental, en un contexto con voluntad de cambios que se materializan con la descentralización de la asistencia del hospital psiquiátrico a los dispensarios comunitarios. Un segundo momento, entre 1986 y 2003, en el que la apertura de nuevos servicios a la comunidad, la apuesta por la rehabilitación psicosocial y la recuperación, y la desinstitucionalización facilitan la delimitación del papel de las trabajadoras sociales en los equipos. Finalmente, una tercera etapa en la que el trabajo social se consolida como disciplina en el ámbito de la salud mental, tal y como lo hace el “modelo gerundense”, pero donde el contexto de crisis empuja su figura a la realización de actividades asistenciales, en detrimento del resto de actividades que se llevaban a cabo en la etapa anterior.

Tabla 1: Evolución histórica del trabajo social en la XSMiA de Girona

	1.ª ETAPA (1974-1986)	2.ª ETAPA (1986-2003)	3.ª ETAPA (2003-2019)
A destacar del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ introducción en el ámbito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definición del rol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ consolidación de la figura
Actividades principales del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación ▪ planificación y organización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación (equilibrio) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación
Dificultad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ incipiencia del TS en el ámbito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de representación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ crisis económica ▪ sobrecarga ▪ crecimiento del colectivo
Modelo organizativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ modelo tipo francés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ transición de modelo francés a inglés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ modelo tipo inglés
A destacar de la XSMiA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ descentralización ▪ aparición dispositivos comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nueva sectorización ▪ rehabilitación y recuperación ▪ desinstitucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reconocimiento del modelo ▪ inyección de capital (2017) ▪ empoderamiento pacientes

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales se constata que la figura del trabajo social en la XSMiA está consolidada, a pesar de que todavía hay aspectos a mejorar. A pesar de que disfruta de un reconocimiento institucional, así como del resto de disciplinas con las que convive, la indefinición de la profesión en el ámbito sanitario es un elemento que dificulta la delimitación de sus funciones y el tipo de intervenciones que le son propias. Un hecho, por otro lado, similar al mismo sistema de Servicios Sociales, un sector que tradicionalmente ha tenido dificultades para definir su perímetro y objeto, con todo lo que esto conlleva (Peregrino, 2015). Del mismo modo, los profesionales manifiestan cierta incapacidad de modificar la tipología de intervención a causa, entre otros, de la sobrecarga derivada de la crisis económica de los últimos años.

Las profesionales del trabajo social afirman que los profesionales clínicos, con más recorrido en el sector de la salud mental, tienen más poder y reconocimiento que el trabajo social. Aun así, la mirada externa a la dinámica clínica que aporta el trabajo social a los equipos implica un salto cualitativo en las intervenciones multidisciplinares (I-3). Según las profesionales, uno de los retos de futuro es conseguir que el trabajo social sea reconocido como una profesión sanitaria, del mismo modo que el resto de profesiones con las que convive. Este reconocimiento haría posible una formación especializada en el ámbito de la salud mental, la conocida como

“residencia” que ya llevan a cabo enfermeros, médicos o psicólogos. Estas profesionales consideran que esto facilitaría el desarrollo de la disciplina y los equiparía con el resto de profesionales clínicos. Incluso, algunas piensan que facilitaría su acceso a lugares estratégicos de responsabilidad y gestión. De algún modo, se espera que la especialización ayude a singularizar el trabajo social en este ámbito, y a legitimar la profesión.

Las profesionales identifican otros retos clave en la materia, como los posibles cambios respecto a la manera de abordar la autonomía de las personas con trastorno mental, la incorporación de una figura que represente al colectivo de trabajadoras sociales para dar respuesta al crecimiento del colectivo en la XSMiA, el tratamiento de la cronicidad y los nuevos trastornos, o cambios en la forma que convergen los servicios sociales y el ámbito de la salud.

Referencias bibliográficas

- Aparicio, V. (1980). Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt. En González de Chávez (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica* (p. 553-565). Madrid: Editorial Mayoria.
- Aparicio, V. (2019). Salt: una institució qüestionada. *Revista de Girona*, 313, 63-67.
- Capellá, A. (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 79, 101-128.
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *V Xerte*, 38. Recuperado de <http://www.margin.org/suscri/margen77/carballeda77.pdf>
- Castells, N., Puigdevall, N., i Reixach, F. (1989). *L'Hospital Santa Caterina de Girona*. Girona: Diputació de Girona
- CatSalut. Servei Català de la Salut (2003). Pla de Serveis Individualitzats (PSI). *Quaderns de salut mental 2*. Barcelona: Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
- Colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona (2014). Documento base: Plan funcional (Documento interno de trabajo inédito). Salt: Instituto de Asistencia Sanitaria.
- Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (2001). *Funcions del Treballador Social al camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grupo de Trabajo de Sa-

- lud Mental. Recuperado de <http://www.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental>
- Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (2016). Intervención de Trabajo Social en Salud Mental. Actualización del Monográfico 2: *Funcions del Treballador Social en el Camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grupo de Trabajo de Salud Mental.
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- Departament de Salut (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf>
- Diputació de Girona (1984). *Memòria-Projecte de la Xarxa Psiquiàtrica de les comarques gironines dependent de la Diputació de Girona*. Girona: Diputació de Girona.
- Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría* 22(81) 39-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531200>
- Fernández, X. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 145, 48-58.
- Garcés, E. (2007). La especificidad del trabajador social en salud mental ¿Un rol reconocido? *Trabajo Social y Salud*, 56, 309-332.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 332-352.
- Gil, R. M., i Boadas, J. (1987). *El Psiquiàtric de Salt: Cent anys d'història*. Girona: Diputación de Girona; Instituto de Asistencia Sanitaria.
- Gil, R. M., Masferrer, M., i Vilà, T. (2019). El model gironí d'assistència psiquiàtrica. *Revista de Girona*, 313, 58-93.
- Gili, M., García, J., i Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>
- Gisbert, C., i Cid, J. (2010). Evaluación en unidades de rehabilitación hospitalaria: un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades, expectativas y soporte comunitario. En M. Vargas i R. Touriño (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación psicosocial* (p. 213-231). Valladolid: FEARP.
- Gisbert, C., i Cid, J. (2012). Salud Mental Comunitaria: El Modelo de Girona. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1).

- González, D. (2008). *La Fageda, història d'una bogeria*. Barcelona: La Magrana.
- Instituto de Asistencia Sanitaria (1992). *Memòria 87-92: Xarxa de Salut Mental*. Girona: Diputació de Girona.
- Ituarte, A. (1982). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Ituarte, A. (1994). El papel del trabajador social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290.
- Kalseth, J., i Magnussen, J. (2013). *The REFINEMENT decision support toolkit for improving the financing of mental health care. The manual*. Recuperado de http://www.refinementproject.eu/APPENDIX_REFINEMENT_Decision_Support_T
- Mauri, D., i Rotelli, F. (1987). Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de Asociación de Neuropsiquiatría*, 7(21).
- Méndez, R., Wraage, D., i Costa, A. M. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 17(1), 407-435.
- Miranda, X. (2017). *Treball social en salut mental a Catalunya: una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals* (Tesis doctoral). Universidad de Lleida, Lleida.
- Pelegri, X. (2015). Repensant la política de serveis socials per a un canvi d'època. *Revista de Pedagogia i Treball Social. Revista de ciències socials aplicades*, 4(1), 52-73.
- Richmond, M. (1993). *El caso social individual* (3.^a ed.). Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Richmond, M. (2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Rotelli, F., Leonardis, O., i Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 165-187. Recuperado de <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/F.-Rotelli-O.-De-Leonardis-D.-Mauri-Desinstitucionalizacion-otra-viareforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados.pdf>
- Sambola, A. (2019). El manicomi de Salt. *Revista de Girona*, 313, 60-62.
- Ureña, A. (2006). L'especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental. *Revista de Treball Social*, 178, 35-41.

Ureña, A. (2010). La salud mental del Trabajo Social en Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 353-360.

Vallhonrat, A. C., Pérez, M. F. M., i Aguado, J. M. (2012). Los centros de salud mental en la XSM-IAS de Girona. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(1), 23-40.