

El rol del treball social a 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

Recepció: 15/07/19. Revisió: 30/10/19. Acceptació: 04/11/19

Per citar: Solench Arco, X., i Casademont Falguera, X. (2019). El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. *Revista de Treball Social*, 217, 69-88. DOI: 10.32061/RTS2019.217.04

Resum

A partir del 1978, les primeres treballadores socials s'incorporen a l'àmbit de la salut mental a l'Hospital Psiquiàtric de Salt. Quaranta anys més tard, aquestes professionals han esdevingut una peça clau en el model d'atenció a la salut mental a Girona. Aquest article té com a objectius: 1) analitzar com s'introdueix el treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona (XSMiA) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS); 2) examinar l'evolució que ha experimentat aquesta figura professional; i 3) identificar els reptes de futur que albiren les professionals. La recerca s'estructura en cinc dimensions d'anàlisi: el tipus d'intervencions i les tasques desenvolupades; la representació, el rol i el valor dins dels equips; les dificultats pròpies de la seva incorporació; i finalment els reptes de futur identificats per les professionals. Des d'un punt de vista metodològic, la informació s'ha obtingut mitjançant l'exploració teòrica, la recerca documental i els discursos dels professionals, adquirits mitjançant l'entrevista semiestructurada. Entre d'altres, la recerca constata que la figura del treball social a la XSMiA està consolidada i gaudeix d'un cert reconeixement, tot i que la indefinició de la professió en l'àmbit sanitari és un element que dificulta la delimitació de les seves funcions i el tipus d'intervencions.

1 Graduat en Treball Social a la Universitat de Girona. Grup de Recerca en Ciències Socials Aplicades (CISA). Universitat de Girona. xevisolench@gmail.com

2 Doctor i professor del Departament de Pedagogia de la Universitat de Girona. Grup de Recerca en Ciències Socials Aplicades de la Universitat de Girona. xavier.casademont@udg.edu

Paraules clau: Treball social, salut mental, Treball 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. Introducció

A la província de Girona, l'atenció a la salut mental és gestionada per un únic distribuïdor: la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). A partir de l'any 1974 s'inicià la transició d'un model manicomial cap a un model comunitari, en el qual participaren diferents disciplines, entre elles el treball social. La presència del treball social no va respondre a una invitació desinteressada de la psiquiatria, sinó a la necessitat d'integrar la disciplina per "allò que sap fer" (Méndez, Wraage i Costa, 2012).

Amb el pas dels anys, la Xarxa ha acumulat i gaudeix de prestigi i reconeixement, tant a escala internacional com estatal, com ho demostra l'estudi RENIMENT (Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care). Aquesta dilatada trajectòria explica que sovint es descrigui aquest cas com el "model gironí". Com es veurà al llarg de l'article, la XSMiA aposta per l'atenció comunitària i els recursos de proximitat, tot minimitzant les estades hospitalàries i sense preveure l'ingrés permanent. Així mateix, es pretén garantir l'accés a la psicoteràpia i a la rehabilitació psicosocial, i promoure l'accés a un habitatge digne, a la feina i a l'oci, entre d'altres.

Quines han estat, però, les bases d'aquest model? Quines circumstàncies han afavorit el desenvolupament d'una aproximació d'aquestes característiques? Aquest article analitza les principals etapes en la construcció del model gironí d'atenció a la malaltia mental i a les addiccions. Partint del final del franquisme i de l'adveniment de la democràcia fins a l'actualitat, la recerca identifica tres grans etapes en l'atenció a la salut mental i les addiccions. Paral·lelament, aquesta anàlisi històrica es desenvolupa a partir del rol del treball social, d'ençà de la incorporació de les primeres professionals. Es tracta, doncs, d'una anàlisi evolutiva de la disciplina del treball social dins la XSMiA, des de la seva introducció, en un context d'obertura comunitària, fins a l'actualitat, tot identificant els esdeveniments més significatius durant el seu desplegament.

2. Marc teòric

En el transcurs del segle XX, la recerca en l'àmbit de la salut mental ha experimentat un avenç considerable des de diferents perspectives. El treball social ha estat una de les disciplines i professions que han fet aportacions en aquesta matèria, especialment des del vessant de la intervenció, la formació, l'epistemologia, entre d'altres (Richmond, 1993, 2005; Carballeda, 2012; Garcés, 2007, 2010; Colom, 2008; Fernández, 1997; Ureña, 2006, 2010; Ituarte, 1982, 1994). Totes aquestes contribucions aposten perquè l'abordatge en salut mental requereix una mirada holística que ha de tenir en compte els factors socials a l'hora de donar resposta a la problemàtica.

Pel que fa a l'estudi de l'evolució històrica de la salut mental a Girona, destaquen les aportacions realitzades per Gil i Boadas (1987) i Apa-

ricio (1980), els quals han contribuït a la reconstrucció de l'abordatge de la salut mental.

En relació amb el rol del treball social a la XSMiA, no hi ha massa publicacions que ho abordin, tot i que destaca el monogràfic coordinat per Gisbert i Cid (2012), en què professionals de la institució reflexionen sobre el model d'aquest territori en l'atenció a la salut mental; o el recent dossier publicat a la Revista de Girona, en què alguns dels protagonistes reflexionen en primera persona sobre el canvi de model assolit (Gil, Masferrer i Vilà, 2019).

A Girona, l'atenció a la salut mental s'inicia el 1212, amb el primer asil de la ciutat, i la posterior construcció del primer Hospital de Santa Caterina, entre els anys 1666 i 1679 (Castells, Puigdevall i Reixach, 1989). A partir de la Ley de Beneficencia, el 1855, la Diputació de Girona n'assumeix la direcció (Gil i Boadas, 1987), i l'any 1870 s'inicien els serveis de Salut Mental (Institut d'Assistència Sanitària, 1992). L'any 1886, aquest mateix organisme adquireix el Mas Cardell (Diputació de Girona, 1984), on s'ubicaria l'Hospital Psiquiàtric de Salt, el primer manicomi públic de Catalunya.

Durant gran part del segle XX, el manicomi compleix amb la funció social de les institucions psiquiàtriques del moment. Els interns eren atesos amb escassos mitjans econòmics i per un nombre reduït de personal sanitari amb baixa qualificació (Gil i Boadas, 1987). Fins als anys 70, es van fer intents de millorar i abandonar el tractament manicomial, però la situació econòmica i política van fer inviable qualsevol intent d'aplicar els corrents reformistes que arribaven d'Europa (Aparicio, 1980).

Als anys 70, en un context polític i social de certa efervescència prèvia al final de la dictadura, s'inicia un moviment contrari als manicomis, propiciat pel creixement de l'antipsiquiatria liderada per Cooper i Laing, i els corrents reformistes antiinstitucionals, majoritàriament italians, de la mà de Jervis, Pirella o Basaglia (Mauri i Rotelli, 1987). Simultàniament, la signatura del concert amb la Seguretat Social el 1970 promou un canvi de percepció vers l'hospitalització psiquiàtrica, tradicionalment vista com un acte benèfic, que ara passa a caracteritzar-se per una professionalització més gran.

En aquest context, el 1974 els metges residents al llavors hospital psiquiàtric de Salt emeten un informe de denúncia altament crític sobre les condicions de l'Hospital (Diputació de Girona, 1984), que tingué un notable ressò en la premsa. Tot plegat provocà que la Diputació assumís les demandes que es reclamaven i adoptés decisions per millorar la situació (Aparicio, 2019). Aquests esdeveniments van fer possible un replantejament del model manicomial i impulsaren la formulació d'alternatives que, entre altres coses, afavoririen la incorporació del treball social en l'àmbit de la salut mental.

La incorporació del treball social en l'àmbit de la salut mental sorgeix en un període de tecnificació i professionalització de la mateixa disciplina, a principis del segle XX (Fernández, 1997). Segons Garcés (2010, p. 334), el 1904, a l'Hospital John Hopkins de Baltimore, Adolph Meyer, amb l'objectiu de "donar una resposta socialitzadora a la cronicitat dels

trastorns mentals i la massificació dels manicomis”, incorpora per primera vegada en un hospital psiquiàtric la figura del treballador social. Des d'aleshores, diferents institucions van anar incorporant gradualment aquest perfil als equips multidisciplinaris, reconeixent així el valor de la informació social dels pacients per abordar la malaltia, i el paper del treballador social (Garcés, 2010).

A Catalunya, les primeres treballadores socials en l'àmbit de la salut mental apareixen als anys seixanta, a partir de la primera Escola de Treball Social (1932), de la mà de Raül Roviralta, i de la segona, l'any 1952, de la mà del Dr. Sarró (Miranda, 2017). La seva incorporació a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, al Preventori d'Urgències Psiquiàtriques de l'Ajuntament de Barcelona i a la Diputació de Barcelona esdevindrà el punt de partida del treball social en salut mental (Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2010).

Actualment, segons Díaz (2002, a Garcés, 2010), la intervenció del treball social en l'àmbit de la salut mental parteix d'un model interdisciplinari on els treballadors socials s'encarreguen de traslladar la mirada ambiental, relacional, cultural, econòmica, etc., i posteriorment incorporar-la a la biològica i psicològica, per finalment realitzar una valoració global del pacient i el tractament. Pel que fa a les funcions del treball social en aquest àmbit, Garcés (2010, p. 341-342) identifica tres funcions: “atenció directa; preventiva i de promoció i inserció social; i de coordinació”. Partint d'aquestes idees, el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016) defineix les activitats específiques d'intervenció social en salut mental, i les agrupa en sis “grups”: assistencial, coordinació i participació, docència i investigació, planificació i organització, avaluació, i gestió.

3. Metodologia

Per assolir els seus objectius, aquesta recerca adopta una metodologia qualitativa, atès que s'estudia l'evolució històrica de la XSMiA i el paper que els i les treballadores socials d'aquesta institució han desenvolupat d'ençà de l'adveniment de la democràcia. Per aquesta raó, les tècniques de recerca i fonts d'informació seleccionades han estat l'exploració teòrica de fonts bibliogràfiques; la recerca documental a l'Arxiu General de la Diputació de Girona; i les entrevistes en profunditat.

Amb l'objectiu d'aprofundir en la comprensió del període d'estudi, s'han analitzat les principals publicacions relacionades amb la salut mental situades en aquest territori. També es va fer revisió de la documentació interna (memòries, registres, expedients, informes de derivació, etc.) de la Diputació de Girona, existent a l'arxiu públic d'aquest organisme i a la biblioteca de l'IAS. Malgrat haver consultat aquestes fonts no es va trobar informació rellevant que ajudés a assolir els objectius d'aquesta recerca. Per aquest motiu, les entrevistes van assolir més importància com a font d'informació.

En total, s'han fet 17 entrevistes, dues a informants clau i la resta a professionals de la XSMiA. Per tal d'orientar la recerca, inicialment es van dur a terme dues entrevistes exploratòries. La primera, al Dr. Antoni Vilà, integrant del Consell d'Administració de l'IAS en l'època de reconversió de l'Hospital Psiquiàtric i investigador en matèria de serveis socials; i la segona a la Dra. Rosa Gil, historiadora i experta en la història de la XSMiA. Aquestes entrevistes van servir per orientar els principals focus de la recerca, així com identificar recursos útils per al seu desenvolupament.

Pel que fa a les entrevistes als professionals de la xarxa, es va redactar un guió prèviament validat per una treballadora social amb més de trenta anys d'experiència a la institució. La selecció dels informants es va fer mitjançant un mostreig no probabilístic intencional, i els participants foren anonimitzats (I + núm. d'entrevista) per garantir la confidencialitat. Les entrevistes als professionals de la Xarxa partiren d'un mostreig estructural, seleccionant quatre informants en funció de la seva posició jeràrquica, dos psiquiatres i una treballadora social; i d'un mostreig d'informants estratègics, tots ells treballadors socials de la institució.

Totes les entrevistes foren enregistrades amb el consentiment dels entrevistats, i posteriorment foren transcrites per facilitar-ne l'anàlisi i l'exploració. El buidatge i l'anàlisi de les entrevistes s'ha estructurat en base a quatre dimensions: la tipologia d'intervencions i tasques desenvolupades per les treballadores socials, d'acord amb Garcés (2010) i el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016); la representació, el rol i el valor del treball social als equips; les vicissituds de les treballadores socials per fer-se un lloc en l'àmbit de la salut mental i, finalment, els reptes de futur identificats.

4. Resultats: El rol de la treballadora social i les principals etapes històriques de la XSMiA de Girona

En aquest apartat s'exposa el gruix d'aquesta recerca qualitativa a manera de resultats. Mitjançant les entrevistes a professionals de la XSMiA, s'identifiquen tres grans etapes; i s'analiza el rol del treball social en aquesta evolució històrica.

4.1. 1974-1986: la incorporació de les primeres treballadores socials

Com ja s'ha anticipat, és a partir de 1974 quan l'Hospital Psiquiàtric de Salt modifica les pràctiques pròpies de les antigues institucions manicomials (Gil i Boadas, 1987), inspirat pels corrents reformistes provinents d'Europa i els Estats Units (Rotelli, Leonardis i Mauri, 1987). Fou un període de canvi en la filosofia hospitalària, estimulat per la incorporació de nous facultatius amb idees innovadores. En aquest període es va fomentar la participació dels interns en la vida diària del centre (Sambola, 2019) i es van introduir canvis estructurals (Gil i Boadas, 1987). Entre d'altres, es

promogué la sectorització territorial de recursos a la comunitat i la reducció dels ingressos hospitalaris, reservats només per a casos extrems. Per fer-ho, "calia una xarxa extrahospitalària adequada, és a dir, la creació de dispensaris a cada sector, centres de dia, un mínim de llits en hospitals municipals o comarcals, etc." (Diputació de Girona, 1984, p. 8).

A partir del 1978, a iniciativa dels professionals que dissentien del model vigent fins aleshores, progressivament s'obriren els primers dispositius ambulatoris, coneguts com a Centres d'Higiene Mental, pioners en la reforma mental. Eren centres "de caràcter comunitari, preventiu, que atorguen gran importància als elements psicoterapèutics i que intenten realitzar la seva tasca en la pròpia comunitat" (Capellà, 2001, p. 103). Inicialment es distribuïren en quatre sectors (Figueres, Olot, Girona i Palamós) i es formaren "incipients equips formats per un psiquiatre i una assistent social" (Vallhonrat, Pérez i Aguado, 2012, p. 23).

Pel que fa als recursos hospitalaris, se sectoritzà l'hospital i es posà en funcionament un nou pavelló d'aguts situat a l'edifici Els Tilers, afavorint així la restricció dels ingressos als pavellons de crònics (Gil i Boadas, 1987).

El 1981 la Generalitat va rebre les competències en matèria de salut per part de la Seguretat Social, cosa que facilità l'establiment del nou mapa sanitari (Capellà, 2001). Tres anys més tard, l'any 1984, es crea l'Institut d'Assistència Sanitària, un organisme autònom encarregat de la gestió directa dels serveis hospitalaris i d'assistència mèdica, depenent de la Diputació de Girona. El 1985 s'incorpora a la Xarxa Hospitalària d'Utilitat Pública (XHUP). En aquesta etapa, també es posa en funcionament la Cooperativa La Fageda (González, 2008), una iniciativa normalitzada que donaria feina, entre d'altres, a persones amb trastorn mental.

4.1.1. Fer-se un lloc en l'àmbit de la salut mental

El 1978 s'incorpora a l'Hospital Psiquiàtric la figura de la treballadora social en l'àmbit de la salut mental, espai que fins al moment havien ocupat congregacions religioses i altres figures no professionals (Gil i Boadas, 1987). L'aparició del treball social en l'àmbit contribueix al reconeixement dels factors socials com a determinants de la salut. Inicialment, tal com va passar en altres indrets, la figura del treballador social era ambigua (Garcés, 2010). El món mèdic reclamava la seva presència però en desconeixia el camp d'intervenció, per la qual cosa les professionals van necessitar un període d'adaptació per delimitar el seu perímetre d'intervenció.

L'atenció se centralitzava a l'Hospital Psiquiàtric de Salt, i els psiquiatres, a iniciativa pròpia, visitaven en dispensaris municipals, entesos com a recursos comunitaris. Amb una voluntat d'obertura comunitària i de treball psicoterapèutic, a principis dels vuitanta es creen equips formats per dos psiquiatres, una infermera, una psicòloga, dos auxiliars i una treballadora social. Els equips multidisciplinaris permetien que cada professional aportés la seva mirada i coneixements propis de la seva disciplina, però la perspectiva del treball social, allunyada de les maneres d'entendre la salut mental pròpies de temps anteriors, el convertia en una figura clau.

Tal com afirmen algunes entrevistades la relació intragrupal era propera, en la qual destaca l'estret vincle amb el col·lectiu d'infermeria, amb qui sovint es treballava conjuntament.

El tipus d'intervenció hospitalària variava segons les circumstàncies i l'equip. És a dir, no hi havia una unanimitat quant al model, sinó que cadascun dels equips concebia l'abordatge de la salut mental de manera diferent. Les funcions de les treballadores socials eren fonamentalment assistencials i de coordinació interna. Destacaven l'assessorament i valoració de nous casos, sota la demanda d'intervenció dels psiquiatres; la participació en les reunions de l'equip assistencial, en què progressivament van anar introduint les seves valoracions socials. Aquesta funció no sempre va ser fàcil ja que determinats psiquiatres, amb una aproximació biològica, entenien la tasca de les treballadores socials com a subsidiària a la psiquiatria. Amb el temps, però, les treballadores socials van aconseguir ser reconegudes dins els equips:

Algun doctor em feia servir com a secretària i jo vaig accedir [...]. Quan ja vaig estar més integrada els vaig dir que quan volguessin que intervingués m'ho diguessin directament, [...] que jo decidiria quin era el millor recurs o suport [...]. Ahora, el psiquiatre deia que era impossible treballar en salut mental sense la figura del treballador social (I-11).

També eren habituals l'emissió d'informes socials per altres organismes, la tramitació d'ajuts, o l'establiment de lligams amb els Serveis Socials i les famílies. Donar resposta a totes les necessitats era complex atès que, a banda de l'atenció a la recent unitat d'aguts, s'atenia als aproximadament cinc-cents interns dels pavellons de crònics.

Tanmateix, amb el temps s'inicià la descentralització, i l'atenció a la salut mental abandonà el context hospitalari per passar a atendre als dispensaris, oferint una atenció de proximitat lluny de l'hospital psiquiàtric, que carregava un fort estigma. La direcció optà pel model de psiquiatria francès, en què és el mateix equip qui fa l'atenció hospitalària i a la comunitat. Així, les treballadores socials dedicaven dos o tres dies a l'atenció hospitalària i dos o tres dies a visitar als dispensaris arreu del territori.

Inicialment, les funcions a la comunitat estaven relacionades amb la gestió, les actuacions assistencials i de planificació, així com tasques d'organització. Tot i això, hi havia dificultats per exercir-les plenament, atesa la falta de recursos per part de les administracions i de la xarxa, tot i la manifesta voluntat de canvi. Això provocava que les treballadores socials haguessin de ser creatives per tal de donar resposta a les mancances del sistema.

En relació amb les tasques assistencials, destacaven les visites domiciliàries, l'acompanyament i el suport al pacient i la seva família i la valoració de pacients, tant per conèixer la seva funcionalitat, adaptació o idoneïtat als recursos, com per realitzar sol·licituds de prestacions i serveis. Ahora, es realitzava intervenció comunitària, enfocada a potenciar els recursos de suport social, mitjançant l'aliança amb diverses entitats.

Pel que fa a la planificació i organització, les treballadores socials es van incorporar de manera diversa a les diferents comarques amb l'encàrrec d'organitzar la base del que avui dia és l'atenció comunitària. Ho van fer sense unes directrius concretes per part dels caps,³ apostant així per donar-los confiança i autonomia per "fer el que saben fer" (I-2) i definir el seu rol. Les professionals van contactar amb tots els agents vinculats amb la salut mental: ajuntaments, serveis socials, entitats...:

En aquella època teníem més relació amb els ajuntaments que ara, perquè el primer que fèiem era anar als ajuntaments de cada poble a buscar referents (I-4).

Puntualment, però, van necessitar el suport dels responsables institucionals o dels líders dels equips, per fer força davant d'algun agent polític. Una altra tasca de planificació i organització va ser la participació en l'elaboració de protocols d'intervenció, que eren elaborats conjuntament amb l'equip.

4.2. 1986-2003: El desplegament comunitari i la reconversió de l'antic l'hospital psiquiàtric

A partir del 1986, en consonància amb les directrius de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la persona amb problemes de salut mental es consolida com a subjecte amb drets i obligacions que requereix intervencions multidimensionals: tècniques, psicològiques i socials (Garcés, 2010). Diferents grups professionals demanen una millora en la gestió en l'àmbit de la salut, fet que afavoreix les condicions ideals per propiciar un canvi (Espino, 2002). Tot plegat, estimula un període amb nombrosos canvis normatius que seran decisius en l'èxit del desenvolupament de la reforma.

En l'àmbit estatal, la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, universalitza el dret a la protecció de la salut (Espino, 2002), i integra l'assistència psiquiàtrica al sistema sanitari general. A Catalunya, el 1990, amb la Llei d'ordenació sanitària, es fa el traspàs de competències de les diputacions a la Generalitat de Catalunya, es crea el Servei Català de Salut i s'elabora el Pla de Salut Mental. A Girona, el traspàs es fa efectiu el 1992 i l'IAS esdevé empresa pública. Així, es reafirma l'atenció des d'un model comunitari; es divideix el territori en Àrees Bàsiques de Salut (ABS) i "es creen els primers Centres de Salut Mental (CSMA), Centres de Dia (CD) i Comunitats terapèutiques fonamentades en la Psiquiatria Comunitària" (Vallhonrat et al., 2012, p. 23), entre d'altres. El 1997, l'antic hospital psiquiàtric es reorganitza en tres línies: Psicogeriatria, Retard Mental i Trastorn Mental Sever-Llarga estada⁴ (Gisbert i Cid, 2010). Tots aquests canvis metemen al model gironí promoure un nou sistema d'atenció en salut mental modern

3 La Diputació, formalment, sí que els designa unes funcions, com: visites domiciliàries, tramitació d'ajuts, elaboració d'informes socials, investigació, seguiment de les famílies, entre d'altres (Diputació de Girona, 1984).

4 Aquesta línia posteriorment s'anomenaria Servei de Rehabilitació.

ja desenvolupat en altres països europeus, allunyant-se de l'hospital psiquiàtric com a institució total (Capellà, 2001).

4.2.1. La consolidació professional

La creació d'ABS comporta una nova sectorització territorial, que passa a dividir-se en cinc sectors, per posteriorment augmentar fins als set actuals: Gironès-Pla de l'Estany, Baix Empordà, Alt Empordà, Selva Marítima, Selva Interior, Garrotxa i Ripollès (Institut d'Assistència Sanitària, 1992). Així, progressivament augmenta el nombre de serveis comunitaris i s'incorporen nous professionals d'altres disciplines. L'augment de sectors reduïa la representació dins els equips de les treballadores socials, minvava la seva presència al territori, i multiplicava la seva feina. És a dir, no varen augmentar en nombre, sinó que es va optar perquè les mateixes treballadores socials repartissin les seves jornades laborals entre els serveis comunitaris ja existents i els de nova creació.

En aquesta etapa, les tasques assistencials augmenten, sobretot a causa de l'aparició de la pensió no contributiva (PNC), que incrementa les valoracions socials.

Durant aquest període les treballadores socials reivindiquen més implicació per part de les administracions, concretament amb la demanda d'un Servei d'Assistència Domiciliària (SAD) per part dels ens locals, o d'habitatges al Departament de Benestar Social.

Pel que fa a l'atenció hospitalària, es posa en funcionament la Comissió de Crònics, amb l'encàrrec de rebre les sol·licituds d'ingrés als pavellons, i fer una anàlisi de la situació amb l'objectiu de cercar alternatives a l'ingrés. Tot i la voluntat d'evitar nous ingressos, sovint esdevenien inevitables, a causa de la falta de desplegament dels recursos comunitaris. En aquesta funció, la treballadora social assumeix un rol central, perquè és l'única professional amb dret a vetar la sol·licitud i evitar l'ingrés, cosa que la situava en una posició de poder. En relació amb la població ingressada, tot i que la situació havia començat a millorar en la primera etapa, la majoria de les professionals entrevistades destacaven les condicions en què es trobaven els pacients:

Hi havia usuaris en una mena de magatzem, barrejats de qualsevol manera, sense cap criteri professional, amb enormes sales amb llits uns al costat dels altres, més de 500 persones vivint (I-3).

El que més em va sorprendre va ser la quantitat de gent que hi havia [...] la idea que una persona es quedés ingressada durant tota la vida era normal, es podia fer (I-13).

Progressivament, però, s'introdueix una intervenció rehabilitadora i recuperadora, i es treballa en la desinstitucionalització i la dignificació dels pacients. S'aposta per oferir una atenció integral a les persones amb trastorn mental sever (TMS), ajudant-les a tornar a la comunitat, donant-los

suport per afavorir la seva presència en l'entorn i propiciant unes possibilitats reals per desenvolupar-se amb autonomia i qualitat de vida.

En el procés d'externalització, les professionals intervenen amb pacients que acumulen molts anys institucionalitzats, i amb limitacions considerables de l'autonomia:

[Calia] treballar molt el tema de responsabilitats, donat que la institució les havia assumit i no se'ls havia donat autonomia... (I-9).

Per dur a terme aquest procés, es desenvolupa el Programa Individual de Rehabilitació per a cada pacient amb TMS. El treball social aporta els seus coneixements sobretot en els àmbits familiar, econòmic i laboral, i en la revisió de la capacitat d'obrar. Les relacions amb els familiars, s'afirma, no sempre foren senzilles:

[costava] que la família acceptés que la persona havia de viure a fora [...] s'havia d'anar treballant (I-5).

En tot aquest procés, les entrevistades afirmen que tenen el reconeixement de la resta de professionals. Malgrat això, també esmenten dificultats amb alguns professionals que actuaven de manera paternalista i amb poca predisposició a canviar les dinàmiques de treball, cosa que dificultava la implantació de la perspectiva rehabilitadora.

En aquesta etapa hi ha dos canvis més que cal considerar. En primer lloc, la posada en funcionament dels CSMA, entesos com el pivot de l'assistència en salut mental i com a porta d'entrada per a les activitats preventives, psicoterapèutiques i rehabilitadores. I en segon lloc, el pas d'un model de psiquiatria de tipus "francès" –en què el mateix equip professional presta assistència als pacients en l'àmbit hospitalari i en l'àmbit comunitari–, cap a un nou model de tipus "anglès" –en què hi ha dos equips diferenciats; és a dir, un equip de professionals que presta atenció comunitària als CSMA, i un equip de professionals que presta atenció hospitalària.

Per adaptar-se a aquests canvis, es fixa un sistema de coordinacions setmanals entre els CSMA i els serveis hospitalaris, a iniciativa de les mateixes professionals. Les treballadores socials dels CSMA es traslladaven un dia a la setmana als serveis hospitalaris per coordinar-se, garantint el continuïtat assistencial, afavorint el vincle amb els pacients ingressats i el treball en xarxa entre els professionals hospitalaris i comunitaris. Alhora, els plans de treball es defineixen conjuntament, millorant la qualitat de les intervencions. Aquesta metodologia singularitza el treball social dins la XSMiA i és un dels trets distintius del model gironí.

Una altra de les dificultats esmentades per les entrevistades durant aquesta etapa és una certa sensació de solitud i la manca de suport, ja que la majoria eren les úniques professionals de la seva disciplina en l'equip, a diferència d'altres amb diversos professionals. A més, tot i que el treball social ja comptava en aquest moment amb una certa trajectòria

en el sector, les treballadores socials continuen identificant professionals que desconeixen el seu rol i funcions:

La gent no sabia què era. Recordo que ens veien com a tramitadors de pagues. [...] No es veia la part terapèutica de la nostra feina (I-11).

Tot i això, de mica en mica, les diferents disciplines perceben la contribució positiva de la figura de la treballadora social, ja que el fet que el pacient disposi dels recursos socials necessaris contribueix a visualitzar-ne la contribució i a dotar de més reconeixement i poder als professionals.

4.3. 2003-2019: La consolidació del treball social

L'any 2003 pren el relleu de la XSMiA el Dr. Claudi Camps, un psiquiatre compromès amb la mirada rehabilitadora i recuperadora, amb la intenció de potenciar els recursos comunitaris. Malgrat la voluntat de canvi de la direcció, l'esclat de la crisi econòmica del 2007 va comportar una reducció econòmica d'aproximadament sis milions d'euros, que va afectar el desplegament i la consolidació dels recursos comunitaris i la contractació de nous professionals. Tot i les dificultats esmentades, a principis d'aquesta etapa es comencen a desplegar nous programes, com els Equips d'Intervenció Precoç a la Psicosi (EIPP), o el Programa de Suport de Salut Mental a la Primària (PSP).

En aquest període, diferents normes i convencions impulsen una millora en l'abordatge de la malaltia mental. En primer lloc, s'aprova la Declaració de Hèlsinki (2005), que fixa la salut mental com a prioritat; en segon lloc, la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat de Nacions Unides (2006); i, finalment, el 2006 s'aprova el primer Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya (PDSMA), per l'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Aquest últim document defineix el model d'atenció i organització de serveis i aposta per abordar els problemes de salut mental des de les polítiques públiques, amb una perspectiva integradora, pel respecte als drets humans, i el rebuig de l'estigma i de la discriminació. Per fer-ho proposa el desplegament de polítiques de promoció i prevenció, així com la implementació de models d'atenció comunitària i multidisciplinaris ((Departament de Salut, 2006, p. 5)⁵.

L'any 2013 la XSMiA participa en el Projecte REFINEMENT, una anàlisi comparativa sobre l'eficiència i qualitat en l'atenció a l'assistència a la salut mental, en què van participar vuit regions europees de diferents estats (Regne Unit, Finlàndia, Itàlia, França, Àustria, Romania, Noruega i Espanya). El model gironí es va situar com a capdavanter, esdevenint referent mundial en l'atenció a l'assistència a la salut mental (Kalseth i

5 Altres mesures posteriors van ser: Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental i Addiccions de 2010; l'Acord amb les entitats socials del document de Priorització d'Actuacions per al Període 2014-16; i finalment el Document d'Estratègia 2017-19.

Magnussen, 2013). La recerca reconeixia el valor de l'atenció comunitària basada en un model sense llarga estada psiquiàtrica, amb recursos de proximitat, capaç de garantir l'accés a les intervencions en psicoteràpia, la rehabilitació psicosocial en els TMS i promotor de l'accés a un habitatge digne, a una feina i a l'oci. El 2017 el Departament de Salut augmenta de manera considerable el finançament de la Xarxa, cosa que facilita el desplegament de nous programes i serveis, i la contractació de personal, entre els quals, nou treballadores socials.

D'aquesta manera, l'aprovació de noves normes internacionals, la reformulació de les polítiques catalanes i la recuperació del finançament, van permetre refermar l'aposta pel model d'atenció comunitari.

4.3.1. La situació actual

Gran part d'aquesta etapa s'ha vist afectada pels efectes directes i indirectes de la crisi econòmica. La retallada pressupostària que es va dur a terme durant el període més intens de la crisi, entre el 2007 i el 2017, empeny, sobretot les treballadores socials, a treballar en un context de més precarietat: un nombre inferior de professionals dels desitjats per realitzar intervencions fora de l'atenció directa, més pressió assistencial a causa de l'increment dels trastorns mentals més freqüents,⁶ i menys oportunitats formatives i de cura pel lloc de treball a causa de la falta de temps. Així ho expressa una de les entrevistades:

[...] la quantitat de gravetat i de patiment per hora de feina meva era realment... Hem patit molt aguantant-nos com podiem (I-11).

L'increment pressupostari del 2017 permet ampliar el desplegament de recursos amb la posada en funcionament del Programa de Serveis Individualitzat (PSI), o l'Equip de Salut Mental a les persones sense llar (ESMAS). Simultàniament, s'amplien les ràtios de treballadores socials, cosa especialment valorada pels entrevistats. La XSMiA inicia l'etapa amb 17 treballadores socials i, el 2019, en disposa de 37, alguns amb dedicació completa i altres de parcial. Tot i això, algunes entrevistades afirmen que l'increment de personal ha estat limitat i desigual en comparació amb altres professions, fet que els ha fet anar "desfasats" respecte a altres grups professionals (I-5). Altres afegeixen que, entre el 2017 i 2019, s'han cobert les mancances que es reclamaven abans de l'inici de la crisi, per la qual cosa avui dia, amb l'augment de població amb trastorn mental, cal novament un increment de treballadors socials i dels recursos vinculats.

Pel que fa als nous serveis, el PSI intervé amb persones amb TMS amb "l'objectiu primordial d'adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient i acostar-los tant com sigui possible

6 Diversos estudis suggereixen que les dificultats econòmiques i la falta d'oportunitats laborals afavoreixen una pitjor salut mental (increment de trastorns mentals més freqüents i de trastorns d'abús de l'alcohol, etc.), augment significatiu del consum de fàrmacs, i increment significatiu de nombre de suïcidis (Gili, García i Roca, 2014).

al seu mitjà natural, per consolidar la continuïtat assistencial” (CatSalut, 2003, p. 5). Es requereix que el gestor o coordinador disposi de “titulació superior o diplomatura, [...] experiència i coneixements sobre la salut mental, l’organització dels serveis especialitzats i de la resta de serveis comunitaris...” (CatSalut, 2003, p. 19). És a dir, tot i que la naturalesa del treball social sanitari encaixa amb aquesta figura, no és específic per a ell. En aquest sentit, la XSMiA incorpora una treballadora social en aquest programa, davant del qual la majoria de professionals es mostren en desacord:

L’essència del treball social és el *case work* [...]. Som les que millor sabem fer aquesta feina [...] és la nostra filosofia de treball (I-5).

Algunes professionals, però, creuen que s’assignen tasques de gestió de casos pròpies dels professionals de la infermeria o treball social a altres professionals que no estan qualificats per exercir-les. Moltes professionals reconeixen que el programa funciona, fet que ha incrementat el seu volum de casos.

En relació amb les funcions, les treballadores socials fan tasques assistencials, de coordinació i participació, de docència i investigació, de planificació i organització, d’avaluació i de gestió. Totes són valorades com a importants, però depenent del servei se’n fan més o menys.

Com ja hem avançat, bona part de la seva activitat es concentra en funcions assistencials i d’atenció directa, a causa, de la manca de professionals. D’aquesta manera, les visites domiciliàries, el treball grupal, i la intervenció comunitària, tot i ser considerades com quelcom molt important, s’han reduït. S’admet que no sempre s’inverteix el temps necessari. Sobre la prevenció i la promoció de la salut mental des del vessant propi del treball social, es duu a terme sobretot fent seguiment indirecte dels pacients a través de coordinacions; mitjançant l’atenció directa als pacients, però sense un programa específic; i amb la interacció professional. En aquest sentit, algunes de les professionals troben a faltar programes específics enfocats a les poblacions més vulnerables.

La coordinació i la participació són dos elements ben valorats per les professionals. Les reunions d’equip es consoliden, i la majoria hi participa activament aportant la perspectiva del treball social. Com s’ha vist en etapes anteriors, la representació de les treballadores socials estava en minoria respecte a altres disciplines professionals. En aquesta etapa, creixen els equips amb més d’una professional, cosa que es viu com a molt positiva. Entre els serveis comunitaris i hospitalaris de la XSMiA hi continua havent coordinació, tot i que no sempre és fàcil disposar de temps per fer-ho i es corre el risc de perdre-ho. Alhora, es coordinen amb serveis externs a la xarxa, com serveis socials, atenció primària o recursos específics. Finalment, respecte a la participació, les professionals són presents en taules de salut mental i addiccions, al Col·legi de Treball Social, o en grups de treball i comissions tècniques territorials. Finalment, les professionals lamenten no poder participar en espais de decisió estratègica.

La docència i la vinculació amb la universitat pren força entre els professionals, sobretot a partir de l'inici dels estudis de grau de Treball Social a la Universitat de Girona, a mitjans d'aquesta etapa. Entre d'altres, algunes hi participen com a professores en diferents assignatures, o com a tutores de Pràcticum. Alhora, imparteixen formació interna a residents a la XSMiA i a altres companys, i externa a serveis del territori. Pel que fa a la recerca, si bé algunes n'han dut a terme, en termes generals es practica de manera esporàdica i habitualment per iniciativa pròpia, tot i que hi ha una voluntat per part de les professionals d'incrementar-la (Col·lectiu de treballadors i treballadores socials de l'Institut d'Assistència Sanitària, 2014). Pel que fa a l'avaluació, moltes analitzen els mateixos registres d'activitat, en valoren els resultats i fan propostes de millora. Finalment, pel que fa a la gestió, tan sols una treballadora social exerceix com a cap de servei.

El fet que la majoria de les tasques que duen a terme siguin assistencials és el que més angoixa les participants. Assenyalen la falta de professionals socials com a origen de la sobrecàrrega, fet que ha impedit dur a terme altre tipus d'intervencions, que alhora són menys valorades:

[...] vas saturat a nivell assistencial, no pots fer-ho. No és per falta de ganes... [...]. A totes ens agradaria (I-2).

Moltes vegades no ens creiem que podem fer algunes coses diferent [...] es poden fer moltes coses aquí, és més un xip nostre [...] ho fem servir com a excusa, perquè el temps el trobes. És una qüestió de prioritats (I-10).

Altres esmenten que no s'ha sabut transmetre els beneficis que implica la intervenció social per a la persona; o fins i tot els beneficis d'aquestes intervencions en termes de rendibilitat econòmica. És a dir, que no han estat capaces de transmetre que determinades intervencions socials poden contribuir a reduir el nombre d'ingressos hospitalaris o que siguin d'una durada inferior; amb el benefici econòmic que això comporta.

Als equips, la major part de les participants manifesten sentir-se valorades, tot i que encara es percep l'existència de jerarquies entre professions i una certa confusió respecte a les funcions. Alhora, algunes treballadores socials se senten qüestionades en determinades ocasions per altres professionals:

[...] els temes socials són els únics en els quals tothom s'atreveix a opinar (I-6).

Pel que fa a la direcció, hi ha un reconeixement i valoració vers la seva tasca. Tot i això, mostren la necessitat de disposar d'un canal de comunicació reglat amb la Direcció de la XSMiA i una participació més gran en la presa de decisions que els afecten directament.

L'augment de la implicació i la participació d'usuaris i familiars en l'abordatge de la malaltia és un dels canvis rellevants d'aquest període.

Actualment, els pacients opinen sobre quin tipus de salut mental i tractament volen, i no es resignen a un rol passiu respecte al que se'ls imposa:

Ara sí ens trobem davant un moment en què per fi ells posen veu. Ara és el moment en què la lluita contra l'estigma pot avançar (I-9).

Finalment, pel que fa a la relació entre treballadores socials, es continuen fent trobades periòdiques del col·lectiu, però l'increment de professionals, la falta de lideratge i l'actual càrrega assistencial en posen en dubte la continuïtat.

5. Conclusions i reptes de futur

Tal com s'ha analitzat al llarg de l'article, la figura de la treballadora social i la inclusió de la professió a la XSMiA de Girona compta ja amb més de quaranta anys de trajectòria. En l'anàlisi, s'han identificat tres grans etapes històriques, de les quals destacariem:

Una etapa inicial, entre el 1974 i el 1986, en què el treball social s'introdueix en l'àmbit de la salut mental, en un context amb voluntat de canvis que es materialitzen amb la descentralització de l'assistència de l'hospital psiquiàtric als dispensaris comunitaris. Un segon moment, entre el 1986 i el 2003, en què l'obertura de nous serveis a la comunitat, l'aposta per la rehabilitació psicosocial i la recuperació, i la desinstitucionalització faciliten la delimitació del paper de les treballadores socials als equips. Finalment, una tercera etapa en què el treball social es consolida com a disciplina en l'àmbit de la salut mental, tal com ho fa el "model gironí", però on el context de crisi empeny la seva figura a la realització d'activitats assistencials, en detriment de la resta d'activitats que es duïen a terme en l'etapa anterior.

Taula 1: Evolució històrica del treball social a la XSMiA de Girona

	1a ETAPA (1974-1986)	2a ETAPA (1986-2003)	3a ETAPA (2003-2019)
A destacar del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ introducció a l'àmbit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definició del rol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ consolidació de la figura
Activitats principals del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assistencial ▪ coordinació i participació ▪ planificació i organització 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assistencial ▪ coordinació i participació (equilibri) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assistencial ▪ coordinació i participació
Dificultat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ incipència del TS en l'àmbit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de representació 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ crisi econòmica ▪ sobrecàrrega ▪ creixement del col·lectiu

Model organitzatiu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ model tipus francès 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ transició de model francès a anglès 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ model tipus anglès
A destacar de la XSMiA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ descentralització ▪ aparició dispositius comunitaris 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nova sectorització ▪ rehabilitació i recuperació ▪ desinstitucionalització 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reconeixement del model ▪ injecció de capital (2017) ▪ empoderament pacients

Font: Elaboració pròpia.

En termes generals es constata que la figura del treball social a la XSMiA està consolidada, tot i que encara hi ha aspectes a millorar. Tot i que gaudeix d'un reconeixement institucional, així com de la resta de disciplines amb qui conviu, la indefinició de la professió en l'àmbit sanitari és un element que dificulta la delimitació de les seves funcions i el tipus d'intervencions que li són pròpies. Un fet, per altra banda, similar al mateix sistema de Serveis Socials, un sector que tradicionalment ha tingut dificultats per definir el seu perímetre i objecte, amb tot el que això comporta (Pelegrí, 2015). De la mateixa manera, els professionals manifesten certa incapacitat de modificar la tipologia d'intervenció a causa, entre d'altres, de la sobrecàrrega derivada de la crisi econòmica dels darrers anys.

Les professionals del treball social afirmen que els professionals clínics, amb més recorregut al sector de la salut mental, tenen més poder i reconeixement que el treball social. Tot i això, la mirada externa a la dinàmica clínica que aporta el treball social als equips és un salt qualitatiu en les intervencions multidisciplinàries (I-3). Segons les professionals un dels reptes de futur és aconseguir que el treball social sigui reconegut com una professió sanitària, de la mateixa manera que la resta de professions amb què conviu. Aquest reconeixement faria possible una formació especialitzada en l'àmbit de la salut mental, la coneguda com a "residència" que ja fan infermers, metges o psicòlegs. Aquestes professionals consideren que això facilitaria el desenvolupament de la disciplina i els equipararia amb la resta de professionals clínics. Fins i tot, algunes pensen que facilitaria el seu accés a llocs estratègics de responsabilitat i gestió. D'alguna manera, s'espera que l'especialització ajudi a singularitzar el treball social en aquest àmbit, i a legitimar la professió.

Les professionals identifiquen altres reptes clau en la matèria, com els possibles canvis respecte a la manera d'abordar l'autonomia de les persones amb trastorn mental, la incorporació d'una figura que representi al col·lectiu de treballadores socials per donar resposta al creixement del col·lectiu a la XSMiA, el tractament de la cronicitat i els nous trastorns, o canvis en la forma que convergeixen els serveis socials i l'àmbit de la salut.

Referències bibliogràfiques

- 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. Recuperat de <http://www.margen.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: Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental.
- Col·lectiu de treballadors i treballadores socials de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona (2014). Document base: Pla funcional (Document intern de treball inèdit). Salt: Institut d'Assistència Sanitària.
- 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: Grup de Treball de Salut Mental. Recuperat 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). Intervenció de Treball Social en Salut Mental. Actualització del Monogràfic 2: *Funcions del Treballador Social en el Camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grup de Treball de Salut 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*. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/Plandirector-saludmentalCatalunyacatalan.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. Recuperat 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: Diputació de Girona; Institut d'Assistència Sanitària.
- 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. Recuperat 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.
- Institut d'Assistència Sanitària (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*. Recuperat 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* (Tesi doctoral). Universitat de Lleida, Lleida.
- Pelegrí, 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* (3a 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. Recuperat 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 manicomio 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.