

## “Corazones que laten”

### Programa Acompañamiento Comunitario y Atención en el Hogar de la persona con trastorno mental severo

Cristina Páez Cot<sup>1</sup>

#### Resumen

Este artículo presenta el Programa de Acompañamiento Comunitario y Atención en el Hogar para personas con trastorno mental severo, que tiene el objetivo de ofrecerle a la persona afectada la posibilidad de mejorar su calidad de vida, tanto en lo que respecta a las cuestiones cotidianas de la vida diaria realizadas en el hogar, como en cuanto a los vínculos y relaciones sociales que establece en su barrio y comunidad. El artículo pretende explicar los aspectos básicos que deben tener este tipo de programas que trabajan en el espacio íntimo y personal, el hogar, y la importancia de saber gestionar las emociones de la persona afectada desde el momento en el que se le pide un compromiso y una implicación en su proceso de cambio personal.

**Palabras clave:** Persona, emociones, acompañar, hogar, valores humanos

**Para citar el artículo:** PÁEZ COT, Cristina. “Corazones que laten”. Programa de Acompañamiento Comunitario y Atención al Hogar de la persona con trastorno mental severo. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2013, nº 200, páginas 134-144. ISSN 0212-7210.

#### Abstract

This article presents a program called ‘Community Care and Home Care for people with severe mental disorders’ coordinated by Fundació Funnament. Its objective is to offer the possibility to improve their quality of life, both in their daily activities at home and also in the quality and quantity of their social relations. The article focuses on the basic features required by this attention model, the necessity of working accurately and delicately and how to manage patient emotions when they are asked to be implicated in their own changing progress.

**Key words:** Person, emotions, on-going support, house, human values.

<sup>1</sup>Trabajadora Social. Postgrado en Salud Mental y Inmigración. Directora Técnica Fundació Privada Funament. cpaezcot@telefonica.net

## Introducción

La persona que sufre un trastorno mental severo –TMS, a partir de ahora– y evoluciona hacia el deterioro y la cronicidad de sus aspectos cognitivos, físicos y relacionales y tiende hacia el aislamiento social necesitará una serie de servicios y programas sociales y sanitarios que atiendan sus necesidades a lo largo de su vida.

Uno de estos programas es el programa de acompañamiento a la comunidad y atención en el hogar, que trabaja los aspectos sociales y relacionales de la persona para que ésta llegue a ser un ciudadano de pleno derecho en la sociedad en la que vive.

Este artículo pretende exponer dos ideas clave respecto a este tipo de herramienta de intervención psicosocial:

- Las características que definen y diferencian el tipo de acompañamiento que hay que hacer con las personas que sufren un trastorno mental severo.
- Las dificultades existentes a la hora de realizar una intervención profesional en el seno del hogar de una persona con TMS.

Ambas son características básicas que se deben tener en cuenta para trabajar con este colectivo y que hacen de estos programas unas herramientas muy útiles para gestionar la mejora de la autonomía personal.

Sin embargo, y dado el desconocimiento de los aspectos teóricos que definen estos programas y el marco de relaciones que los fundamentan, se hace difícil su proceso de consolidación.

Se duda de su utilidad, de su necesidad y del impacto que tienen en la mejora de la calidad de vida de este colectivo.

Por un lado, la persona afectada por un trastorno mental severo no suele sentir ni manifestar la necesidad de mejorar los aspectos personales que enferman.

Por el otro, la atención directa se fundamenta en el trabajo de un profesional que a menudo, aunque esté subvencionado por la Administración pública o le pague la persona a través de una entidad privada, se considera que tiene un coste muy elevado.

Este análisis superficial de los costes del programa no tiene en cuenta el elevadísimo impacto económico, social y sanitario que genera una persona con TMS en un proceso de deterioro y aislamiento social a lo largo de su vida.

## 1. De qué hablamos cuando hablamos de *Acompañamiento Comunitario a personas con trastorno mental severo*

Muchas son las acepciones del término “acompañamiento”: social, educativo, terapéutico, comunitario, etc.

A lo largo de la historia, cada disciplina ha ido dibujando y describiendo el tipo de acompañamiento que trabaja con su colectivo y desde sus servicios y equipamientos. Como veremos a continuación, hay una simultaneidad de conceptos que generan una correlación de relaciones humanas, entre el profesional y la persona afectada, que establecen el marco en el que se realiza la intervención comunitaria.

Estos conceptos son los siguientes: acompañar, compañía, compañero, comunicar, confianza, vínculo, lazos afectivos, etc.

El vínculo (del latín *vīncŭlum* ‘vínculo’ y, éste, de *vīncĭre* ‘atar’) es la relación afectiva

que se establece entre dos o más personas.

Este vínculo que se establece entre el profesional y la persona con TMS es imprescindible para conseguir cualquier cambio en su proyecto de vida.

Según E. Erickson la confianza básica es “la relación que se establece entre madre e hijo durante el primer año de vida y a partir de la cual se generan sentimientos de seguridad, esperanza, bondad y amor”.

Para comunicarle a otra persona nuestros sentimientos, hay que tenerle confianza, habrá que haber construido un vínculo, una relación que nos ligue afectivamente, basada en la confianza básica. Estos son conceptos que se retroalimentan generando un círculo cerrado que da confianza, esperanza y seguridad.

Cualquier aspecto de desconfianza, dificultad o miedo a trabajar con personas con esquizofrenia, o cualquier otro tipo de enfermedad mental, será un detonante para que nuestra intervención se vea frustrada y alimente la vivencia que tiene la persona, de que no puede ser ayudada, que nadie puede entender, que genera distanciamiento y que no puede salir de la situación de estancamiento en la que vive.

Confianza y vínculo son dos aspectos claves que deben haberse gestado para iniciar un proceso de acompañamiento.

Violeta, una mujer de 74 años que padece una esquizofrenia paranoide, perdió el piso de alquiler en el que vivía en el barrio de Sants de Barcelona, porque su delirio, muy bien estructurado respecto al robo que hacían los programas informáticos de los ordenadores de la agencia bancaria donde tenía el dinero, le impedía acercarse a la misma y firmar los documentos necesarios

para facilitar las domiciliaciones del alquiler del piso y de los gastos básicos de agua, luz y gas.

*Violeta tenía un piso de propiedad en otro barrio de Barcelona. Desabuciada del primer piso por impago reiterado del alquiler y viviendo en condiciones infrahumanas, llegó a su piso de propiedad, en el barrio de La Sagrera.*

*Llegaron ella y 80 cajas llenas de “sus cosas”, que se tenían que ir colocando. Cuando llegó a la nueva vivienda no abría las persianas que daban a la calle, para no ser vista; si la llamabas por teléfono tenías que seguir una contraseña previamente pactada con ella o no la cogía, no tenía ningún elemento que la pusiera en contacto con el exterior, ni televisión, ni radio. Ahora bien, sí que la acompañó su piano, al que se había dedicado durante muchos años de su vida, primero profesionalmente y después por el placer de acompañar, sentir y escuchar música tocada por ella misma.*

Nuestra intervención fue lenta, prudente y respetuosa. El juez la incapacitó para proteger sus bienes y su integridad física. El programa, después de 3 años de intervención, la puso en contacto con la vida de su barrio.

Todos sabemos que las cosas personales reflejan aspectos internos de todos nosotros, aspectos íntimos, recuerdos, vivencias, nuestra historia de vida.

Por eso es tan importante ser cuidadoso y educado con un hecho que, desde fuera o por otros colectivos, puede parecer insignificante. Se tiene que decidir dónde quiere poner cada una de sus cosas y en qué momento las quiere sacar de las cajas y escoger un lugar adecuado para ellas.

A pesar de la enfermedad mental, Violeta estaba haciendo uno de los procesos más complicados de su vida. A una edad avanzada tenía que abandonar el piso en el que

había vivido durante 15 años y se tenía que trasladar de casa, de barrio, de equipo de profesionales y aceptar que una fundación tutelar velara por su dinero y por su bienestar físico y psicológico.

El buen contacto con los profesionales y la confianza depositada en que todos ellos le ayudarían permitió que durante el primer año Violeta colocara sus cosas en las diferentes habitaciones del piso, abriera las ventanas del comedor, cogiera el teléfono sin contraseña previa y tuviera radio y televisión que la conectan con el mundo exterior.

El programa de acompañamiento lo que hace es ir al lado de la persona, que necesita un “yo auxiliar”, para que mejore su calidad de vida.

Es en el “cómo se hace” donde reside la clave del “éxito” de la intervención profesional.

Cuando se acompaña, se va al lado del otro, no se decide ni impone la opinión. Se puede preguntar, cuestionar, sugerir y aplaudir pero nunca decidir por el otro. Cuando se trabaja respetando al otro y tejiendo un vínculo de relaciones realmente humanas y dignas, que valoran su libertad y creatividad, la persona atendida acepta agradecer las sugerencias profesionales.

Por tanto, el programa de acompañamiento en el hogar y en la comunidad debe ser un programa de intervención flexible, para poder hacer “trajes a medida” que se ajusten a las necesidades de cada una de las personas atendidas. La persona es el objeto de nuestra intervención, y con ella y con su compromiso comenzamos a trabajar.

## 2. De qué hablamos cuando hablamos de *Acompañamiento en el Hogar a personas con trastorno mental severo*

Acompañamos en el hogar y en la comunidad. Vamos al lado del otro.

El hogar, físicamente, es nuestro espacio propio, donde nos sentimos recogidos, donde solos o en familia construimos un espacio de seguridad y confort.

Psicológicamente representa el mundo interno, nuestra identidad y nuestra intimidad, y por tanto también el diálogo entre nuestras emociones y sentimientos y el mundo externo que nos rodea.

Nuestro hogar, lleno de nuestras cosas colocadas a nuestra manera y dispuestas como queremos y decidimos, es un espacio de difícil y complicada intervención profesional.

*Juan Antonio es un hombre de 47 años que vive en un espacio reducido de 30 m<sup>2</sup>.*

*La apatía y aplanamiento emocional, síntomas negativos de la esquizofrenia paranoide que sufre, hacen que su actitud ante el cambio que le pedimos sea de total indiferencia.*

La necesidad de intervención la detectan los profesionales de la red que le atiende, y hacen la demanda de intervención del programa. Sin embargo, él no se opone en absoluto.

*El piso en el que vive está lleno de trastos de su propietario. La cama es un conjunto de cajas puestas como si fueran un somier y encima tiene unas mantas para abrigarse. La cocina es un fogón eléctrico que está al lado de la cama, con los peligros que ello supone. El baño dispone de taza de WC y un lavabo. No tiene ducha. El propietario del piso, que le cobra 390 € de alquiler al mes por esta vivienda, le hizo un “invento” con un tubo conecta-*

*do al grifo del fregadero y un desagüe en el suelo que cualquier persona con sentido crítico se negaría a utilizar, y Juan Antonio tiene sentido crítico y se niega a usarlo. Por lo tanto, va sucio, muy sucio.*

*No tiene calefacción. Para no tener frío se levanta a las 2 o las 3 de la tarde, porque durante el día no tiene nada que hacer y en la cama se está más caliente. Juan Antonio ha conseguido ir un día a la piscina. Allí se ducha con agua caliente. Dos días a la semana hace una actividad en el club social, y las mañanas que va la profesional del programa de acompañamiento comunitario, aprovecha para ir a la biblioteca, donde está leyendo un libro de su interés.*

Juan Antonio tiene buen contacto emocional. Está vinculado al centro de salud mental desde donde el programa de seguimiento individualizado, PSI, ha realizado visitas a domicilio y ha visto el estado deplorable de este espacio, siendo este el equipo que ha hecho la solicitud intervención de nuestro programa.

La demanda del paciente psicótico suele ser frágil y discontinua en el tiempo, y son los profesionales de atención directa los que tienen que detectar la necesidad, formular la demanda, sostenerla en el tiempo, mostrar las ganancias que obtendría si acepta la ayuda y conseguir que se inicie la intervención profesional.

*“Si fuese por mí, no lo habría pedido nunca”, dice Juan Antonio.*

La intervención profesional en el seno del hogar de una persona es complicada y muy delicada.

Juan Antonio hace 5 años que vive en este piso y ha sido amenazado de desahucio en varias ocasiones por la suciedad que acumula. Este hecho es lo que permitió entrar con facilidad a colaborar con él. Su interés por no perder el piso. Esta era su motiva-

ción, y a partir de ahí empezamos a trabajar juntos.

Se habla de “atención a domicilio”, pero el domicilio es la dirección en la que está domiciliada una persona, registrada en el padrón municipal.

El hogar es un concepto mucho más amplio y complejo, teñido de aspectos emocionales y personales que se deben tener en cuenta si queremos trabajar con calidad asistencial y mejorar el proyecto de vida de la persona atendida. Esta intervención profesional debe iniciarse con humildad. La palabra humildad viene de *humus*, tierra que fertiliza.

Trabajar con humildad significa intervenir sabiendo que conocemos muy poco de aquella realidad y que tendremos que ir preguntando para ir comprendiendo e ir fertilizando aquella realidad social para que florezca riqueza de recursos personales internos y externos que faciliten el cambio.

Aquí, en el hogar, en su seno, es donde se realiza el trabajo del profesional de atención directa y es donde se ha de traducir la expectativa de *“vienen a limpiar”* por la de *“estamos contigo para ayudarte a mejorar”*.

Son parámetros muy diferentes y que la persona atendida debe ir entendiendo a medida que los va comprobando.

Abogar a la responsabilidad del ser humano, al deseo de cambio, a las capacidades de mejora, por un colectivo que históricamente ha sido rechazado, aislado, desresponsabilizado e invitado a hacer una identificación masiva con su diagnóstico, “soy esquizofrénico” versus “soy una persona –con diferentes identidades: hijo, padre, cónyuge, vecino, amigo, trabajador, tío, primo, cuñado, actor, dibujante, etc.– Que tengo una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno de personalidad, etc.” es un cambio de paradigma brutal.

Ante esta nueva perspectiva en la que la persona con TMS es la protagonista de su propio proceso de cambio, tambalean las expectativas de unos y otros. Juan Antonio es la primera vez que disfruta de este servicio y de la experiencia personal de que un profesional, desde la igualdad, se ponga a su lado, escuche qué aspectos quiere mejorar y le explique cómo y en qué cosas le ayudará.

Este hogar, Juan Antonio lo siente suyo y está en peligro de perderlo. Quiere ser ayudado y tiene la actitud receptiva y generosa de enseñar todos los espacios, estén sucios o muy sucios. El sentimiento de vergüenza también aparece, porque a pesar de que vivan en condiciones deplorables tienen unos pasados históricos que no conocemos y tampoco debemos preguntar, pero que a menudo remiten a condiciones de vida mucho mejores que las que sufren actualmente.

Ser testigo de hogares muy desordenados, descuidados, con un nivel de suciedad que degrada al ser humano, también es humillante para ellos, y vale la pena ser suficientemente cuidadosos, tener una actitud amable y tolerante con lo que estás viendo, oliendo, escuchando y oyendo desde del corazón.

Ellos también laten emociones, y lo hacen desde el corazón, y son las propias de cualquier ser humano.

La persona con TMS tiene sentimientos y también siente vergüenza de mostrarnos su hogar, vergüenza de necesitar ayuda y vergüenza de no saber ni cómo ni dónde solicitarla. Todos estos sentimientos están cuando hacemos una visita al hogar de la persona afectada.

Y tenemos que saber gestionarlos bien, para no provocar situaciones de humillación sino todo lo contrario, generar relaciones de

solidaridad, ayuda, esperanza y optimismo; resumiendo: de confianza básica en sus capacidades y posibilidades de cambio.

El reconocimiento de estos pequeños cambios, la confianza que depositamos en que será capaz de hacer más, y mantener lo que ha conseguido, y el derecho que, indirectamente, se le está otorgando de que merece vivir en mejores condiciones físicas, psicológicas y emocionales, como ser humano que es, traspasa los límites que impone cualquier sintomatología propia de los trastornos mentales severos, delirios, alucinaciones, apatía, embotamiento emocional, desmotivación y, finalmente, de aislamiento social.

Colocar a la persona en el centro de atención y trabajar con ella y no a partir de ella es un cambio de paradigma histórico. La persona afectada se siente legitimada a pensar, decidir, opinar, criticar, pedir y valorar. Y todo este proceso de sentirse reconocido y legitimado como ciudadano con derechos y deberes le genera unos sentimientos y unas emociones nuevas que debe saber gestionar. Y allí debe estar el profesional, que deberá mantenerse durante el tiempo que sea necesario para dar solidez al cambio. Como el cordón umbilical que se mantiene entre madre e hijo, un cordón que une y que permite la separación y la autonomía; un cordón que arraiga para dar seguridad y permitir volar.

Los profesionales que atienden a una persona con TMS deben tejer una red de relaciones que recojan el sufrimiento de la persona y le ayuden a caminar hacia relaciones sociales más autónomas y saludables. Este ejercicio profesional que a menudo proviene de personas que trabajan en diferentes instituciones –servicios sociales, centro de salud mental, fundaciones privadas, etc.– y desde diferentes disciplinas –enfermería,

educación social, trabajo social, psiquiatría, etc.— No siempre resulta sencillo y no todo el mundo lo sabe ejercer.

A veces la red sanitaria y social envuelve y confunde; ahoga y atrapa; a veces desvía los intereses de la persona objeto de atención y hace prevalecer los suyos propios por delante de los de ésta.

La invisibilidad del sufrimiento humano, la fragilidad de la persona con una enfermedad crónica, el desconocimiento de cómo trabajar, la poca esperanza que todos depositamos en las posibilidades de cambio de personas tan deterioradas, hace que sean un colectivo “invisible” para quien no quiere abrir los ojos.

Y nuestra sociedad a menudo cierra los ojos hacia lo que le molesta, y le ofende reconocer que es producto de su evolución o de su involución como tal.

El trastorno mental severo, las personas que lo padecen y que presentan un riesgo elevado de exclusión social, son propias de cualquier sociedad, le pertenecen, y tiene la obligación, según la Ley de Servicios Sociales 2007/11 de octubre, de ocuparse de ellos, con programas específicos que velen por el trabajo con los colectivos más desprotegidos y en riesgo de exclusión.

El acompañamiento “en el hogar” es uno de los ámbitos de más difícil intervención para todas las características expuestas anteriormente

### **3. Trabajo Integral e Integrado, indispensable para acompañar a la persona con trastorno mental severo**

La fractura del pensamiento ante la aparición de un brote psicótico es tan potente que se requiere que las intervenciones profesiona-

les que se producen alrededor de la persona sean lo más coherentes posible, para dar integridad al pensamiento disperso y confundido de la persona con enfermedad mental.

Cuando el trastorno mental cursa con recaídas importantes que reclaman ingresos psiquiátricos largos, con la indicación de medicaciones potentes que, a veces, afectan funciones cognitivas, volitivas y estructurales del ser humano, la persona se puede deteriorar y tender a la cronicidad.

La continuidad asistencial, el trabajo en red y el trabajo en equipo son conceptos básicos para atender de forma integral a la persona, es decir, desde todos los aspectos que constituyen al ser humano, el físico, psíquico y social.

Y para atenderla de forma integrada, incluyéndola en su barrio, en su espacio comunitario y poniéndola en relación con todos los profesionales que tienen que atender desde los diferentes dispositivos asistenciales.

Reunidos en la sede de Servicios Sociales de Badalona los profesionales de atención primaria, los profesionales de la red de salud mental y los que constituyen este programa, se pone sobre la mesa “la última oportunidad” que se le da a una familia con una situación muy grave, no tanto por la gravedad del diagnóstico psicopatológico de la paciente sino porque las instituciones no ven posibilidad de cambio.

*Se trata de una mujer de 40 años con trastorno límite de personalidad, obesidad mórbida, 120 kg de peso (155 cm de altura), dificultades de deambulación, de dormir estirada por el abogo que le provoca el peso del cuerpo, y sin una analítica desde hace más de 20 años.*

*Vive con su madre de 70 años con problemas de artrosis y el padre de 75 años que está todo el día en el hogar de ancianos. Tiene un hijo de 17 años. La Dirección General de Atención a la In-*

*fancia hizo una retirada del menor por desprotección y desamparo cuando éste tenía 12 años. Madre e hijo se han ido viendo puntualmente. Allí viven con ellos dos perros que hace años que no salen a la calle. Defecan en cualquier lugar de la casa. Uno de ellos es ciego y no se mueve de una habitación. Hace dos años el Ayuntamiento hizo una limpieza de choque por las denuncias de los vecinos de peste e insalubridad. La paciente cobra una prestación PIRMI –Prestación Renta Mínima de Inserción– a cambio de la cual debe cumplir unos objetivos de inserción social que no ha cumplido. Le han asignado, desde Servicios Sociales, una trabajadora familiar que no tiene la formación necesaria para intervenir en situaciones familiares tan complejas como esta. Disponen de dinero para pagar a una persona que haga el trabajo de casa. La casa está tan sucia que hay que entrar con mascarilla. La madre sale puntualmente a la calle a comprar comida precocinada y lleva la ropa a la tintorería. Tienen la lavadora estropeada y no se puede acceder a la cocina por la suciedad que hay y tampoco el baño. Parece ser que la madre y la paciente se lavan, por encima, de vez en cuando.*

Se presenta una situación social “mórbida”, patológica, estática, permanente, infranqueable, parapetada, aceptada y legitimada por la impotencia de los diferentes equipamientos que tanto desde la vertiente social como desde el ámbito de salud mental han respondido a la situación emergente y de urgencia social, como la retirada del menor o la limpieza de choque, pero no han logrado sacudir una situación familiar altamente patológica que hace pensar en un futuro que podríamos describir ahora mismo: internamiento psiquiátrico por orden judicial; muerte súbita de la paciente por cualquier patología añadida a la obesidad mórbida que presenta; cronificación y muerte social.

Estos casos, de un grado tan elevado de patología en el seno del núcleo familiar, de una disfunción social tan grave, de un acomodo histórico en el malestar físico y mental, en el aislamiento social, en la exclusión dentro de una reclusión voluntaria “inconsciente”, reclama a gritos actuaciones institucionales potentes coordinadas desde la base. Cualquier actuación sanitaria o social puntual está abocada al fracaso. La potencia de la disfunción familiar es tan exagerada que cristaliza cualquier intento de cambio que venga propuesto desde fuera.

Cambiar hábitos de higiene personal, de limpieza, de dieta, de organización del hogar, de gestión del tiempo, de salud y protección de los animales domésticos, de seguimiento de visitas médicas de la madre y la hija cuando éstas constituyen una unidad fusionada que retroalimenta sus intereses, mantenidos desde la distancia por el padre, que mantiene económicamente a la unidad familiar, es largo, difícil y costoso, pero si se trabaja en “equipo” siempre hay más posibilidades de generar cambios y mantenerlos a lo largo del tiempo.

El equipo de profesionales, aunque éstos pertenezcan a diferentes profesiones –enfermería, trabajo social, psiquiatría, médico de familia, etc.– y a diferentes instituciones –servicios sociales, centro de salud mental, fundaciones, etc.–, si logra trabajar definiendo y compartiendo los mismos objetivos, respetando el tempo de cada intervención y mostrando a la familia que está coordinado, es decir, que ordena sus intervenciones con unos objetivos muy claros que todos conocen y comparten, podrá evitar que la dinámica de la disfunción familiar encuentre la fractura necesaria para introducirse y boicotear el proceso de cambio.

En este caso, se ha dejado la intervención en el hogar para una segunda etapa. Saber cuál es el momento más adecuado para intervenir también es de capital importancia para la buena praxis del programa y la optimización de éste.

#### 4. *Proceso de Derivación, indispensable para trabajar con las personas con trastorno mental severo*

“No ha venido a la entrevista”, decía preocupada una compañera del programa. Y es que derivar a una persona con TMS a un servicio o a un programa es un proceso que como tal se tiene que trabajar durante un tiempo. “Dirigir” es dar la dirección de un lugar, el nombre de la calle y el número.

“Derivar” viene del latín, “derivare”, formado por “rivare (fluir, llevar, conducir) y “de” (llevar desde, conducir desde), por tanto la palabra “derivar” lleva intrínseco el sentido de “proceso” de “temporalidad” y de “cambio a través del tiempo”.

¿Qué quiere decir esto? Hasta ahora hemos mostrado cómo la persona afectada por una enfermedad mental severa a menudo no siente la necesidad de cambios, ni de mejorar su situación vital; suelen ser los profesionales que le atienden o la familia que lo rodea quien formula la demanda de atención.

Por lo tanto, la necesidad de cambio no nace de dentro de uno mismo, viene de fuera, viene de los otros. Habrá que trabajar lentamente un proceso en el que la persona afectada vaya entendiendo e interiorizando qué cambios se pueden producir y de qué mejoras estamos hablando; que las imagine, las valore, las desee y se atreva a pedir las, o cuando menos, a comprometerse a participar en el proceso de cambio.

Hablamos de procesos largos, de meses y a veces de años. Hay que trabajar con el tiempo necesario para conseguir el objetivo final. Correr, o trabajar con prisas, abortará el proceso ya que éstas suelen responder al interés del profesional de que se produzcan mejoras y a la incapacidad de tolerar la impotencia que genera ver y vivir tanta decadencia.

Hay que trabajar el proceso de derivación con el tiempo necesario, para que sea la necesidad de cambio vivida por la propia persona afectada la que la movilice a salir adelante.

*“No estoy loco eh??? Lo único que el “ente” a veces no me deja vivir”*, nos decía Luis, un hombre de 60 años con esquizofrenia paranoide que hace 3 años se quedó solo al morir su madre. Pese a su edad, 83 años, ella se ocupaba de todas las tareas del hogar y de la organización doméstica.

El trabajador social del centro de salud mental de adultos que nos presentó el caso lo hizo diciéndole: *“vienen a ayudarte a que vivas mejor”*.

La presentación inicial del programa es capital para que la persona contextualice el tipo de servicio que se le ofrece, el trato con el profesional de atención directa y la actitud colaboradora que esperamos de ella.

Después de decirle “nena, nena, nena” en varias ocasiones a la profesional de atención directa, preguntarle por su vida privada y no obtener la respuesta que él quería, y cuestionarle si era psiquiatra o qué era, cuando nuestra profesional, con formación especializada para situaciones como la que se estaba produciendo, en las que el usuario intenta romper los límites de la relación profesional e ir “más allá”, en un espacio tan delicado, como es dentro de su casa, Luis le

dice: “¿¿¿Pero tú qué eres!!??”. “Pedagoga”, le contestó la profesional del programa.

“¿¿¿Pues sí que está mal el país para que una pedagoga se encuentre fregando suelos!!?”, opinó con mucha gracia Luis. “Yo soy como el Walter Mathau de Una extraña pareja, vago, sucio y desordenado. Hay que ir detrás mío para que haga las cosas. Pero eso sí, ayudarme a hacer las cosas, sí, pero a darme rollo y compañía yo no quiero a nadie, ¿¿¿ehh!!! En cuanto termine que se vaya, ¿¿¿ehh!!!”, nos dejó las cosas claras y marcó su espacio, en el que permitía ser ayudado.

Luis vivía en una casita individual reformada recientemente porque estaba llena de goteras ya que había sido construida por su propio padre en la época del crecimiento masivo de las grandes ciudades.

En las escaleras que subían a la segunda planta había botes de comida envasada, ropa, dinero, botes de pimienta, papel higiénico, botes de pintura, sal, azúcar, medicación, aceite, tabaco, pañales, etc.

El programa lo ha ido acompañando a organizar la casa, mantener el orden y darle ciertos hábitos más saludables que los que tenía. Pasaba el día en la cama, fumando y viendo la TV, y en varias ocasiones había quemado la manta, con el peligro de incendio que esto podía provocar.

Luis necesita un refuerzo, un reconocimiento, un acompañamiento para siempre si quieren mantener las ganancias que ha logrado.

## Conclusiones

Las personas con trastorno mental severo en proceso de deterioro y riesgo de exclusión social necesitan programas de acompañamiento a la comunidad y atención en el hogar que les ayuden a rehacer los la-

zos y vínculos sociales que se han roto a lo largo de su proceso evolutivo.

La derivación a estos programas debe entenderse como un proceso lento y laborioso, ya que la persona afectada debe entender los cambios y mejoras que se le proponen y el grado de compromiso que exige participar en estos programas.

La persona debe ser el centro de atención de la intervención y ésta debe desarrollarse desde un modelo integral, es decir escuchando y atendiendo todas las vertientes del ser humano bio-psico-social y dirigido hacia un espacio integrado, es decir que trabaje los lazos y vínculos con su medio natural, su barrio y su comunidad.

Situada la persona con trastorno mental severo en el centro de atención del programa deberá hacer su intervención con tiempo, al paso de la persona, respetando sus dificultades y limitaciones y potenciando sus capacidades y posibilidades de mejora y de cambio.

Ofrecerle a la persona con enfermedad mental la posibilidad de vivir con más calidad de vida y darle la confianza de que puede cambiar es un cambio de paradigma importante; pasan de “paciente víctima de su enfermedad” a “persona agente de su propio cambio individual”.

El programa de acompañamiento comunitario y atención en el hogar trabaja cuidadosamente con los sentimientos y las emociones de las personas afectadas, que, comprometidas con el proceso de cambio que inician, experimentan la satisfacción personal de comprobar que un profesional deposita en ellos la confianza básica de que tienen capacidades y posibilidades de cambio real.

Esta esperanza en la mejora que puede lograr la persona afectada que proviene de

un cambio de mirada, que valora las posibilidades y capacidades del ser humano, es la clave del éxito del programa.

“Se trata de trabajar con la misma delicadeza con la que trabaja el mago, quien una vez de alto el escenario, transforma los sue-

ños en realidades dirige la atención del público hacia el número de magia que nos pretende ofrecer, y oculta las dificultades que supone la realización de los diferentes trucos que va enlazando. Destaca siempre la elegancia, belleza y sensibilidad de su actuación.”

## Bibliografía

- AUTORS DIVERSOS. “El treball social amb famílies: una mirada des de les facilitats i les dificultats”, en *RTS*, núm. 198 (abril 2013). Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Pàg. 62-71. ISSN 0212-7210.
- CONANGLA, M. i SOLER, J. *Ecologia emocional para el nuevo milenio*. Barcelona: Raval Edicions SLU, 2011. ISBN 978-84-9809-182-3.
- ERIKSON, E. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2002. ISBN 84-493-0939-5.
- GUALTERO, R. i SORIANO, A. *El adolescente cautivo*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2013. ISBN 978-84-9784-751-3.
- HERNANDEZ, V. “El funcionamiento mental psicótico”, en *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XVIII / Núm. 1-2 (2001). ISSN 0212-9205.
- HOWE, D. *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Londres: Edicions Paidós, 1997. ISBN 84-493-0408-3.
- LEAL RUBIO, L. i col·l. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN, 2006. ISBN 84-95287-30-7.
- LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya (DOGC núm. 4990, 18/10/2007).
- MARTINEZ ZAMBRANO, F. i col·l. *Redes sociales y esquizofrenia. Tipología familiar, necesidades y sintomatología*. Diputació de Barcelona, 2001. DL B-15606-2002.
- MOYA, J. *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Col·lecció Eines 12. Barcelona, 2011. ISBN 9788439389170 (Generalitat de Catalunya)/ ISBN 97884 90073391 (Red-Ediciones).
- ROSSELL, T. *L'entrevista en el Treball Social*. Barcelona: EUGE, 1988. ISBN 978-84-7279-305-7.
- SALZBERGER, I. *La Relación Asistencial: aportes del Psicoanálisis Kleiniano*. Argentina: Amorrortu, 1990. ISBN 978-95-0518-415-6.
- UBIETO, R. “La actualidad del trabajo en red”, en *Full informatiu COPC*, núm. 117 (2005). Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. ISSN 01224328.
- Web: <http://etimologias.dechile.net/> [consultada octubre 2013].
- WINICOTT, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Cap. IV. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ib, 1996.