

## “Cors que bateguen”

### Programa d’Acompanyament Comunitari i Atenció a la Llar de la persona amb trastorn mental sever

Cristina Páez Cot<sup>1</sup>

#### Resum

Aquest article presenta el Programa d’Acompanyament Comunitari i Atenció a la Llar per a persones amb trastorn mental sever, que té l’objectiu d’oferir-li a la persona afectada la possibilitat de millorar la seva qualitat de vida, tant pel que fa a les qüestions quotidianes de la vida diària realitzades a la llar, com pel que fa als vincles i relacions socials que estableix al seu barri i comunitat. L’article pretén explicar els aspectes bàsics que han de tenir aquest tipus de programes que treballen a l’espai íntim i personal, la llar, i la importància de saber gestionar les emocions de la persona afectada des del moment en què se li demana un compromís i una implicació en el seu procés de canvi personal.

**Paraules clau:** Persona, emocions, acompanyar, llar, valors humans.

**Per citar l'article:** PÁEZ COT, Cristina. “Cors que bateguen”. Programa d’Acompanyament Comunitari i Atenció a la Llar de la persona amb trastorn mental sever. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2013, nº 200, pàgines 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>Treballadora Social. Postgrau en Salut Mental i Immigració. Directora Tècnica Fundació Privada Funament. cpaecot@telefonica.net

## Introducció

La persona que pateix un trastorn mental sever –TMS, a partir d’ara– i evoluciona cap al deteriorament i la cronicitat dels seus aspectes cognitius, físics i relacionals i tendeix cap a l’aïllament social necessitarà un seguit de serveis i programes socials i sanitaris que atenguin les seves necessitats al llarg de la seva vida.

Un d’aquests programes és el programa d’acompanyament a la comunitat i atenció a la llar, que treballa els aspectes socials i relacionals de la persona perquè aquesta arribi a ser un ciutadà de ple dret a la societat en què viu.

Aquest article pretén exposar dues idees clau respecte a aquest tipus d’eina d’intervenció psicosocial:

- Les característiques que defineixen i diferencien el tipus d’acompanyament que cal fer amb les persones que pateixen un trastorn mental sever.
- Les dificultats existents a l’hora de fer una intervenció professional en el si de la llar d’una persona amb TMS.

Totes dues són característiques bàsiques que s’han de tenir en compte per treballar amb aquest col·lectiu i que fan d’aquests programes unes eines molt útils per gestionar la millora de l’autonomia personal.

Malgrat tot, i atès el desconeixement dels aspectes teòrics que defineixen aquests programes i el marc de relacions que els fonamenten, el procés de consolidació es fa difícil.

Es dubte de la seva utilitat, de la seva necessitat i de l’impacte que tenen en la millora de la qualitat de vida d’aquest col·lectiu.

Per una banda, la persona afectada per un trastorn mental sever no sol sentir ni manifestar la necessitat de millorar els aspectes personals que emmalalteixen.

Per l’altra, l’atenció directa es fonamenta en el treball d’un professional que sovint, malgrat estigui subvencionat per l’Administració pública o el pagui la persona a través d’una entitat privada, es considera que té un cost molt elevat.

Aquesta anàlisi superficial dels costos del programa no té en compte l’elevadíssim impacte econòmic, social i sanitari que genera una persona amb TMS en un procés de deteriorament i aïllament social al llarg de la seva vida.

## 1. De què parlem quan parlem d’Acompanyament Comunitari a persones amb trastorn mental sever

Són moltes les accepcions del terme “acompanyament”: social, educatiu, terapèutic, comunitari, etc.

Al llarg de la història, cada disciplina ha anat dibuixant i descrivint el tipus d’acompanyament que treballa amb el seu col·lectiu i des dels seus serveis i equips.

Com veurem a continuació, hi ha una simultaneïtat de conceptes que generen una correlació de relacions humanes, entre el professional i la persona afectada, que estableixen el marc en què es du a terme la intervenció comunitària.

Aquests conceptes són els següents: acompanyar, companyia, company, comunicar, confiança, vincle, llaços afectius, etc.

El vincle (del llatí *vīncŭlum* ‘vincle, lligam’ i, aquest, de *vīncĕre* ‘lligar’) és la rela-

ció afectiva que s'estableix entre dues o més persones.

Aquest vincle que s'estableix entre el professional i la persona amb TMS és imprescindible per aconseguir qualsevol canvi en el seu projecte de vida.

Segons E. Erickson la confiança bàsica és "la relació que s'estableix entre mare i fill durant el primer any de vida i a partir de la qual es generen sentiments de seguretat, esperança, bondat i amor".

Per comunicar-li a una altra persona els nostres sentiments, cal tenir-li confiança, caldrà haver construït un vincle, un relació que ens lligui afectivament, basada en la confiança bàsica. Aquests són conceptes que es retroalimenten i generen un cercle tancat que dona confiança, esperança i seguretat.

Qualsevol aspecte de desconfiança, dificultat o por a treballar amb persones amb esquizofrènia, o qualsevol altre tipus de malaltia mental, serà un detonant perquè la nostra intervenció es vegi frustrada i alimenti la vivència que té la persona, que no pot ser ajudada, que ningú la pot entendre, que genera distanciament i que no pot sortir de la situació d'estancament en què viu.

Confiança i vincle són dos aspectes claus que s'han d'haver gestat per iniciar un procés d'acompanyament.

La Violeta, una dona de 74 anys que pateix una esquizofrènia paranoide, va perdre el pis de lloguer on vivia al barri de Sants de Barcelona, perquè el seu deliri, molt ben estructurat respecte al robatori que feien els programes informàtics dels ordinadors de l'agència bancària on tenia els diners, li impedia acostar-s'hi i signar els documents necessaris per faci-

tar les domiciliacions del lloguer del pis i de les despeses bàsiques d'aigua, llum i gas.

*La Violeta tenia un pis de propietat a un altre barri de Barcelona. Desnonada del primer pis per impagament reiterat del lloguer i vivint en unes condicions infrahumanes, va arribar al seu pis de propietat, al barri de La Sagrera.*

*Van arribar-hi ella i 80 capsos plenes de "les seves coses", que s'havien d'anar col·locant. Quan va arribar al nou habitatge no obria les persianes que donaven al carrer, per no ser vista; si la trucaves per telèfon havies de seguir una contrasenya prèviament pactada amb ella o no l'agafava, no tenia cap element que la posés en contacte amb l'exterior, ni televisió, ni ràdio. Ara bé, sí que la va acompanyar el seu piano, al que s'hi havia dedicat durant molts anys de la seva vida, primer professionalment i després pel plaer de compassar, sentir i escoltar música tocada per ella mateixa.*

La nostra intervenció va ser lenta, prudent i respectuosa. El jutge la va incapacitar per tal de protegir els seus bens i la seva integritat física. El programa, després de 3 anys d'intervenció, la va posar en contacte amb la vida del seu barri.

Tots sabem que les coses personals reflecteixen aspectes interns de tots nosaltres, aspectes íntims, records, vivències, la nostra història de vida.

Per això es tan important ser curós i educat amb un fet que, des de fora o per altres col·lectius, pot semblar insignificant. Hom ha de decidir on vol posar cada una de les seves coses i en quin moment les vol treure de les capsos i escollir-los un lloc adequat.

Malgrat la malaltia mental, la Violeta estava fent un dels processos més complicats de la seva vida. A una edat avançada havia d'abandonar el pis en el qual havia

viscut durant 15 anys i s'havia de traslladar de casa, de barri, d'equip de professionals i acceptar que una fundació tutelar vetllés pels seus diners i pel seu benestar físic i psicològic.

El bon contacte amb els professionals i la confiança dipositada en el fet que tots ells l'ajudarien va permetre que durant el primer any la Violeta col·loqués les seves coses a les diferents habitacions del pis, obrís les finestres del menjador, agafés el telèfon sense contrasenya prèvia i tingués ràdio i televisor que la connecten amb el món exterior.

El programa d'acompanyament el que fa és anar al costat de la persona, que necessita un "jo auxiliar", perquè en millori la qualitat de vida.

És en el "com es fa" on rau la clau de l'"èxit" de la intervenció professional.

Quan hom acompanya, va al costat de l'altre, no decideix ni imposa la seva opinió. Pot preguntar, qüestionar, suggerir i aplaudir però mai decidir per l'altre.

Quan es treballa respectant l'altre i teixint un vincle de relacions realment humanes i dignes, que valoren la seva llibertat i creativitat, la persona atesa accepta agraïda els suggeriments professionals.

Per tant, el programa d'acompanyament a la llar i a la comunitat ha de ser un programa d'intervenció flexible, per tal de poder fer "vestits a mida" que s'ajustin a les necessitats de cadascuna de les persones ateses. La persona és l'objecte de la nostra intervenció, i amb ella i amb el seu compromís comencem a treballar.

## 2. De què parlem quan parlem d'Acompanyament a la Llar a persones amb trastorn mental sever

Acompanyem a la llar i a la comunitat. Anem al costat de l'altre.

La llar, físicament, és el nostre espai propi, on ens sentim recollits, on sols o en família construïm un espai de seguretat i confort.

Psicològicament representa el món intern, la nostra identitat i la nostra intimitat, i per tant també el diàleg entre les nostres emocions i sentiments i el món extern que ens envolta.

La nostra llar, plena de les nostres coses col·locades a la nostra manera i disposades com volem i decidim, és un espai d'intervenció professional difícil i complicada.

*El Joan Antoni és un home de 47 anys que viu en un espai reduït de 30 m<sup>2</sup>.*

*L'apatia i aplanament emocional, símptomes negatius de l'esquizofrènia paranoide que pateix, fan que la seva actitud davant el canvi que li demanem sigui de total indiferència.*

La necessitat d'intervenció la detecten els professionals de la xarxa que l'atén, i fan la demanda d'intervenció del programa. Malgrat tot, ell no s'hi oposa gens ni mica.

*El pis on viu és ple de trastos del seu propietari. El llit és un conjunt de caps posades com si fossin un somier i al damunt hi té unes mantes per abrigar-se. La cuina és un fogó elèctric al costat del llit, amb els perills que suposa això. El bany disposa de tassa de WC i una pica. No té dutxa. El propietari del pis, que li cobra 390• de lloguer al mes per aquest habitatge, li va fer*

*un “invent” amb un tub connectat a l’aixeta de la pica i un desguàs al terra que qualsevol persona amb sentit crític es negaria a utilitzar, i el Joan Antoni té sentit crític i es nega a utilitzar-lo. Per tant, va brut, molt brut.*

*No té calefacció. Per no tenir fred es lleva a les 2 o les 3 de la tarda, perquè durant el dia no té res a fer i al llit s’hi està més calent. El Joan Antoni ha aconseguit anar un dia a la piscina. Allà es dutxa amb aigua calenta. Dos dies a la setmana fa una activitat al club social, i els matins que hi va la professional del programa d’acompanyament comunitari aprofita per anar a la biblioteca, on està llegint un llibre, del seu interès.*

El Joan Antoni té bon contacte emocional. Està vinculat al centre de salut mental des d’on el programa de seguiment individualitzat, PSI, ha fet visites a domicili i ha vist l’estat deplorable d’aquest espai, i ha estat aquest l’equip que ha fet la sol·licitud d’intervenció del nostre programa.

La demanda del pacient psicòtic sol ser fràgil i discontinua en el temps, i són els professionals d’atenció directa els que han de detectar la necessitat, formular la demanda, sostenir-la en el temps, mostrar els guanys que obtindria si accepta l’ajuda i aconseguir que s’iniciï la intervenció professional.

*“Si fos per mi, no ho hauria demanat mai”, diu el Joan Antoni.*

La intervenció professional en el si de la llar d’una persona és complicada i molt delicada.

El Joan Antoni fa 5 anys que viu en aquest pis i ha estat amenaçat de desnonament diverses vegades per la brutícia que acumula. Aquest fet és el que va permetre entrar amb facilitat a col·laborar amb ell. El seu interès per no perdre el pis.

Aquesta era la seva motivació, i a partir d’aquí començarem a treballar plegats.

Es parla “d’atenció al domicili”, però el domicili és l’adreça en la que està domiciliat una persona, registrada en el padró municipal.

La llar és un concepte molt més ampli i complex, tenint d’aspectes emocionals i personals que s’han de tenir en compte si volem treballar amb qualitat assistencial i millorar el projecte de vida de la persona atesa. Aquesta intervenció professional s’ha d’iniciar amb humilitat. La paraula humilitat ve de *humus*, terra que fertilitza.

Treballar amb humilitat vol dir intervenir sabent que coneixem molt poc d’aquella realitat i que haurem d’anar preguntant per anar comprenent i anar fertilitzant aquella realitat social perquè hi floreixi riquesa de recursos personals interns i externs que facilitin el canvi.

Aquí, a la llar, en el seu si, és on es fa la feina del professional d’atenció directa i és a on s’ha de traduir l’expectativa de “*vénen a netejar*” per la de “*estem amb tu per ajudar-te a millorar*”.

Són paràmetres molt diferents i que la persona atesa ha d’anar entenent a mesura que els va comprovant.

Advocar a la responsabilitat de l’ésser humà, al desig de canvi, a les capacitats de millora, per un col·lectiu que històricament ha estat rebutjat, aïllat, desresponsabilitzat i convidat a fer una identificació massiva amb el seu diagnòstic, “soc esquizofrènic” versus “soc una persona –amb diferents identitats: fill, pare, cònjuge, veí, amic, treballador, tiet, cosí, cunyat, actor, dibuixant, etc.– que tinc una esquizofrènia, un trastorn bipolar o un trastorn de personalitat, etc.” és un canvi de paradigma brutal.

Davant aquesta nova perspectiva en què la persona amb TMS és la protagonista del seu propi procés de canvi, trontollen les expectatives d'uns i altres. El Joan Antoni és la primera vegada que gaudeix d'aquest servei i de l'experiència personal que un professional, des de la igualtat, es posi al seu costat, escolti quins aspectes vol millorar i li expliqui com i en quines coses l'ajudarà.

Aquesta llar, el Joan Antoni se la sent seva i esta en perill de perdre-la. Vol ser ajudat i té l'actitud receptiva i generosa d'ensenyar tots els espais, estiguin bruts o molt bruts. El sentiment de vergonya també apareix, perquè malgrat visquin en condicions deplorables tenen uns passats històrics que no coneixem i tampoc hem de preguntar, però que sovint remetent a condicions de vida molt millors que les que pateixen actualment.

Ser testimoni de llars molt desendregades, descuidades, amb un nivell de brutícia que degrada l'ésser humà, també és humiliant per a ells, i val la pena ser orgullosos, tenir una actitud amable i tolerant amb el que estàs veient, olorant, escoltant i sentint des del cor.

Els també bateguen emocions, i ho fan des del cor, i són les pròpies de qualsevol ésser humà.

La persona amb TMS té sentiments i també sent vergonya de mostrar-nos la seva llar, vergonya de necessitar ajuda i vergonya de no saber ni com ni on demanar-la. Tots aquests sentiments hi són quan fem una visita a la llar de la persona afectada.

I els hem de saber gestionar bé, per no provocar situacions d'humiliació sinó tot el contrari, generar relacions de solidari-

tat, ajuda, esperança i optimisme; resumint: de confiança bàsica en les seves capacitats i possibilitats de canvi.

El reconeixement d'aquests petits canvis, la confiança que dipositem en el fet que serà capaç de fer-ne més, i mantenir els que ha aconseguit, i el dret que, indirectament, se li esta atorgant que mereix viure en millors condicions físiques, psicològiques i emocionals, com a ésser humà que és, traspasa els límits que imposa qualsevol simptomatologia pròpia dels trastorns mentals severos, deliris, al·lucinacions, apatia, embotiment emocional, desmotivació i, finalment, d'aïllament social.

Col·locar la persona al centre d'atenció i treballar amb ella i no a partir d'ella és un canvi de paradigma històric. La persona afectada se sent legitimada a pensar, decidir, opinar, criticar, demanar i valorar. I tot aquest procés de sentir-se reconegut i legitimat com a ciutadà amb drets i deures li genera uns sentiments i unes emocions noves que ha de saber gestionar. I allà ha de ser-hi el professional, que s'haurà de mantenir durant el temps que calgui per donar solidesa al canvi. Com el cordó umbilical que es manté entre mare i fill, un cordó que uneix i que permet la separació i l'autonomia; un cordó que arrela per donar seguretat i permetre volar.

Els professionals que atenen una persona amb TMS han de teixir una xarxa de relacions que recullin el patiment de la persona i l'ajudin a caminar cap a relacions socials més autònomes i saludables. Aquest exercici professional que sovint prové de persones que treballen a diferents institucions –serveis socials, centre de salut mental, fundacions privades, etc.– i des de diferents disciplines –infermeria, educació

social, treball social, psiquiatria, etc.— no resulta sempre senzill i no tothom el sap exercir.

De vegades la xarxa sanitària i social embolica i confon; ofega i atrapa; de vegades desvia els interessos de la persona objecte d'atenció i fa prevaldre els seus propis per davant dels d'aquesta.

La invisibilitat del patiment humà, la fragilitat de la persona amb una malaltia crònica, el desconeixement de com treballar-hi, la poca esperança que tots plegats hi dipositem en les possibilitats de canvi de persones tan deteriorades, fa que siguin un col·lectiu “invisible” per a qui no vol obrir els ulls.

I la nostra societat sovint acluca els ulls cap allò que li molesta, i li ofèn reconèixer que és producte de la seva evolució o de la seva involució com a tal.

El trastorn mental sever, les persones que el pateixen i que presenten un risc elevat d'exclusió social, són pròpies de qualsevol societat, li pertanyen, i té l'obligació, segons la Llei de Serveis Socials 2007/11 d'octubre, d'ocupar-se'n, amb programes específics que vetllin pel treball amb els col·lectius més desprotegits i en risc d'exclusió.

L'acompanyament “a la llar” és un dels àmbits d'intervenció més difícil per totes les característiques exposades anteriorment.

### **3. Treball Integral i Integrat, indispensable per acompanyar la persona amb trastorn mental sever**

La fractura del pensament davant l'aparició d'un brot psicòtic és tan potent que cal que les intervencions professionals que es produeixen al voltant de la persona si-

guin el més coherent possible, per tal de donar integritat al pensament dispers i confós de la persona amb malaltia mental.

Quan el trastorn mental té un curs amb recaigudes importants que reclamen ingressos psiquiàtrics llargs, amb la indicació de medicacions potents que, de vegades, afecten funcions cognitives, volitives i estructurals de l'ésser humà, la persona es pot deteriorar i tendir a la cronicitat.

La continuïtat assistencial, el treball en xarxa i el treball en equip són conceptes bàsics per atendre de forma integral a la persona, és a dir, des de tots els aspectes que constitueixen l'ésser humà, el físic, psíquic i social.

I per atendre-la de forma integrada, incloent-la en el seu barri, en el seu espai comunitari i posant-la en relació amb tots els professionals que l'han d'atendre des dels diferents dispositius assistencials.

Reunits a la seu de Serveis Socials de Badalona els professionals d'atenció primària, els professionals de la xarxa de salut mental i els que constitueixen aquest programa, es posa sobre la taula “l'última oportunitat” que se li dona a una família amb una situació molt greu, no tant per la gravetat del diagnòstic psicopatològic de la pacient sinó perquè les institucions no hi veuen possibilitat de canvi.

*És una dona de 40 anys amb trastorn límit de personalitat, obesitat mòrbida, 120 kg de pes (155 cm d'alçada), dificultats de deambulació, de dormir estirada per l'ofec que li provoca el pes del cos, i sense una analítica des de fa més de 20 anys.*

*Viu amb la mare de 70 anys amb problemes d'artrosi i el pare de 75 anys que passa tot el dia al casal d'avis. Té un fill de 17 anys. La Direcció General d'Atenció a la Infància va fer una retirada del menor per desprotecció i desem-*

*parament quan ell tenia 12 anys. Mare i fill s'han anat veient puntualment. Viuen amb ells dos gossos que fa anys que no surten el carrer. Defequen a qualsevol lloc de la casa. Un és cec i no es mou d'una habitació. Fa dos anys l'Ajuntament va fer una neteja de xoc per les denúncies del veïns de pudor i insalubritat. La pacient cobra una prestació PIRMI –Prestació Renda Mínima d'Inserció– a canvi de la qual ha d'acomplir uns objectius d'inserció social que no ha complert. Li han assignat, des de Serveis Socials, una treballadora familiar que no té la formació necessària per intervenir en situacions familiars tan complexes com aquesta. Tenen diners per pagar una persona que faci la feina de casa. La casa està tan bruta que s'hi ha d'entrar amb mascareta. La mare surt puntualment al carrer a comprar menjar precuinat i porta la roba a la tintoreria. Tenen la màquina de rentar espatllada i no es pot accedir a la cuina per la brutícia que hi ha, i tampoc al bany. Sembla que la mare i la pacient es renten, per sobre, de tant en tant.*

Es presenta una situació social “mòrbida”, patològica, estàtica, permanent, infranquejable, parapetada, acceptada i legitimada per la impotència dels diferents equipaments que tant des de la vessant social com des de l'àmbit de salut mental han respost a la situació emergent i d'urgència social, com la retirada del menor o la neteja de xoc, però no han aconseguit sacsejar una situació familiar altament patològica que fa pensar en un futur que podríem descriure ara mateix: internament psiquiàtric per ordre judicial; mort sobtada de la pacient per qualsevol patologia afegida a l'obesitat mòrbida que presenta; cronificació i mort social.

Aquests casos, d'un grau tan elevat de patologia en el si del nucli familiar, d'una

disfunció social tan greu, d'un acomodatament històric en el malestar físic i mental, en l'aïllament social, en l'exclusió dins d'una reclusió voluntària “inconscient”, reclama a crits actuacions institucionals potents coordinades des de la base. Qualsevol actuació sanitària o social puntual està abocada al fracàs. La potència de la disfunció familiar és tan exagerada que cristal·litza qualsevol intent de canvi que vingui proposat des de fora.

Canviar hàbits d'higiene personal, de neteja, de dieta, d'organització de la llar, de gestió del temps, de salut i protecció dels animals domèstics, de seguiment de visites mèdiques de la mare i la filla quan aquestes constitueixen una unitat fusionada que retroalimenta els seus interessos, mantinguts des de la distància, pel pare, que manté econòmicament la unitat familiar, és llarg, difícil i costós, però si es treballa en “equip” sempre hi ha més possibilitats de generar canvis i mantenir-los al llarg del temps.

L'equip de professionals, encara que aquests pertanyin a professions diferents –infermeria, treball social, psiquiatria, metge de família, etc.– i a institucions diferents –serveis socials, centre de salut mental, fundacions, etc.–, si aconsegueix treballar definint i compartint els mateixos objectius, respectant el tempo de cada intervenció i mostrant a la família que està coordinat, és a dir, que ordena les intervencions amb uns objectius molt clars que tots coneixen i comparteixen, podrà evitar que la dinàmica de la disfunció familiar trobi la fractura necessària per introduir-se i boicotejar el procés de canvi.

En aquest cas, s'ha deixat la intervenció a la llar per a una segona etapa.



Saber quin és el moment més adequat per intervenir també és té una importància cabdal per a la bona praxi del programa i la seva optimització.

#### 4. *Procés de Derivació, indispensable per treballar amb les persones amb trastorn mental sever*

“No ha vingut a l’entrevista”, deia amoninada una companya del programa. I és que derivar una persona amb TMS a un servei o a un programa és un procés que com a tal s’ha de treballar durant un temps. “Adreçar” és donar l’adreça d’un lloc, el nom del carrer i el número del mateix.

“Derivar” ve del llatí, “derivare”, format per “rivare (fluir, portar, conduir) i “de” (portar des de, conduir des de), per tant la paraula “derivar” porta intrínsec el sentit de “procés” de “temporalitat” i de “canvi a través del temps”.

Això què vol dir? Fins ara hem mostrat com la persona afectada per una malaltia mental severa sovint no sent la necessitat de canvis, ni de millorar la seva situació vital; acostumen a ser els professionals que l’atenen o la família que l’envolta qui formula la demanda d’atenció.

Per tant, la necessitat de canvi no neix de dintre d’un mateix, ve de fora, ve dels altres. Caldrà treballar lentament un procés en què la persona afectada vagi entenent i interioritzant quins canvis es poden produir i de quines millores parlem; que les imagini, les valori, les desitgi i s’atreveixi a demanar-les, o si més no, a comprometre’s a participar en el procés de canvi.

Parlem de processos llargs, de mesos i de vegades d’anys. Cal treballar amb el

temps que calgui per tal d’aconseguir l’objectiu final. Córrer, o treballar amb presses, avortarà el procés, ja que aquestes solen respondre a l’interès del professional que es produeixin millores i a la incapacitat de tolerar la impotència que genera veure i viure tanta decadència.

Cal treballar el procés de derivació amb el temps necessari, perquè sigui la necessitat de canvi viscuda per la pròpia persona afectada la que la mobilitzi a tirar endavant.

“¡¡¡No estoy loco, eh????!!! Lo único que el “ente” a veces no me deja vivir”, ens deia el Luis, un home de 60 anys amb esquizofrènia paranoide que fa 3 anys es va quedar sol en morir la seva mare. Malgrat l’edat, 83 anys, ella s’ocupava de totes les tasques de la llar i de l’organització domèstica.

El treballador social del centre de salut mental d’adults que ens va presentar el cas ho va fer dient-li: “vienen a ayudarte a que vivas mejor”.

La presentació inicial del programa és cabdal perquè la persona contextualitzi el tipus de servei que se li ofereix, el tracte amb el professional d’atenció directa i l’actitud col·laboradora que n’esperem.

Després de dir-li “nena, nena, nena” diverses vegades a la professional d’atenció directa, fer-li preguntes de la seva vida privada i no obtenir la resposta que ell volia, i qüestionar-li si era psiquiatra o què era, quan la nostra professional, amb formació especialitzada per a situacions com la que s’estava produint, en les quals l’usuari intenta trencar els límits de la relació professional i anar “més enllà”, en un espai tan delicat com és a dins de casa seva, el Luis li diu: “¡¡¿¿Pero tú qué eres!??”. “Pedagoga”, li va contestar la professional del programa.

“¡¡¡Pues si que está mal el país para que una pedagoga se encuentre fregando suelos!!!”, va opinar amb molta gràcia el Lluís. “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, ¡¡¡ebbb!!! En cuanto termine que se vaya, ¡¡¡eb!!!”, ens va deixar les coses clares i va marcar el seu espai, en el qual permetia ser ajudat.

El Luis vivia en una caseta individual reformada recentment perquè estava plena de goteres ja que havia estat construïda pel seu pare a l'època del creixement massiu de les grans ciutats.

A les escales que pujaven a la segona planta hi havia pots de menjar envasat, roba, diners, pots de pebre, paper higiènic, pots de pintura, sal, sucre, medicació, oli, tabac, bolquers, etc.

El programa l'ha anat acompanyant a organitzar la casa, mantenir l'ordre i donar-li certs hàbits més saludables que els que tenia. Passava el dia al llit, fumant i veient la TV, i molts cops havia cremat la manta, amb el perill d'incendi que això podia provocar.

El Lluís necessita un reforç, un reconeixement, un acompanyament per sempre si volen mantenir-se els guanys que ha aconseguit.

## Conclusions

Les persones amb trastorn mental sever en procés de deteriorament i risc d'exclusió social necessiten programes d'acompanyament a la comunitat i atenció a la llar que els ajudin a refer els llaços i lligams socials que s'han trencat al llarg del seu procés evolutiu.

La derivació a aquests programes s'ha d'entendre com un procés lent i laboriós, ja que la persona afectada ha d'entendre els canvis i millores que se li proposen i el grau de compromís que exigeix participar en aquests programes.

La persona ha de ser el centre d'atenció de la intervenció i aquesta s'ha de desplegar des d'un model integral, és a dir escoltant i atenent totes les vessants de l'ésser humà biopsicosocial i adreçat cap a un espai integrat, és a dir que treballi els lligams i vincles amb el seu medi natural, el seu barri i la seva comunitat.

Situada la persona amb trastorn mental sever al centre d'atenció del programa aquest ha de fer la seva intervenció amb temps, al pas de la persona, respectant-ne les dificultats i limitacions i potenciant-ne les capacitats i possibilitats de millora i de canvi.

Oferir-li a la persona amb malaltia mental la possibilitat de viure amb més qualitat de vida i donar-li la confiança que pot canviar és un canvi de paradigma important; passen de “pacient víctima de la seva malaltia” a “persona agent del seu propi canvi individual”.

El programa d'acompanyament comunitari i atenció a la llar treballa curosament amb el sentiments i les emocions de les persones afectades, que, compromeses amb el procés de canvi que inicien, experimenten la satisfacció personal de comprovar que un professional diposita en ells la confiança bàsica que tenen capacitats i possibilitats de canvi real.

Aquesta esperança en la millora que pot aconseguir la persona afectada que prové d'un canvi de mirada, que valora les possibilitats i capacitats de l'ésser humà, és la clau de l'èxit del programa.