

ACUMULACIÓN DOMICILIARIA: SÍNTOMA, SIGNIFICANTE E MODO DE PROCEDER

Luis Rodríguez Carmona.

Traballador social da Unidade de Rehabilitación Psiquiátrica de Piñor (CHOU). Ourense.
luis.rodriguez.carmona@sergas.es

*«Para coñecer a xente hai que ir á súa casa»
(Goethe).*

RESUMO

Ás veces, doentes que ingresan nas unidades dun hospital de rehabilitación psiquiátrica teñen motivado o seu internamento porque a deriva do seu trastorno psíquico se estende tamén aos límites da súa propia casa, o que repercute gravemente na súa calidade de vida.

Este artigo causado pola curiosidade incurable intenta comprender a través das visitas domiciliarias as causas e as consecuencias que desencadean o comportamento na persoa que desorganiza o medio no que se protexe. É un traballo comunitario feito nun período de dez anos coa intención de coñecer os porqués desa deriva da faceta humana e traslada o relato do doente no contexto do seu medio a través da visión subxectiva do observador.

É unha información recollida no escenario domiciliario do suxeito na que os efectos da desorganización achegará unha información relevante co propósito de que un lugar tan inhóspito, coma en ocasións perigoso, reverta nun novo proxecto de vida saudable xestionándoo dende a participación directa do doente.

PALABRAS CHAVE

Patoloxía –acumulación domiciliaria– traballo social- proxecto psicosocial.

RESUMEN

En ocasiones pacientes que ingresan en las unidades de un hospital de rehabilitación psiquiátrica tienen motivado su internamiento porque la deriva de su trastorno psíquico se hace también extensible a los límites de su propia casa afectando de forma grave a su seguridad y a la calidad de su vida.

Este artículo causado por una curiosidad incurable intenta comprender a través de las visitas domiciliarias las causas que desencadenan el comportamiento en la persona que desorganiza el medio en el que se protege.

Es un trabajo comunitario realizado durante diez años con la intención de conocer los porqués de esa deriva de la faceta humana trasladando el relato del paciente en el contexto de su medio a través de la visión subjetiva del observador.

Es una información recogida en el escenario domiciliario del sujeto en la que los efectos de la desorganización aportará una información relevante con el propósito de que un lugar tan inhóspito como en ocasiones peligroso se revierta en un nuevo proyecto de vida saludable gestionándose desde la participación directa del paciente.

PALABRAS CLAVE

Patología –acúmulo domiciliario- trabajo social– proyecto psicosocial.

ABSTRACT

Sometimes patients entering a hospital units psychiatric rehabilitation have motivated their internment by the drift of his mental disorder is also extended to the limits of your own home severely affecting their safety and quality of their life.

This article caused by an incurable curiosity tries to understand through home visits the causes that trigger the behavior of the person who disrupts the environment in which it is protected. It is a community work for ten years with the intention of knowing the whys of that derived from the human side moving the story of the patient in the context of their environment through the subjective view of the observer.

It is information in the house scene of the subject in which the effects of disorganization provide relevant information so that an inhospitable and sometimes dangerous place to be reversed in a new healthy life plan managing it from direct participation patient.

KEYWORDS

Pathology - house accumulation - social work- psychosocial project.

1.- INTRODUCCIÓN

Este traballo emana dende a práctica profesional máis pura, xorde fóra do despacho institucional, e faino do mellor xeito, coñecendo o suxeito dende a súa proximidade no medio que lle é natural.

O que pretende o artigo co estudo de casos é achegar unha visión teórica non tanto protocolizada, senón que fixe determinados aspectos que se deberán ter en conta para futuras intervencións profesionais.

Actuar coa delicadeza que se require en situacións tan inexplicables como de por si preocupantes que nos atopamos ultimamente de maneira frecuente.

É necesario iniciar o traballo dende o coñecemento da causa, comprobar o nivel de deterioración instaurado no suxeito observado dende o seu compás organizativo e albiscar a súa situación caótica a través dos parámetros domiciliarios.

Abordar cuestións tan elementais como é a súa capacidade de autoxestión persoal en aspectos tan importantes como é garantir a súa dignidade e tamén a súa propia seguridade no contorno no que habita. A presenza e a participación do suxeito resulta imprescindible en todas as fases de intervención que se poñan en marcha.

As fases de diagnóstico social, de planificación e a execución do proxecto teñen intención de valorar e de avaliar o impacto subxectivo que se produce no paciente tras a súa participación na xestión do seu futuro.

Inténtase conseguir coma un obxectivo final evitar que o deterioro que o levou a esa situación non volva presentarse.

Non abundan demasiadas publicacións sobre acaparamento en persoas novas ou de mediana idade, si existe documentación numerosa sobre cidadáns diagnosticados con síndrome de Dióxenes principalmente en artigos recollidos en numerosas revistas médicas, pero sempre identificando a persoas de idade máis avanzada e con características distintas á mostra estudada neste artigo.

Este traballo sitúase en franxas por de baixo dos 70 anos de idade e dada as súas singularidades non gardan demasiada relacións coas que lle son propias a unha persoa diagnosticada de síndrome de Dióxenes. É entón necesario ser máis preciso á hora de identificalos baixo esta cualificación diagnóstica non só polas diferenzas que acontecen, senón tamén pola resposta profesional que se deriva.

Non existe por tanto literatura significativa e non por que non se produzan casos o suficientemente graves para poder ser analizados e discutidos dende aspectos clínicos, sociolóxicos ou dende o ámbito xurídico, simplemente que non son o suficientemente estudados para profundar neles.

Cada domicilio alberga características únicas, identidades propias repletas de historias personalizadas que deixan signos visibles na casa da súa propia intrahistoria.

Nos domicilios condénsanse sedimentos das experiencias de vida, as casas por tanto distínguense cada unha delas pola propia esencia de cada morador e as circunstancias que en cada momento rodearon a súa vida.

O traballo intenta estudar e analizar a través das intervencións co suxeito no seu medio por que se produce a metamorfose no individuo e polo tanto na súa casa.

Só intentando entender como e por que modificou o seu modo de vida que o levou a unha desorganización particular, poderase entender e limitar aquel síntoma que provoca a repetición continuada da conduta.

Unha conduta na que a súa vida sexa cuestionada coa lixeireza e intervencionismo habitual dos distintos poderes públicos e da sociedade en xeral.

Cada intervención profesional nun domicilio é distinta porque os suxeitos tamén o son. Preséntanse diferentes biografías, situacións clínicas ou eventos sociais singulares, polo que o resultado da acumulación observada é tamén único.

Pódese establecer un protocolo de intervención institucional cunha base de actuación común en situacións que protexan certos aspectos básicos ou humanos pero sempre coa imprescindible flexibilidade á hora de analizar, planificar ou executar un proxecto para cada situación en particular. Non se pode nin se debe mecanizar o noso proceder profesional coma se se tratase de situacións xeneralizables.

A información observada e recollida documentalmente é complementada co saber do clínico e a acción social do traballado social.

É un artigo que convida a que outros profesionais da saúde, do ámbito social ou da instancia xudicial reflexionen se as intervencións que derivan nun cambio no modo de vida de alguén é sempre o suficientemente analizada, comprendida, tratada e acertada na profundidade que require cada situación.

Trátase de considerar o traballo de campo como un escenario enriquecedor para o diagnóstico clínico e social tendo sempre en conta que fóra da oficina institucional hai determinados signos do comportamento humano que só poderán ser contados ou observados se se fai o esforzo necesario.

Acompañar o suxeito in situ ao seu medio máis inmediato e observar na proximidade a súa desorganización na súa máxima extensión humana achegará, sen dúbida, mellores fundamentos para proceder a mellorar o seu proxecto de vida.

A formación do profesional e a súa experiencia vital terá a súa importancia, crer que o problema e a súa única solución radica no propio individuo ou ben entender que todo pasa por un traballo no medio inmediato levará a unha visión profesional distorsionada e incompleta. Illar o cidadán do seu relato, non analizar o seu medio máis próximo sen observalo no lugar que almacena os efectos do seu síntoma achegará unha información empobrecida que deixará o suxeito sumido aínda máis no bucle da súa desorganización.

Esa acumulación que cando se nos presenta nos supera, sempre ten o seu comezo e o seu percorrido condensado a través dos distintos sinais que deseña a acumulación no perímetro da súa casa.

Nestas situacións tan irracionais onde as casas se converten nun lugar só habitable por eles a decisión de intervir profesionalmente ofrece en moitas ocasións o rexeitamento do profesional. Unha vez se pasa cara ao outro lado do limiar, xorde entón o caos.

É frecuente o paso á retagarda ou mesmo, ás veces, nin sequera este se produce, un advirte o que se atopará e evitará custe o que custe o encontro. Ollos que non ven. Xorde o proceder dende a distancia, co relato de fontes alleas á propia intrahistoria, outorgándolle ao suxeito o último dos tickets da roda o cal adoita chegar xa fóra de tempo para ser tido en conta.

É comprensible que en ocasións a degradación, o amoreamento ou a putrefacción activen nun determinadas respostas; a primeira desencadea asombro, a continuación repetición das mesmas frases que se fan eco sen devolución de respostas e, finalmente, unha superación dun todo que empuxa a un a fuxir non só da casa, senón que o fai tamén do suxeito.

En definitiva un traballo sorprendente, profundo, complexo, dunha duración prolongada no tempo que debe abordar cuestións que brotaron nun tempo subxectivo pasado, que sintomatiza nun presente continuo e que compromete seriamente o seu futuro.

Os 25 casos da mostra foron visitados, analizados e intervidos en primeira persoa.

Non son derivados de experiencias doutros profesionais ou recollidos a través da realización de enquisas noutros servizos institucionais.

Son situacións que se dan a coñecer tras dez anos de traballo primeiro no Hospital Psiquiátrico de Toén que tras o seu peche tivo a súa continuidade profesional na Unidade Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica de Piñor na cidade de Ourense.

1.1- O FOGAR CONTAMINADO POLA CLÍNICA.

Que desencadea que un determinado domicilio chegue a cualificarse a quen o habita coma unha persoa con síndrome de acaparamento compulsivo ou de disofobia?

A acumulación compulsiva é a tendencia á acumulación de artigos ou obxectos dunha maneira excesiva, e as estatísticas sitúana entre 2-5 % da poboación adulta mundial, sen predisposición en canto ao xénero (www.sanar.org/salud-mental/).

Actúa limitando a mobilidade do individuo na casa no que ás veces interfere nas actividades comúns da vida diaria como: cociñar, limpar, durmir ou utilizar as instalacións sanitarias.

A partir do fogar visto como un contorno dinámico, vivo e protector prodúcense situacións na que a clínica do suxeito interfere negativamente nas AVDS e acaba transformándoo nun lugar inseguro, insán e caótico. Non é infrecuente que acontezan situacións de serio risco coa posibilidade de que se produzan incendios ou accidentes con obxectos punzantes.

Non é a primeira vez nin será última que a propia acumulación sepulta literalmente a quen se move entre os límites da súa estrutura.

Tamén se derivan situacións de empobrecemento do patrimonio por soste-lo tempo un modo de vida tan particular.

É o resultado do patolóxico apropiado do suxeito que acaba estendendo o seu síntoma polos límites da súa propiedade afectando á seguridade propia e á salubridade da súa vida. Con todo o que resulta preocupante para nós non o supón para quen habita estes lugares os cales cren e así o manifestan atoparse nun ambiente totalmente seguro.

1.2- NATUREZA DO PROBLEMA E RELACIÓN COA SAÚDE MENTAL

Parte da comunidade científica expón que non está de todo claro que este trastorno sexa unha situación persoal illada ou poida ser combinada cun TOC.

Frecuentemente é asociada con trastornos de ansiedade, depresión, psicose, esquizofrenia, compradores compulsivos ou cunha síndrome de Díoxenes entre outros.

Os factores que o desencadean adoitan relacionarse coa historia familiar, crecer na desorde, sufrir de privacións, satisfacerse a través dunha compra en oferta, ou situacións estresantes como sufrir a perda dun ser querido.

Dicir que algúns científicos vinculan a patoloxía a unha anormalidade nun neuro-transmisor como é a serotonina o que leva por parte dalgúns clínicos a crer que coa administración antidepresivos, se soluciona o problema.

O DSMV deixa de catalogalo como un subtipo de TOC e contéplao como un trastorno independente.

Hai para todo, mesmo expertos que o asocian cun problema localizado no lóbulo frontal, a causas xenéticas ou a estresores ambientais.

As terapias máis utilizadas son as condutivas-condutuais as cales pretenden incidir no pensamento, por tanto na conduta do acaparador, con todo para algúns profesionais consideran que esta é unha situación incurable.

Esta ultima achega aproxímase en gran medida á valoración deste artigo-estudo na súa fase de avaliación no sentido que se non hai soporte profesional que garanta unha axuda que permita soste unha orde razoable na vida destas persoas o síntoma tende a acaparar novamente a súa vida.

Vólvense converter en promotores dunha nova acumulación domiciliaria.

A experiencia de varios profesionais de traballo social americano con experiencia na A. C. argumentan que a natureza da enfermidade moitas veces require de diferentes enfoques profesionais, xa que ningunha disciplina ten toda a experiencia necesaria para intervir de forma decisiva ou apropiada.

2.- SÍNDROME DE DIÓXENES

Resulta paradoxal relacionar o trastorno do comportamento obxecto de estudo co que se caracteriza por Dióxenes. Este baséase no total abandono persoal e social do ser humano.

Asóciase a quen acumula no fogar grandes cantidades de lixo ou de desperdicios domésticos co modo de vida do filósofo. Este home de orixe macedonio, discípulo de Sócrates foi educado entre outros por Aristóteles e admirado por Alexandre Magno. Chegado o seu día decidiu vivir na extrema austeridade. A súa vivenda, se se podía cualificar coma tal, era unha tinalla que tan só abandonaba para durmir nos pórticos dos templos, vestíase cunha humilde capa e andaba descalzo todo o ano, isto era toda a súa posesión. No día contaba coa compañía dos cans da rúa e pola noite co firmamento do ceo. Cualificar entón como síndrome de Dióxenes ás persoas da mostra do estudo seguramente ao propio Dióxenes non lle fixese ningunha graza.

Esta cualificación empezouse a utilizar de maneira irónica polos científicos no ano 1975. Esta situación inexplicable levou a que numerosos psicólogos e académicos reclamen o final dunha terminoloxía que deshonra o bo espírito filosófico daquel home. Agora ben mover a rixidez que petrifica a norma esixe retractarse e iso non entra de boa maneira dentro do academicamente correcto.

Actualmente utilízanse outras terminoloxías coma é silogomanía, urraqismo ou síndrome de miseria senil.

Feita esta obrigada referencia ás mal chamadas síndromes de Díoxenes, estas xeralmente ocorren en persoas maiores, na maioría dos casos en idade senil, onde a soidade é en moitas das ocasións un factor de desencadeamento.

Poden coincidir determinadas maneiras ou eventos semellantes no comportamento dos A. C. e dos S. D. coma pode ser o illamento social, un número significativo de horas de confinamento, negligencia nas condicións hixiénico-sanitarias ou nutrición deficiente ou inadecuada.

Os S. D. caracterízanse por acumular grandes cantidades de lixo, rexeitan calquera tipo de axuda, poden vivir en condicións de extrema pobreza a pesar de que en ocasións dispoñan de medios económicos.

En moita menor medida estas situacións ocorren en persoas novas.

O tipo de personalidades que ofrecen este estraño patrón de comportamento adoitan ser cidadáns con trazos paranoides, esquizoides testáns ou en personalidades excéntricas.

2.1.- CANDO A ACUMULACIÓN É UNHA PATOLOXÍA

Cada acumulación que se produce nun domicilio produce unha alteración única a cal condensa ese trazo particular que obedece exclusivamente á singularidade da súa tolemia. As semellanzas nas casas gardan unha identificación común respecto a ser asentamentos humanos degradantes, con predominio ao abandono, a presenza de miseria, encollemento do espazo e ás veces o sufrimento do suxeito. Outra cuestión é a situación do un por un que se debe establecer para cada caso e cada vivenda.

É habitual que cando nos desprazamos aos seus fogares sexamos advertidos polos pacientes nun contexto habitualmente minimizado de que a vivenda non está en bo estado. É unha advertencia previa que indica que viven dunha maneira diferente e que no fondo non lles resulta agradable ser observado entre esa degradación que o envolve todo. É sumamente importante a delicadeza e o manexo dos tempos en cada unha das intervencións que se leven a cabo.

Ás veces xurdirá a dúbida de quen deba ser a persoa ou o profesional que planifique un proxecto de intervención social axustado coma un guante á clínica do paciente.

Unha cuestión é quen debe planificalo e outra quen debe lideralo.

O meu criterio profesional é que debe ser liderado en primeira liña de acción polo propio suxeito e por aquel ao que lle outorga a súa confianza

podendo ser este un profesional da saúde, servizos sociais, familia, veciño, o cura da parroquia etc. A planificación debe ser acordada con todos os profesionais de saúde mental que poidan intervir, se é o caso.

O noso labor profesional é a de actuar como aliados do suxeito, que comprenden a súa situación, que non o cuestionan senón que o que pretenden é axudalo.

A un ás veces bastaralle empregar o silencio aderezado coa realidade encontrada para que subxectivamente se mova algo no paciente e sexa a través da súa palabra quen nos vaia dando as coordenadas oportunas.

É importante que a medida que a posición subxectiva do paciente o permita, este irá conseguindo pequenos logros ou avances os cales deben ser recoñecidos e tidos en conta por moi pequenos que estes sexan.

Haberá ocasións en que ninguén excede en anos os límites do seu dominio, isto confire responsabilidade e un privilexio facelo, veña propiciada a visita de maneira voluntaria ou por imposición xudicial.

Na maioría das situacións abordadas a ausencia de lazo social na comunidade é algo común, adoitan volverse fuxidíos no intercambio da palabra, xorde a desconfianza, córtanse vínculos dende hai anos, non hai desexo de comunicarse, tan só o imprescindible. Só dentro da súa casa, desprazándose entre o abandono, onde o caos reina se atopa protexido e con certo acomodo.

A súa rutina circunscríbese en acaparar todo o habitable coas máis diversas provisións, cede espazo para que nada do que entra saia, atrapando o suxeito na maquinaria da súa tolemia. É destacable o encontro que se sucede cando o suxeito acode ao seu dominio. O apego emocional que facilita o encontro entre o acumulador-acumulación deriva en importantes actos. Os seus ollos escanearán cunha precisión de cirurxián todo o que conforma o acumulación, adoita ter a capacidade para saber dentro do caos onde se atopa determinada peza ou obxecto.

O suxeito e o seu encontro coa acumulación dá lugar á verificación da desorde, coma se cada cousa atenda a unha tarefa ou a un lugar específico. Parece que as ditas pertenzas dean sentido de estar vivo, tocalas sen o seu consentimento inmediatamente poden facer mudar a sospeita. Todo é a máxima expresión e extensión do suxeito, é o resultado de que a clínica e o seu síntoma acaba dominándoo todo.

Todo ten valor sen distinguir entre o que é útil do que realmente non o é.

A acumulación está solidificada, cristalizada e preservada formando parte dun todo.

Outro dato relevante é comprobar como a degradación sedimentada esperta dor no doente cando debe ser desprendida. Feitos observados en ocasións coma este convida a asociar patoloxía e incerteza no suxeito.

A primeira actitude que se adoita suceder no primeiro encontro domiciliario polo suxeito está condensado polo medo e a ansiedade, se este é forzado nun tempo que aínda non procede a librarse do acumulado. Xorde o receo, será o principal obstáculo para el e para nós. Con todo o paciente sabe da autoridade que agora observa o seu particular modo de vida, a súa saída hospitalaria é o seu principal obxectivo polo que tras un período de tempo longo e tedioso nunha UHRP, adoitan acabar participando a través de pactos non escritos sustentados na transparencia e o valor da palabra.

É destacable a capacidade de adaptación do ser humano para vivir entre o gran número de obxectos que compoñen a acumulación e que limitan os seus movementos alarantemente.

En ocasións resultará imposible para o profesional darlle un beneplácito favorable ao atopado, resultará tan indigno, como preocupante ou perigoso o observado, que non ten cabida a solidariedade e a xustificación co observable.

3.- POBOACIÓN OBXECTO DE ESTUDO

A mostra procede de cidadáns residentes na provincia de Ourense, os domicilios localízanse tanto en áreas rurais como no contorno urbano.

Son cidadáns diagnosticados cunha enfermidade mental ou suposta clínica psiquiátrica que ingresan nas UHRP de maneira voluntaria, involuntaria ou derivados doutros servizos institucionais.

Aínda que a mostra aquí presentada procede de persoas dunha UHRP pode ser un traballo para desenvolver sen que o cidadán estea ingresado nun hospital.

Só cando a súa deterioración física ou psicopatolóxica revista da suficiente gravidade procederese ao internamento sanitario.

4.- METODOLOXÍA EMPREGADA

O método no traballo adquire sentido por dúas situacións que xorden:

A curiosidade que se dá dende o primeiro caso e o tempo que irá presentando novas situacións - novas inquietudes.

A medida que a experiencia persoal se enriquecía elaborouse unha base de datos con 25 variables que recollía información pato-biográfica do paciente e probas gráficas, logo da autorización do doente.

Con iso pretendíase explicar que sucede nas particularidades dos suxeitos para que a súa vida se blinde nas inxentes cantidades da acumulación domiciliaria.

Táboa n.º 1.- Diagnósticos clínicos.

PARANOIA	4
FOLIE A DEUX	4
E. PARANOIDE	3
NEUROSE	3
T. BIPOLAR	2
ESQUIZOFRENIA	2
PSICOSE ATÍPICA	2
T. HISTRIÓNICO	2
T. IDEAS DELIRANTES	2
TOC	1

Fontes.- Datos elaborados a partir de fontes propias

Táboa nº 2. Perfil social dos acumuladores

- 65 anos	22	+ 65 anos	3
Mulleres	15	Homes	10
Ingreso xudicial	13	Ordes de desafiuamento	2
Tutelas antes do ingreso	1	Tutelas despois do ingreso	4
Carencias hixiénico-sanitarias	17	Desorde domiciliario	20
Domicilio con risco persoal	14	Déficits equipamentos	16
Acumulacións monotemáticas	2	Acumulacións compras sen empregar	4
Acumulacións roupa	6	Acumulacións con lixo	9
Alta mesmo domicilio	8	Alta distinto domicilio	17
Derivación centro residencial	10	Altas domicilios compartidos	7
Ingresos económicos +600 euros	7	Ingresos económicos - 600 euros	18
Apoio socio familiar	20	Apoio socio familiar contraproducente	10
Persoas que declinan apoio	11	Coordinación con servizos sociais e xustiza	7

Fonte.- Datos elaborados a partir de fontes propias

5.- DESCRICIÓN: CLAVES, INTERVENCIÓNS E O SEU DESENVOLVEMENTO

É frecuente no observador que tras as primeiras imaxes contempladas dunha maneira apresurada se dea un primeiro diagnóstico social viciado polo rexeitamento subxectivo impedindo desta maneira formularse preguntas, curiosidades e viables alternativas.

A experiencia de visitar distintas vivendas permite unha mellor comprensión das variables e interconexións que se producen entre biografía, personalidade e patoloxía.

Cada domicilio ten particularidades ou trazos propios que se cualifican coma texturas comúns e son o obxectivo para tratar como é a desorde e a hixiene, converxen á súa vez con experiencias persoais e cos síntomas que cumpren unha función subxectiva. As visitas e os encontros co suxeito no seu medio ante situacións insustentables dispoñendo, así mesmo, de tempo e de talento para a transferencia permite que a viabilidade de recompoñer a desorganización en ocasións sexa posible.

Pode resultar estraño entender a interconexión entre os efectos psicopatolóxicos da clínica sobre a casa.

Prodúcese unha certa estrutura entre suxeito - patoloxía - acumulación capaz de transformar unha casa nun espazo tan inhabitable como en ocasións perigoso.

É tamén curioso que unha desorganización domiciliaria conteña información analizable coma se se tratase de observar a escena dun xacemento arqueolóxico ou da comisión dun crime. No estudo, o tipo de acumulación obedece a unha desorganización subxectiva reiterada a través dun síntoma repetitivo que ofrece determinados datos visuais que se complementan co relato do suxeito.

Outra cuestión é como se canaliza o impacto visual e o rexeitamento ante o observado.

En ocasións fará falta ademais desta lectura poder dispoñer de recursos profesionais, institucionais, económicos para evitar que precisamente a soidade do profesional derive na impotencia ou na pasividade como unha resposta ameazante.

Haberá ocasións que se faga unha intervención inmediata que, polo mencionado con anterioridade, é alcanzable empregar algún tópico «liberal» como é o respecto á decisión de vivir cada un como desexa ou que o cidadán non se deixa axudar etc. cando se sabe que a situación que supera o paciente o fai, neste caso, tamén o observador.

Tampouco se trata de intervir por intervir, senón cando verdadeiramente sexa preciso asegurar a seguridade, a saúde ou protexer en definitiva o suxeito dunha preocupante vulnerabilidade.

É tan importante intervir cando é preciso como non facelo cando non é necesario. Calibrar os actos profesionais dependerá dos nosos compoñentes formativos, implicación, ética profesional ou da dispoñibilidade de recursos.

Á hora de intervir adóitase facer unha reflexión apresurada e curta na súa análise que lle dea de inmediato ao observador unha explicación ao

irracional que ten ante os seus ollos. É moi recorrido sintetizar o acumulación a que obedece a «*un almacenamento para un futuro incerto*» ou que o acumulación «*é o resultado único e exclusivo da tolemia irracional do suxeito*».

Quedar cunha reflexión deste exíguo contido é polo menos empobrecida. A realidade presentada ante os nosos ollos e sostida por un cidadán de hábitos raros ao longo do tempo non se reduce a unha síntese que é tan proporcionalmente afastada como o é o propio enigma da tolemia expresada.

Non establecer unha conexión entre o observador e o observado non nos revelará os estrambóticos motivos que ten para o suxeito a desorde externalizada do seu delirio.

Un traballo como este non é máis que a recomposición in situ das causas da acumulación para poder sumala á información clínica e social a cal dificilmente se obteñen noutro escenario que non sexa o propio dominio privado do paciente.

O traballo fundaméntase na observación domiciliaria, na patobiografía do suxeito, na súa participación, na recollida de información de terceiras persoas e nos soportes gráficos existentes.

Con todo iso preténdese axudar a restablecer uns espazos de vida enfermos noutros saudables.

5.1.- INTERVENCIÓN PROFESIONAL NO INGRESO HOSPITALARIO

Como calquera doente que ingresa nunha unidade hospitalaria a súa valoración sanitaria leva implícita a atención dos coidados máis básicos.

Hai determinadas situacións de cidadáns que residiron en condicións de insalubridade, de hixiene deficitaria ou carentes de nutrición axeitada que precisan ser recuperados no seu aspecto orgánico.

Logo de tratar estas cuestións e atendendo aos tempos da clínica, indícase a necesidade da intervención profesional por parte do Servizo de Traballo Social Hospitalario.

O profesional solicitará de distintas fontes (médico, paciente, rede socio familiar, servizos sociais comunitarios etc.) aquela información necesaria para diagnosticar, planificar a intervención profesional futura.

5.2.- INTERVENCIÓN PROFESIONAL NA COMUNIDADE

As persoas en situacións de acumulación compulsiva normalmente non son eles quen alertan do seu deterioro, adoita ser a familia ou veciños quen informa das situacións.

Situacións alarmantes para a integridade do propio suxeito adoitan ser coordinadas cos profesionais do concello de referencia. Pódese requirir a intervención dos servizos sociais, sanidade municipal, servizo de limpeza técnico etc., ás veces en colaboración coa policía local, bombeiros e o asesoramento xurídico municipal se se dá o caso.

En ocasións extremas pódese facer mesmo uso do articulado da Lei de propiedade horizontal, derivando a intervención ás instancias xudiciais, que pode desencadear o desaloxo do propietario, por un tempo máximo, ou polo desafiuamento, se é inquilino.

5.3.- VALORACIÓN DA GRAVIDADE

Un pode acaparar cousas e non padecer unha enfermidade, a necesidade de intervir determínaa a valoración do suxeito para autogobernarse atendendo á cantidade e á desorde do acumulado que derive nun risco existente para a propia persoa e os seus veciños.

Entrevista pactada - Observación participante

- 1.- Valorar as condicións hixiénico/sanitarias (radiografía domiciliaria) e a impresión do suxeito.
- 2.- Por se é preciso poñer en coñecemento da xustiza a situación observada.

Diagnóstico e planificación do proxecto de intervención social

- 1.- Facer unha análise e un diagnóstico da situación atopada.
- 2.- Coñecer os recursos formais e informais cos que se conta.
- 3.- Elaborar unha planificación dun proxecto viable, realista e que dignifique unha calidade de vida axeitada.
- 4.- Información e coordinación cos profesionais e a rede social implicados directa ou indirectamente co suxeito.

Proxecto comunitario de intervención psicosocial.

- 1.- Facer partícipe sempre que sexa posible o paciente na organización domiciliaria.
- 2.- Organizar o desorganizado.
- 3.- Utilización de elementos de protección (luvas, máscara, roupa apropiada).
- 4.- Axudar e animalo/a a organizar, limpar e desfacerse do sobranter.
- 5.- Proponer a opción de facer doazóns dos artigos sobrantes.

Programa de avaliación e segmento continuado

- 1.- Establecer as visitas domiciliarias a posteriori.
- 2.- Manter a coordinación con dispositivos socio sanitarios precisos na intervención.
- 3.- Separar no tempo as visitas ou acurtalas segundo se sosteña a dignidade domiciliaria.
- 4.- Por fin ao seguimento no caso de garantías no tempo dun novo modo de vida.

No caso de que se dean limitacións físicas, psíquicas, patrimoniais ou doutra orde no paciente que impidan ou desaconsellen o seu retorno domiciliario débese informalo e facelo igualmente participe na medida do posible do seu novo itinerario vital.

6.- O INTERESE POLA PALABRA E O TEMPO SUBJECTIVO

A nosa presenza no domicilio permite calibrar a resposta do suxeito ante unha situación domiciliaria anómala, faino dende a posición interesada do coñecemento, no intento de asesoralo nun momento no que se analizan aspectos importantes do seu pasado e que agora lle afecta ao seu presente mais inmediato. Unha presenza a nosa sen invadir de pleno o desexo do outro, próxima pero coa distancia adecuada, visible sen ser en ocasións distinguida, centrada no relato, que permita crear e afianzar esa alianza que se plasma na confianza, e eliminar os actos dende o poder que obvia que non se trata de anular o goce do outro senón de limitalo.

Actuar dende a inmediatez sen ter consideración da cadencia do suxeito, deixándonos impresionar polo observado ou polo relatado por terceiros pode ter como resultado illar o doente e apartalo da súa condición de suxeito. Non contar coa súa palabra, cos seus dereitos como cidadán significa non entender nada.

É moi habitual que ante a tolemia apareza a imposición que auto obriga a decidir polo paciente, sen que houbese en moitas das ocasións apenas contacto. Isto arrastra ao suxeito a unha posición de submisión ou segregación.

Actuacións apresuradas como é iniciar dilixencias informativas de incapacitación xudicial, ingresos forzosos en institucións ou centros residenciais especializados resulta cómodo para o profesional iniciar previamente un traballo de intervención centrado no interese do suxeito senón que se fai unicamente sobre o interese do observador.

Na mostra representativa en todos e en cada un dos casos o suxeito foi participe. Nalgunhas situacións a deterioración psíquica era o suficientemente importante para que o retorno domiciliario non fose posible.

Facelo igualmente participe permite sentirse actor principal e nós autorizados por el.

Independentemente de que determinadas accións profesionais non coincidan co desexo do paciente, resultan menos desagradables para el se empregamos a transparencia na comunicación.

Expoño de maneira breve cinco dos casos da mostra representada que dan conta do contexto clínico e social que se reflicte no artigo.

1.º caso

En ocasións a visita a este domicilio contou tamén coa participación da psiquiatra encargada do paciente. É recomendable que, en determinados casos, o clínico se desprace aos domicilios e comprobe as situacións que lle afectan ao paciente. Os golpes de realidade sitúannos a todos sobre as verdadeiras miserias humanas que tratamos.

Só fóra dos despachos institucionais coñecemos verdadeiramente o perímetro vital en que se move o suxeito.

Na situación domiciliaria de J. M., a visita á súa casa permitiunos descubrir como esta estaba totalmente significada por unha cor, a cor vermella.

Cada elemento que conformaba o contido do inmovible, xa fose dentro do propio fogar (roupa, alimentación, utensilios etc.) como fóra del, estaba caracterizado por esa única distinción colorista.

Nas últimas datas dedicouse a pintar o interior e o exterior da súa casa abarcando as plantas, pedras, árbores da súa leira ou mesmo a rede de sumidoiros.

Para veciños ou autoridades da zona era un acto vandálico.

O seu radio de acción delirante xa se estendera fóra dos límites da súa casa, á beirarrúa, ao farol ou ao sumidoiro público (estendeuse porque esta parte do terreo lle fora expropiada polo concello para mellorar os accesos, pero a súa tolemia nunca autorizara ese acto administrativo).

Os veciños adoitaban increpalo habitualmente e afearlle a súa conduta sen ter en conta que ata entón para eles fora un home apracible e de bo trato, en definitiva un bo veciño. Non existían as preguntas só os agravios.

Nunha das visitas domiciliarias púidose observar a existencia de distintos libros monotemáticos, un estaba aberto nunha páxina a cal se dedicaba ao sistema solar, en concreto á estrela sol. Coas evidencias gráficas observadas púidose asociar, comprender e descubrir no relato in situ do psicótico co seu significante. Este gravitaba sobre a súa procedencia delirante a cal era relacionada directamente co astro rei. Un delirio

interconexionado sobre unha cor referente que alagaba o contido do inmobile, unha identificación que o axudaba á súa estabilización.

A súa limitación física non lle permitiría o retorno ao domicilio, non por iso deixo de ser participe no seu proxecto á alta.

As visitas domiciliarias percorrendo os 200 quilómetros que distaban do hospital á súa casa valeron a pena para afianzar un bo vínculo connosco e buscar unha alternativa residencial pactada. A súa alta a unha residencia próxima á súa casa garantiu a atención sociosanitaria precisa e permitiulle desprazarse ao lugar onde albergaba a expresión extracorpórea que identificaba o seu delirio e a súa razón de ser e de estar.

2.º caso

R. A. e J. A. son pai e fillo, ambos diagnosticados dun trastorno delirante compartido (folie a deux), a súa vida recreábase na máis absoluta miseria nun piso da súa propiedade.

O alarmante da súa situación non pasara desapercibida para os servizos sociais comunitarios que durante anos intentaron intervir sen éxito.

Logo do ingreso hospitalario do ancián en condicións físicas alarmantes, púidose por primeira vez intervir con eles.

Fíxose un ingreso conxunto e realizouse unha visita domiciliaria e comprobouse como durante anos os ingresos económicos procedentes da pensión do ancián se destinaron á compra masiva de obxectos das máis diversas variedades. Nunca se desembalaron, eran adquiridos sempre en cantidades repetidas e amontoados estratexicamente por todo o inmobile. A acumulación reduciu moi seriamente os espazos de movemento, de maneira que o 85% desta era xa inaccesible, o informe técnico do concello deixáboo claro, «*houbo serio risco de derrube do vetusto inmobile polo peso que sostíña a estrutura*».

Foi necesaria a colaboración do concello a través da colocación de colectores para baleirar e trasladar parte do contido da vivenda.

A actitude tiránica do fillo, a fraxilidade do ancián e a certeza delirante do fillo sobre veciños e familia, a quen acusaba de ter interese sobre o seu patrimonio, retroalimentaban o delirio e potenciaban o síntoma.

A provisión masiva minimizada sobre todo polo fillo derivara nun empobrecemento moi importante, distintas posesións descoidadas das obrigas tributarias ameazaban coa perda destas.

Os coidados e a alimentación mais básica en ambos, sobre todo no ancián, eran lamentables con evidentes signos de abandono e desnutrición.

A intervención profesional cimentouse na protección do ancián cun posterior ingreso nun centro residencial. O retorno do seu fillo ao domicilio fíxose nunhas condicións de seguridade e hixiene aceptables. Foi necesario a apertura de expediente na fiscalía de incapacidades para que o ancián puidese residir nun xeriátrico e dispoñer da pensión que desde había moitos anos non xestionaba, ambas as medidas foron obrigadas pola non aceptación do fillo a perder parte do seu goce psíquico. Este desexo obsesivo sustentábase na liquidez económica da que se o desposuíu e que necesitaba por encima das necesidades máis básicas. Non había unha soa intención de modificar o seu estilo de estar no mundo, calquera outro proxecto distinto ao seu desexo era unha seria ameaza. Logo da alta, o seguimento derivouse a servizos sociais comunitarios quen nunca realizaron un seguimento axeitado, polo que é moi probable que o síntoma no fillo se siga reproducindo.

Este desenlace é un claro exemplo da inexistencia dunha coordinación e implicación bidireccional dos seguimentos dos casos de acumulación domiciliaria por parte das administracións públicas implicadas.

3.º caso

R. M. dilapidou preto de 300.000 euros ao longo dos últimos 10 anos, unha parte importante dese patrimonio foi destinado a todo tipo de compras, especialmente roupa a cal era multiplicada nun número desorbitado. Esta, que se estendía de maneira sorprendente ao longo e ancho das tres plantas da súa casa, permanecía almacenada en bolsas que nunca se abriron.

Roupa para ela, para o seu fillo, para a súa nai, a mellor tecnoloxía. En zapatos de alto valor adquisitivo gastou máis de 15.000 euros. Nunca os utilizaría nin tampouco o resto das compras, R. M. adoitaba vestirse con roupa desaliñada e de innumerables usos.

O falecemento do seu pai, o rexeitamento da súa parella coincidindo co nacemento do seu único fillo, iría sumindo nunha profunda e arrepianete soidade. O illamento sería permanente, as palabras apenas circulaban, só as precisas. A rutina marcada polo automatismo de adquirir compras de certo valor seguía sostendo no illamento, e empregaba unicamente palabras monosilábicas.

Esta conduta mecanizada desencadeou unha caída ao maior dos sufrimentos para ela, o descoido do seu fillo e da súa nai tivo a intervención das autoridades xudiciais debido á situación de desamparo. Ela xa non podía alzar a súa mirada e aínda menos a súa voz. Cando entrou a Garda Civil na súa casa a escena reflectía a R. M. encollida e recostada entre o regazo da súa nai como se precisase do refuxio do amor materno, un amor que descoidara, todo isto ante atenta e piadosa mirada do menor.

Nos primeiros contactos hospitalarios o seu contacto era de escaso relato, con bloqueos mentais onde as fobias secuestraban a súa palabra e evitaban o encontro co outro.

As visitas domiciliarias acompañadas para organizar o desorganizado reportoulle valor para enfrontarse aos sinais de muller desposuída do control da súa vida.

A súa casa estaba significada entre outras realidades por unha escandalosa multitude de cartas de toda procedencia, a inmensa maioría escondidas pola casa adiante, todas sen abrir.

A dolorosa realidade que gardaba a correspondencia non tiña lugar para un desexo imparabile que a acabou tapiando entre a súa particular acumulación.

O seu domicilio significado polas inxentes compras limitaban seriamente os espazos habitables da casa, a desorde impoñíase e as súas obrigas tributarias ameazaban o seu escaso patrimonio.

As distintas visitas domiciliarias realizadas afastárona do despacho intimidatorio do que xulga, e pasou a ser este substituído polo encontro próximo. Calquera espazo da casa petrificaba por momentos a R. M., coma se se amoreasen recordos conxelados que a paralizaban. En ocasións entre o descanso de xornadas intensas de maneira súbita xorde o relato doloroso que permite acoutar o sufrimento e chegar a algunha reflexión esclarecedora. A axuda que chega cando un se enterra na súa propia miseria permite saír á luz pequenos relatos que contestan a algunhas das interrogantes do seu declive. Nunha ocasión e sentados nunhas caixas do seu faiado ela conclúe que a súa ilusión era magnificar a súa imaxe, que esta fose o máis semellante a personaxes desexados polos televidentes e con iso volver ser unha muller amada. A súa dor crioxenizada, froito dun rexeitamento social imaxinario e disparatado, impulsáara a unha rutina compulsiva na que a súa saída domiciliaria non tiña outro obxectivo que adquirir novas imaxes para nunca facer uso delas e volver novamente a non ser amada.

4.º caso

T. L. é unha muller que vive soa, con boa dispoñibilidade económica, onde o seu trastorno delirante e a súa prodigalidade favorecen que se produza o aproveitamento mercantil de comercios próximos ao seu domicilio.

A súa casa non ten máis cabida para máis roupa e diversos complementos. A visita domiciliaria permitiu observar os centenares de pezas de vestir que alagan as distintas habitacións da vivenda. Os comerciantes da zona mesmo lle vendían roupa fóra de tempada, inadecuada á súa idade ou dunha talla imposible de adaptarse ás medidas de T. L., era un todo vale.

A súa enfermiza desconfianza coa súa familia a raíz do falecemento dos seus pais só presaxiaban para ela a continua persecución do seu patrimonio, os seus activos cada vez víanse máis limitados. O seu período hospitalario permitiu distintas intervencións pactadas. As seguintes visitas coa paciente facilitaron que unha parte importante das pezas de roupa

seleccionadas por ela fosen doadas ao roupeiro de Cáritas, tramitar non con serias dificultades a figura dun administrador patrimonial que protexese e velase a prodigalidade da paciente.

A contratación dunha persoa para o servizo domestico da casa facilitou tamén a axuda para protexela ante un aumento da acumulación domiciliaria. A introdución desta persoa era vivido por ela de maneira menos angustiada que se o seguimento se fixese dende os profesionais da saúde ou dende servizos sociais dos cales desconfiaba, xa que as intervencións destes sempre a levaron o ingreso hospitalario en contra da súa vontade.

5.º caso

R., I. e O. son tres irmás novas que residen xuntas, nun mesmo ano prodúcese a morte dos seus pais e a partir de entón empezan a dispararse comportamentos de distinta desorganización en cada unha delas.

Anos máis tarde a situación xa se torna preocupante e insostible. Existen constantes desencontros, as carencias hixiénicas e a orde domiciliaria son alarmantes, a súa precariedade pon en risco as súas necesidades máis básicas, a vivenda é pois un maná de tolemia imparabile.

A única intervención que se fai dende servizos sociais comunitarios pasa pola incapacitación e un ingreso en centro residencial das tres irmás.

É tras o ingreso dunha das irmás cando somos coñecedores da situación, establécense as primeiras visitas no domicilio co propósito de analizar in situ que levou ás irmás ao seu estado actual e de que maneira se as pode axudar. É no propio domicilio onde se pacta a intervención con cada unha con proxectos individuais.

Foi necesario a hospitalización de todas elas, pero en momentos distintos.

O traballo inicial no domicilio deu lugar a comprobar o estado lamentable do inmobile, as súas importantes carencias económicas, a potenciación da tolemia auspiciada polos conflitos imposibles de solucionar, o que derivou en proxectos de intervención distintos á alta para cada unha delas.

Precisouse de tempo para concluír os proxectos, con seguimentos clínicos e sociais que garantisen unha axeitada dignidade para vivir, un sustento económico básico e certa normalización na súa inclusión social.

En ningún dos casos se necesitou de ningunha medida xudicial que restrinxise ou limitase seus dereitos e liberdades como cidadáns.

Este breve resumo non dá conta das numerosas intervencións terapéuticas e sociais que levaron máis dun ano de traballo no que finalmente se puido ancorar un proxecto vital personalizado para cada unha delas.

7.- RESULTADOS DO IMPACTO DO ESTUDO

Entre os resultados e o impacto que a mostra reflicte prevalecen en $\frac{3}{4}$ partes os cadros psicóticos ante os cadros neuróticos graves. A media de idade sitúase claramente por baixo de 60 anos afastándoos duns dos perfís que caracterizan as síndromes de Dióxenes. O variable sexo non mostra unha gran diferenza nos datos amosados.

As situacións de ingreso hospitalario aproximadamente nun 50% son derivadas a través dunha instancia xudicial, en dúas das ocasións levou implícito o desafiuamento no inmovible.

Prodúcese un número importante (10 casos) no que as situacións de acumulación vén xa herdada, sendo os proxenitores e mesmo outros parentescos os causantes do inicio da conduta.

Non é moi significativo a toma de medidas xudiciais tras os ingresos con situacións que lle afecten á capacidade de obrar do suxeito, o traballo baseado no pacto convido permite manter á marxe á xustiza dos dereitos civís e de participación social do suxeito.

A carencia de hixiene, desorde domiciliaria ou déficits de equipamentos están presentes sen chegar a límites das sorprendentes imaxes que se producen nos domicilios dos anciáns. Certo é que chegan a producir situacións límites as cales por unha banda son minimizadas e por outra reflicten a gran capacidade de adaptación do suxeito.

Máis da metade da mostra amosa que a integridade e o risco para a saúde do paciente eran evidentes. A presenza de material putrefacto en dous dos domicilios é outro dato asociado máis a domicilios de idades máis avanzadas. A variable relativa ao tipo de acumulación oscila entre material tipo roupa, lixo, alimentos, documentos, cartas, caixas, coleccións diversas, material sen desembalar etc.

Nun 40% das situacións foi posible o retorno ao mesmo domicilio cos soportes humanos e materiais indispensables para que a situación non se repetise.

En case outro 30% os pacientes foron derivados a outros domicilios xa sexa compartindo unha vivenda de carácter tutelar, supervisada ou en alugamento con outros pacientes, familias ou en situacións de acollemento.

No 30% restante a derivación produciuse a un centro residencial especializado ao ser inviable o seu retorno domiciliario, a gravidade da clínica e a carencia de recursos de apoio na comunidade derivaron neste tipo de desenlaces.

Un 75% das persoas da mostra estudada teñen ingresos por debaixo dos 600 euros, a maioría proceden de pensións non contributivas (369 euros), o que os sitúa por baixo do limiar da pobreza. Asociar patoloxía-pobreza-

acumulación-exclusión social é un dato para considerar sen ningún xénero de dúbidas.

Respecto ao apoio familiar o 40% foi contraproducente xa sexa pola inadecuada comprensión da situación ou por un mal manexo á hora da axuda proporcionada.

Aproximadamente nun 40% das intervencións realizáronse en coordinación con outros dispositivos institucionais.

A experiencia no trato con suxeitos en moitas ocasións fan movernos en escenarios pouco claros onde debemos situarnos con certa precaución e seguridade.

As situacións expostas non son coñecidas na profundidade que se require, estas non son tratadas nos ámbitos universitarios como tampouco na formación que se recibirá nos nosos centros de traballo polo que a cegueira do observador pode estar nun presente continuo.

Así mesmo, cada un de nós trae o seu propio percorrido vital subxectivo que permitirá que os tempos e os encontros co paciente se produzan dunha maneira ou doutra. Haberá profesionais que non poderán organizar a vida dun paciente, descifrar leva un esforzo e unha análise profunda que convén facer cando se trata de axudar a organizar un estilo de vida coas súas particularidades. Non todas as persoas están preparadas para conseguilo. A escaseza na formación, o non saber manexar certos códigos no noso proceder, a posición de poder, o marcado narcisismo do profesional ou o rexeitamento ao encontro co suxeito son algunhas das ameazas coas que contará o doente obxecto da intervención. Noutras ocasións os medos e os bloqueos darán como resposta a pasividade do profesional.

8.- CONCLUSIÓNS

O artigo caracterízase por unha análise intensa e profunda, emanada dun traballo iniciado infinitas veces polo paciente desata agora no observador o afán por afrontar o que reto que se lle presenta.

Situacións repletas de complexidades e de difícil conclusión para o profesional que unicamente pretende recuperar espazos de vida desorganizados noutros máis saudables.

En todo este obxectivo final e desexable atópase o suxeito que se erixe en promotor da súa particular provisión. Este atópase limitado polo empuxe constante do seu síntoma que non renunciará ou se limitará a calquera prezo.

Difícilmente se pode concluír xeneralizando as situacións atopadas, cada caso é singular e de por si xa resulta complexo facelo coa particularidade observada.

Inténtase entender cada historia tendo en conta que a desorganización que deriva do suxeito faise extensiva ao seu medio achegándonos sinais.

Este non é un relato manuscrito que nos dea as claves do ocorrido e un manual para abordalo de serie. É o observador e o comunicador, pola súa vez, quen presta a atención necesaria para saber cal é a maneira máis aconsellable para que o encontro co paciente produza unha transferencia saudable. Cando a presenza do profesional ten efectos tan importantes para o máis inmediato na vida do paciente debe dedicarlle o tempo necesario para equivocarse o menos posible.

Os domicilios son espazos para o resguardo das súas inquietudes, das súas ameazas, dos seus medos, onde a súa cruel soidade en ocasións dá lugar a que o pánico malle sen piedade a súa esgotada vida. É nesas espazos onde o seu sufrimento deixa un pouso escenificado no abandono froito dun síntoma que apenas dá respiro.

Que ocorre no seu equilibrio subxectivo para desprazalo fóra do centro de gravidade?, de que maneira se sitúa o suxeito afastado da dinámica social para prestarse a unha vida tan silenciosa como imparable? Como podemos observar esta dinámica que o empuxa velozmente ao caos organizativo? Como acadar os mecanismo suficientes para aminorar ese desasosego que lle permita vivir nunha inercia máis pacificada? Cal é a maneira e o momento oportuno para que a nosa presenza sexa tida en conta e non ignorada ou perturbadora para o suxeito?.

Aproximarse ao cidadán dunha maneira precisa, sostendo no tempo un pacto saudable permítelle ao suxeito ser partícipe do seu percorrido vital.

Esta é sen dúbida a base principal desexable para motivar ese cambio tan necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boilos, C. R. (2006). «Más allá de la basura». *Documentos de Trabajo Social*, 51, 317-353.
- Carrato, E. e Martínez Amorós, R. (2010). «Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso». *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, Psiq Biol.* 2008;15(4):140-3
- García Soriano, G.; Belloc, A. e Murillo, C. (2008). «Sobre la heteroagresividad del trastorno obsesivo compulsivo: una revisión». *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, vol. 13, n.º 2, pp. 65-84.
- Pantoja, J. A. (2006). «Intervención del Trabajador Social con personas afectadas por el Síndrome de Diógenes». VI Congreso de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Sevilla.

- Rodríguez Lozano, E.; Ortiz, C.; Blasco, G.; Saenz, M.; García Gutierrez, F. e Bermejo, C. (2014). «Características sociodemográficas de las personas acumuladoras / trastorno por acumulación (Síndrome de Diógenes) en la ciudad de Madrid». *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 124 (34), vol. 34, n.º 124, pp. 665-681.