

La visita domiciliaria: intervenciones sin red

Mario ROSSI MONTI*

RESUMEN

La psiquiatría comunitaria se encarga de gestionar la asistencia psiquiátrica una vez allí donde se ha abandonado el modelo manicomial. Una de las intervenciones más representativas de la psiquiatría comunitaria es la visita al domicilio del paciente. El domicilio del paciente se convierte en el modelo comunitario en un lugar de intervención privilegiado para una red de salud mental. Toda intervención domiciliaria necesita unos ejes teóricos sobre los que organizarse para lograr que sea lo más efectiva posible y evitar que caiga en la irrelevancia o en el voyeurismo.

PALABRAS CLAVE: Visita domiciliaria. Toma a cargo. Comunidad terapéutica. Tratamiento ambulatorio. Red de salud mental.

* Psiquiatra. Profesor Extraordinario de Psicología Clínica.

Correspondencia: Dr. Mario Rossi Monti. Profesor Extraordinario de Psicología Clínica (Universidad de Urbino), Psicoanalista (Sociedad Psicoanalítica Italiana), via G.Vico 13-50136 Firenze, Italia. Correo electrónico: m.rossimonti@uniurb.it

RECIBIDO: 24-9-2009

ACEPTADO: 14-12-2009

House calls: interventions without network

SUMMARY

Community psychiatry is responsible for the administration of psychiatric assistance since the abandonment of the asylum-based model. One of the most characteristic interventions performed by community psychiatry is house calls. In this sense, the community model transforms the patient's home into a privileged environment for mental health-related interventions. Home interventions require a theoretical framework in order to guarantee its maximum efficacy and to avoid its degenerating into an irrelevant procedure or into voyeurism.

KEY WORDS: House calls. Case management. Therapeutic Community. Outpatient care. Mental health services.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de transformación del modelo de asistencia psiquiátrica centrado en el hospital psiquiátrico a otro centrado en la comunidad y el territorio, dos principios filosóficos de fondo han ocupado una posición central: el principio de la toma a cargo y el principio de la comunidad terapéutica. La primera preocupación de la innovadora legislación psiquiátrica italiana (ley 180 de 1978) fue la de definir con claridad qué cosas no debía hacer para no perpetuar un sistema de asistencia que se había convertido por sí mismo en patógeno. Estos dos principios representan en cambio un intento de definir en positivo el espíritu de la ley.

Toma a cargo significa ante todo asunción de responsabilidad por el cuidador y el grupo de cuidadores respecto del sujeto individual. Significa también asumir como grupo una serie de compromisos y de cargas: hacerse cargo de la función de custodio y depositario de la historia de las personas individuales, de su identidad, y hacerse cargo también de un proyecto que les respete. Un proyecto que, sin embargo, no sea un proyecto definido de una vez por todas sino que deberá acompañar con flexibilidad al individuo en todo su recorrido por la psicopatología y a través de las instituciones responsables de su cuidado. Proyecto y proceso son dos palabras claves de la psiquiatría comunitaria. Proyecto terapéutico entendido como capacidad del grupo de trabajo de intentar desarrollar una fantasía con la que casi llegar a visualizar posibles modos de desarrollo y transformación de una persona a partir de sus funciones y capacidades específicas.¹ Una fantasía es un proyecto que se convierte en la brújula mediante la que orientar la intervención terapéutica, adaptándola a las posibilidades y

a los diferentes momentos de un proceso individual. El concepto de proceso constituye la otra cara del proyecto visto desde la perspectiva del paciente: un proceso que puede ser descrito en términos clínicos pero también en términos institucionales en función de los nodos de la red del servicio con los cuales contacta. El Centro de Salud Mental, el Servicio Hospitalario de Diagnóstico y Tratamiento, el Centro de Día, Estructuras intermedias, son algunos nodos de esta red. La visita domiciliaria representa uno de los nodos de esta red. Un nodo, sin embargo, particularmente problemático porque nos hace sentir como profesionales «alejados» respecto de nuestros conocimientos técnicos y profesionales y también fuertemente requeridos en el contacto con la dimensión íntima de la vida de las personas.

UN NUEVO LUGAR DE INTERVENCIÓN: EL DOMICILIO DEL PACIENTE

Una joven llega al ambulatorio con una petición de internamiento con tratamiento sanitario obligatorio para la madre. Después de que la madre presentase durante meses signos cada vez más evidentes de alteración psíquica, el médico de familia se ha alarmado: ha preparado una propuesta de tratamiento sanitario ambulatorio y aconseja a la hija que acuda al servicio de psiquiatría. ¿Cuándo ha comenzado a estar mal la madre?, ¿cómo han aparecido los primeros trastornos?, ¿qué cosas le han hecho pensar que había cambiado y que estaba mal? Ante preguntas de este tipo la muchacha parece insegura, sorprendida, como si esperase simplemente la ratificación de una práctica burocrática ya decidida. Al final decidimos vernos al día siguiente en casa de la madre; ella se encargará de avisarla. La visita domiciliaria concluirá con un internamiento voluntario en el servicio de hospitalización.

La madre de un paciente esquizofrénico crónico seguido durante años por el servicio, ya de forma ambulatoria ya en el curso de distintos intentos siempre abortados de inclusión en un centro de rehabilitación, telefona solicitando una visita domiciliaria urgente. Esta muy angustiada. Hace unos días que el hijo, que desde hace tiempo vive recluido en su habitación, ha incrementado su aislamiento: se niega a comer en la mesa con los padres, come por cuenta propia eligiendo él mismo los alimentos de acuerdo con su «sexo»; por la noche habla excitado con periodistas célebres que le roban el pensamiento mediante sofisticados aparatos instalados en su habitación, convertida en el centro de un mundo a la vez megalomaniaco y persecutorio.

Una paciente con un florido delirio de estructura parafrénica rechaza desde hace tiempo cualquier contacto con los psiquiatras. Después de un largo trabajo de acercamiento que ha pasado por etapas muy prolongadas de grave abatimiento en las cuales el único contacto posible era a través de la puerta cerrada de casa, la paciente es ahora visitada semanalmente por un enfermero psiquiátrico que se ocupa «globalmente» de ella, en condiciones de aparente ambigüedad. La impresión es que, aunque sabe que quien la visita es un enfermero del servicio de psiquiatría, prefiere creer que la visita tiene que ver con una especie de asistencia domiciliaria indicada por los servicios sociales. El enfermero, que por su elevada preparación puede moverse con gran flexibi-

lidad, sin tener que «aferrarse» a un rol rígidamente definido utilizado como una especie de escudo defensivo, desarrolla desde hace años y con gran sensibilidad un trabajo de continua reconstrucción de las relaciones sociales interrumpidas o precarias: tranquiliza a los vecinos alarmados por los improperios que la paciente dirige a sus perseguidores, cuida las relaciones con los comerciantes del barrio, tiene contactos con los servicios sociales del barrio, etc. La mujer, que se encuentra sola en el mundo, en su casa parece perfectamente capaz de atenderse a sí misma y de organizar su vida. Los problemas surgen con ocasión de alguna relación con el mundo externo: la compra, el cobro de la pensión, realizar pagos, trabajos en la fachada de su casa, etc. En ausencia de una atención «reticular» de este tipo, hecha posible gracias al alto nivel de solidaridad y aceptación existente en el barrio, como si se tratara de un pequeño país dentro de la ciudad, la única alternativa sería la de su internamiento en una institución. Alternativa altamente problemática porque debería realizarse contando con la férrea oposición de la paciente. La situación podría entonces complicarse con un internamiento psiquiátrico, acaso con un tratamiento sanitario obligatorio, con el riesgo de que las áreas de autonomía conservadas se desmoronasen como un castillo de naipes de una vez para siempre.

En el transcurso de una visita domiciliaria a un muchacho en fase de grave desestructuración esquizofrénica, el médico psiquiatra y el enfermero se retrasan para hablar con el hermano del paciente. La intención es hacerle consciente de la gravedad de una situación que toda la familia parece infravalorar. Se advierte, con estupor, que el hermano, que pasa la mayor parte del tiempo con sus libros, vive inmerso en un complejo sistema delirante de carácter pseudocientífico. De la sensación de estar pisando un terrero muy resbaladizo surge la necesidad de repensar globalmente la intervención del servicio en relación con la familia.

El domicilio del paciente constituye un lugar relativamente nuevo de intervención, no previsto en el sistema asistencial manicomial. Su aparición sobre la escena se produce en paralelo a la involución del modelo hospitalocéntrico: a la vez que el manicomio ha reducido su influencia han aparecido áreas de intervención anteriormente sumergidas. El manicomio y el hogar del paciente son desde este punto de vista polos opuestos e incompatibles: en tanto que existe el primero no hay espacio para el segundo. En el hospital psiquiátrico el domicilio del paciente constituía una fugaz comparsa en los comienzos de la carrera institucional [...]. Se difuminaba rápidamente en el horizonte indefinido y atemporal de la institucionalización, salpicado de altas de «prueba» o por «experimentar».²

En este sentido la visita domiciliaria y los problemas que conlleva constituyen el producto de una evolución en la asistencia. Las primeras visitas domiciliarias tenían como objetivo el control del estado de salud del enfermo dado de alta «a modo de prueba» del hospital psiquiátrico sobre todo con el fin de valorar la oportunidad de la concesión de una ayuda económica. Con el tiempo la visita domiciliaria ha adquirido una nueva fisonomía, ya que por su carácter muchas veces incierto, ambiguo, fluctuante entre modelos de referencia distintos, y también por la amplia gama de situaciones posibles, ha sido difícil considerarla objeto específico de estudio. Ello no

impide, todavía, individualizar algunos aspectos fundamentales entorno a los cuales orientar la reflexión.

Los ejemplos antes reseñados presentan algunas situaciones típicas que pueden presentarse a los trabajadores de un servicio comunitario de psiquiatría, todas dispuestas a lo largo de un *continuum* que abarca desde la urgencia-emergencia al problema de la toma a cargo prolongada de los pacientes crónicos. Con la tentativa de dar cuenta de esta realidad huidiza y variada se han intentado varias «clasificaciones» de las visitas domiciliarias. Lastrucci,³ por ejemplo, distingue: 1) visita domiciliaria sanitaria, caracterizada por la prevalencia del modelo médico; 2) visita domiciliaria asistencial: el modelo subyacente, complementario del modelo médico, aprecia en la enfermedad un déficit permanente y el objetivo de la intervención es favorecer una mejor adaptación a la enfermedad; 3) visita domiciliaria institucional: responde a una función de control social y a la exigencia del servicio de salvaguardarse del riesgo de negligencia en relación con la delegación social del control; 4) visita domiciliaria relacional en la que el foco se centra en la modalidad de relación en el interior de la familia; 5) visita domiciliaria rehabilitadora, con la que se intenta estimular la recuperación de capacidades y funciones perdidas mediante una tarea de aprendizaje y sostén ambiental. Estos cinco tipos diferentes de visitas domiciliarias son todavía el fruto de una disección muy esquemática de una realidad que está, en cambio, casi siempre constituida por un conjunto de estos elementos. Estos tipos podrían verse sin embargo como ingredientes de la mayor parte de las visitas domiciliarias. Cuando uno de estos elementos fuera dominante podrían excepcionalmente producirse tipos «puros» de visita domiciliaria, como aquellas señaladas por Lastrucci. Pero se trata de una Excepción y no de la regla. Una clasificación de este tipo, todavía, muy distante de una experiencia en la cual los diversos elementos tienden a englobarse y sobreponerse, revelan la utilidad de promover un mayor conocimiento sobre como una visita domiciliaria responde a exigencias y proyectos de distinto orden habitualmente interrelacionados entre sí. ¿Cuánto de cada visita domiciliaria responde a exigencias de tipo médico? ¿Cuánto a exigencias de orden asistencial, institucional, relacional o rehabilitador?

Según los modos y tiempos con que se realicen, se diferencian visitas domiciliarias urgentes y visitas domiciliarias programadas. En el primer caso el punto de inicio es la presunta no colaboración del paciente, es decir la falta de disponibilidad para solicitar ayuda por su propia cuenta. En el segundo caso, sin embargo, la visita domiciliaria se inserta en un proyecto terapéutico ya definido, orientado a favorecer las posibilidades evolutivas del paciente y sus capacidades de relación adaptativa con el trastorno. Existen distintas visitas domiciliarias solicitadas directamente por el usuario y visitas domiciliarias requeridas por otro demandante. Usuario es quien solicita alguna cosa para sí, demandante sin embargo es «el que solicita del servicio alguna cosa que tiene relación con algún otro, el que ‘encarga’ una prestación».⁴⁻⁶ En este último caso (aquel en el que una petición proviene de un tercero que representa en ocasiones a un pariente, al médico de familia, a una institución o a otro servicio), se plantea de forma más radical el típico dilema de la visita domiciliaria, pues es necesario aclarar previamente también la posición con el paciente de quien realiza el trámite.

EL DILEMA DE LA VISITA DOMICILIARIA

El dilema más típico ante la petición de una visita domiciliaria es: ¿ir o no ir? El carácter dilemático de la demanda, que se plantea como un todo o nada, parece dejar poco espacio para otras consideraciones y da cuenta del típico clima constrictivo que se instaura en todas las situaciones de urgencia-emergencia. La sensación de ser puestos frente a alternativas radicales, como si no pudiéramos sustraernos a un destino ineludible. En estas situaciones hay que enfrentarse, en efecto, a un precipitado de problemas, con aquello que Racamier llama una «amalgama».⁷ El carácter de incremental propio de todas las situaciones de crisis lleva a una extensión de la crisis en anillos concéntricos, con la progresiva implicación de más personas o servicios, una típica escalada sostenida por las expectativas de una intervención resolutoria demandada a una entidad externa a la cual una y otra vez se reenvía. Casi como cuando recorriendo una carretera se deja a la propia duda la posibilidad de tomar vías laterales y recorridos alternativos, cada cruce que se deja canaliza la situación en un ámbito siempre más definido y restrictivo en el cual una presión convergente parece en un cierto momento conducir a una única posible solución. En este punto es difícil o imposible volver sobre los propios pasos, hacerse cargo de la situación e intentar un análisis de las diversas posibilidades. En esto se manifiesta el efecto constrictivo de la demanda de visita domiciliaria cuando ha sido por ejemplo formulada por el médico de familia o por el servicio social y llega al servicio, un poco como en el primer ejemplo clínico, ya configurada de modo tan preciso que resulta limitativa, como en el caso de una propuesta de tratamiento sanitario obligatorio que no ha sido discutida ni valorada conjuntamente en un momento anterior. De este modo no solo se da por cierto que la paciente no se muestra disponible para una visita ambulatoria (conclusión que se revela cuando menos un poco precipitada), sino también que es necesario un ingreso hospitalario y que este, vista la presupuesta no colaboración, debe asumir la forma del tratamiento sanitario obligatorio. Así a partir de una premisa (no verificada) el resto de la intervención se articula con medidas aparentemente consecuentes y previamente ordenadas que acaban sin embargo por dar vida a una historia y a una relación que podrían haber sido distintas, si hubiera resultado posible no apresurarse a concluir que las cosas son solo como parecen.

Frecuentemente se coloca a los trabajadores frente una tarea imposible: no dar por supuesto lo que parece, no considerarlo un hecho ineludible e intentar remontarse hacia atrás en la carretera recorrida para valorar la posibilidad de encontrar una salida que pudiera haber sido mejor. Por ejemplo, si hubiera preguntado: «¿Cuáles son los elementos que hacen pensar que la paciente no está disponible para una visita ambulatoria?», si se hubiera conocido por la hija que la madre había estado ingresada un año antes en un servicio médico y que en los últimos meses había vuelto por iniciativa propia a una psicóloga por un malestar impreciso. La imagen diamantina de la no colaboración habría entonces comenzado a mostrar algunas grietas a través de las cuales ensayar la posibilidad de establecer una relación distinta. La no colaboración viene a menudo erróneamente concebida como un dato inmodificable, adquirido de

una vez por todas, como si existieran dos categorías separadas (pacientes no colaboradores y colaboradores) y no más bien dos agrupamientos en continua reorganización, separados por una membrana permeable en los dos sentidos. La así llamada no colaboración es de hecho (y sobre todo) una variable relacional, en estrecha resonancia con el tipo de relación que se estructura en el tiempo entre aquel trabajador y aquel paciente y por tanto abierta a todas las posibles vicisitudes de cada relación humana. No puede ser hipotetizada de forma invariable sino es al precio de la amputación de otras y diversas posibilidades evolutivas.

Con Petrela y Bezoari⁸ debemos recordar que cada demanda debe considerarse como «una apertura sintomática de una comunicación que debe ser interpretada y comprendida antes de plantear una respuesta activa». Esta función de escucha y de elaboración crítica es frecuentemente puesta a prueba por «llamadas que evocan situaciones de emergencia». Se trata de situaciones bastante típicas en las cuales la petición de visitas domiciliarias provienen de un tercero (el demandante). En estos casos es necesario que el demandante no se limite a pedir una intervención sino que se haga también portavoz de un malestar que no es solo propio sino también reflejo de aquel del paciente. Iniciar con el demandante la recogida de información que, aunque sea externa, pueda darnos una idea de las condiciones del paciente, nos permite comenzar a representarlo, a imaginarlo en su ambiente y en sus relaciones. En el caso de que la demanda, como con frecuencia ocurre, provenga de los padres o parientes próximos, la cualidad y la cantidad de las informaciones podrán ser mejores, pero, siendo más intensa la implicación, será también mayor el riesgo de un posible uso «de parte» de la intervención del psiquiatra, visto no como elemento de una posible transformación evolutiva sino como una ocasión para sancionar una situación ya consolidada. Una entrevista en profundidad con el demandante en algunos casos hará inútil la visita domiciliaria; en otros casos la aproximación del paciente al servicio ambulatorio será posible solo después de un trabajo preliminar llevado también a cabo con los familiares. No es raro en efecto que una serie de encuentros con los familiares de un paciente desconocido para el servicio haga posible lo que en un primer momento parecía imposible, es decir que el paciente solicite el mismo una visita en el centro. Como si hubiera sido necesario hacer «madurar» esta necesidad en el paciente pero sobre todo afinar la capacidad de los familiares para acoger y ayudar al paciente expresarlo.

El dilema en el que la visita domiciliaria parece encontrarse se transforma así en un problema, desmenuzando la aparente rigidez del todo o nada mediante la valoración de cada fragmento de información disponible. Las alternativas radicales tienen de hecho un efecto deslumbrante y, mientras nos impiden captar algunos aspectos de la realidad, nos hacen evidentes y demasiados concretos algunos otros. Cualquier decisión, antes de ser tomada, debe contar con la posibilidad de intentar ampliar el campo de visión cuanto sea posible, con la esperanza de que sea posible encontrar elementos útiles para la construcción de una relación que tenga algunos elementos de consenso. Todo ello hace pensar que en la fría noción de no colaboración se encuentra la posibilidad, siempre fatigosa y comprometida, de intentar un acercamiento a la realidad interna del

paciente más compleja, menos homogénea y más contradictoria, pero sustancialmente más rica.

LOS «ORGANIZADORES» DE LA VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria constituye una «experiencia de radical alejamiento con respecto al marco teórico-práctico en el que [los psiquiatras] están habituados a inscribir sus operaciones cognoscitivas y terapéuticas. [...] Saliendo de las áreas protegidas del hospital y del ambulatorio y desplazándose al entorno vital de los usuarios, los psiquiatras afrontan una aventura que pone a prueba, metiéndola en discusión, su propia identidad».⁸ Cutler,⁹ subraya como la mayor parte de los psiquiatras no han empezado todavía a trabajar fuera de los propios ambulatorios y acaso precisamente por este motivo la visita domiciliaria es un instrumento importante pero infrautilizado de la psiquiatría comunitaria.¹⁰ La visita domiciliaria solo tiene sentido en el marco de un «modelo reticular» en el cual exista la doble posibilidad de poner el foco de la intervención, bien sobre el individuo sufriente, elegido como un nodo bien localizado de la red en correlación con otros nodos, bien sobre un malestar visto como un fenómeno difuso en el interior de la retícula.¹¹ En cierto sentido, en la visita domiciliaria toma cuerpo un aspecto sobresaliente del modelo de la psiquiatría comunitaria: el paso de una relación dual a una relación triádica, que contemple a saber, además de al paciente y al médico, la casa del paciente, su familia, y su vida relacional ya no más encasillada en el interior del manicomio.

Más que una clasificación de los diversos tipos de visitas domiciliarias es útil definir una serie de puntos de referencia, de «organizadores» que permitan leer y valorar los elementos que tenemos a nuestra disposición según al menos tres ejes, con el conocimiento de base de que nuestras observaciones resultarán habitualmente parciales. ¿Cuáles son los elementos relevantes y como se integran entre ellos? Mediante el entrecruzamiento de tres claves de lectura se podrá recabar, al menos en una primera aproximación, una imagen de la persona, de la familia o del grupo que solicita la intervención, tantear la realidad que se encuentra detrás de la petición de visita domiciliaria y valorar la oportunidad o no de dar curso a la demanda.

El eje psicopatológico

La no colaboración, entendida como la falta de disponibilidad del paciente para acercarse al centro, es uno de los puntos cardinales de la visita domiciliaria, sobre todo en los casos urgentes. Desde este punto de vista la visita domiciliaria aparece siempre conectada a una situación de crisis en el sentido de que «el núcleo irresuelto e irresoluble, fundamental en la intervención domiciliaria es, desde nuestro punto de vista, una imposibilidad del paciente para acercarse al terapeuta».¹² El marco de referencia psicopatológico, apunta más al plano de las experiencias vividas que a las

expresiones comportamentales de los síntomas, puede permitir, también a partir de vivencias por decirlo así «de segunda mano», orientarse para comprender si nos encontramos o no en el área de la psicosis que constituye, desde el punto de vista nosográfico, el ámbito de aplicación de mayor prevalencia de este tipo de intervención. En este caso la cualidad psicótica de la supuesta no-colaboración llevará a ponerla en relación con la pérdida de contacto con la realidad, con la rotura de la coexistencialidad en una persona que tiende a cerrarse en un mundo delirante alternativo a la realidad consensuada. Un intento de enfocar el caso desde el punto de vista psicopatológico podrá también permitirnos valorar cual puede ser la relación entre la urgencia clínica y la emergencia social, es decir cuanto de la alarma suscitada en el familia puede ponerse en relación con la urgencia del cuadro clínico. No se puede no estar de acuerdo con Asioli¹³ cuando escribe que en psiquiatría la diferencia entre una urgencia definida a partir del cuadro clínico y una emergencia caracterizada por la rotura de un equilibrio ambiental, también denominada pseudo-urgencia o emergencia social, tiene solo un valor académico por el casi constante «entremezclarse de aspectos sociales con problemas de naturaleza clínica». No siempre, en efecto, la alarma generada en los familiares es directamente proporcional a la gravedad clínica. Por ejemplo, un incremento de la prodigalidad en un paciente al comienzo de una fase maníaca puede suscitar más alarma social que una grave inhibición psicomotora en el contexto de una depresión melancólica con alto riesgo de suicidio.

El eje relacional

Se trata de comprender «cuanto la demanda expresa una necesidad de ayuda para hacer frente a un problema crítico aparecido en el grupo y cuanto, en cambio, conlleva una petición de expulsión del malestar individualizado en un único miembro». ⁸ En el segundo caso la demanda de visita a domicilio se inserta en una situación conflictiva familiar tras la que existe un gran riesgo de ser utilizados para sancionar una situación de hecho. Se trata de familias que mantienen habitualmente una ligazón lábil con el servicio y que se refugian de lo que advierten como un excesivo acercamiento. Intermitentemente, cada vez con intervalos de meses, uno de los padres (siempre el mismo) se hace presente para señalar un agravamiento del paciente. La petición de visitas domiciliarias para el hijo deja fácilmente paso a una petición de entrevista para sí mismo, centrada sobre los graves problemas de convivencia que se producen en la familia a consecuencia de la enfermedad del hijo. Más frecuente es que el trastorno mental del paciente sirva para congelar un malestar difuso de la familia, una relación alterada entre los cónyuges que sin embargo raramente es explícita. La petición de visitas domiciliarias parece aquí establecer una tranquilización en el sentido de permitir individualizar la fuente real del malestar de la familia en el pariente enfermo sin que sea posible encontrar en esta petición una fuerza de cambio.

Teniendo los ojos bien abiertos sobre estas posibles configuraciones de la relación, no se necesita sin embargo olvidar que la visita domiciliaria repetida y programada,

como por ejemplo en el caso de pacientes psicóticos crónicos, se realiza bien al paciente bien al propio grupo familiar por el alto nivel de sufrimiento y angustia que la familia está obligada a soportar y que no siempre se atreve a expresar. Nos encontramos a muchos años luz del modelo simplificador de la «madre esquizofrenógena» que, negando el sufrimiento de los padres de un psicótico e imputándoles la «culpa» de la enfermedad del hijo, aparece ahora como una de las últimas ramificaciones de una visión mágica por la que la enfermedad se encuentra invariablemente en conexión con alguien culpable.

Es una observación frecuente que «la visita domiciliaria por sí, independientemente de los contenidos y de la modalidad específica, representa un factor muy eficaz de estabilización, diríamos casi de pacificación de los intensos estados de alteración emocional que la hacen necesaria»,¹⁴ probablemente porque permite confiar al médico una atmósfera y un clima emotivo alterado. La expectativa es que la presencia del médico o del trabajador en casa del paciente permitirá realizar una especie de integración transitoria del contradictorio y fragmentado clima emocional, que podrá entonces funcionar un poco como un aparato para la circulación extracorpórea con cuya ayuda superar los momentos más críticos.

El eje temporal

¿En que momento del recorrido del paciente se plantea la intervención? ¿Después del alta del Hospital Psiquiátrico? ¿En una fase aguda que constituye la ocasión para un primer contacto con el servicio (visita domiciliaria urgente)? ¿Después del alta del servicio psiquiátrico hospitalario? ¿En una fase en la que el paciente es seguido por el servicio ambulatorio o incluido en un proyecto rehabilitador (visita domiciliaria programada)? En cada uno de estos diferentes momentos el «foco» de la intervención deberá adaptarse a diversos objetivos. Mientras que una visita domiciliaria a un paciente dado de alta después de muchos años de estancia en un hospital psiquiátrico tendrá como objetivo la evaluación y sostén de la capacidad de autonomía y de inserción en la comunidad, en el caso de un paciente seguido ambulatoriamente la visita domiciliaria podrá, por ejemplo, tener el objetivo de reforzar el hilo de una relación que en un momento crítico tiende a interrumpirse, o bien podrá parecer más importante, en ese momento, desarrollar una función de reaseguración de las relaciones de la familia en su conjunto, tal vez con el fin de disminuir la presión de una excesiva estimulación familiar sobre el paciente.

Estos y otros innumerables posibles ejemplos nos dan la medida de la necesidad de un servicio de psiquiatría comunitaria, de «diseñar el circuito asistencial entorno al recorrido del paciente, y no al revés». ¹⁵ En este sentido ensayar simultáneamente en tres ámbitos tan importantes de la vida del paciente permite representarse un recorrido entorno al cual moderar la intervención.

EL MITO DE LA VISITA DOMICILIARIA: ENTRE LA REVELACIÓN Y EL VOYEURISMO

La visita domiciliaria se ha definido como un particular tipo de *setting*, «un espacio temporal en el que es posible instaurar una relación terapéutica».¹⁶ La ideología dominante en algunos servicios de la «visita domiciliaria a ultranza» ha llevado a individualizar en la casa del paciente el lugar en el que reconducir cada intervención del servicio (terapia, asistencia, rehabilitación, etc.). De este modo se crea la ilusión de una suerte de realidad virtual en la cual se esconde la pérdida de la esperanza de que el paciente pueda ser ayudado a entrar (o a reentrar) en contacto con una realidad más articulada y compleja. En este caso se instaura una «relación interminable» en la que — como escribieron Fausto Petrella y Michele Bezoari—⁸ visitas domiciliarias repetidas acaban por mantener al paciente en una posición de dependencia perenne sin que puedan percibirse esbozos evolutivos: «el equipo [se] constituye como sustituto, en vez de como mediador, de la realidad social con la cual [el paciente] tiene dificultades de relación».

Por el contrario otros servicios tienden a negar la importancia de la visita domiciliaria o a devaluarla sin rodeos con vagas argumentaciones centradas en el imperativo categórico de la petición voluntaria y explícita de una intervención por parte del paciente. Valorizar el rol del paciente y sus posibilidades de elección autónoma constituye unos de los principios cardinales de la psiquiatría comunitaria; transformarlo en un imperativo categórico inviolable quiere decir sin embargo caer en la ideología entendida como «sistema de ideas que resiste a la información»,¹⁷ significa negarse por principio a acceder a una realidad ciertamente desagradable y ansiógena, exponiendo a los trabajadores sin otro motivo a una «experiencia de radical extrañamiento».⁸ Este uso perverso de los principios inspiradores de la ley 180 ha hecho difícil, en algunos casos imposible sin más, que un paciente psicótico y su familia puedan ser seguidas también mediante intervenciones a domicilio.

En oposición a estas posiciones extremas se hace presente que el «vector» de la visita domiciliaria va siempre orientado hacia el exterior, en dirección centrífuga, de tal manera que se asegure la existencia de un «factor autolimitante» de la intervención domiciliaria. La visita domiciliaria se considera en efecto como una etapa de un proyecto ideal tendente a devolver al paciente el contacto con la realidad externa, a poder entonces valerse en el futuro de instrumentos que el servicio puede poner a su disposición fuera de su propia familia. En este sentido esta constituye un medio y no un fin y desarrolla una función de mediación y no de sustitución de la realidad. No se puede prescindir de esta tensión ideal, sobre todo en aquellos casos en los que una serie de visitas domiciliarias repetidas en el tiempo no parecen producir ningún cambio significativo. En el contacto con los pacientes descritos como inaccesibles y petrificados, «inaccesibles porque escapan a todo contacto con el mundo de la realidad; petrificados no solo desde el punto de vista de la limitación de la actividad, sino sobre todo porque replegados, inmersos en su 'existencia autística'»,¹² la esperanza y las expectativas de los trabajadores resultan esenciales para animar la intervención, de la

misma forma que un programa de intervención domiciliaria también prologado en el tiempo puede constituir la base de una profundización y ampliación de la relación.

La función psiquiátrica —ha escrito Adolfo Pazzagli—¹⁸ se caracteriza actualmente por el actuar y el aceptar los significados manifiestos y los latentes de la comunicación: «el método de la psiquiatría es el de actuar pero también de comprender y, de diversas formas, comunicar al paciente los diversos niveles de significado del actuar para su mundo interno y sus relaciones». Sin este conocimiento, la visita domiciliaria ya peligrosamente escorada hacia el hacer, corre el riesgo de quedarse en puro hacer sostenido por la esperanza de «ver con los propios ojos» en el domicilio del paciente algunas cosas esenciales o reveladoras.

Giuseppe Maffei¹⁹ ha subrayado algunas posibles fuerzas voyeurísticas de una visita domiciliaria movida por el deseo de conocer sobre el terreno lo que no ha sido posible conocer en la relación. En efecto, ir a ver lo que sucede en casa del paciente constituye un aspecto sobresaliente de la visita domiciliaria, centrado sobre la necesidad de ver, sobre la fantasía de desvelar una realidad cerrada, inaccesible y secreta. Este es el «mito de la visita domiciliaria»: caer en el error de considerar el domicilio del paciente como el lugar de revelación de un secreto que es huidizo en la clínica.²⁰

Como ha escrito Karl Löwith:²¹ «lo que el 'mobiliario' da a entender a la mirada del Hombre es nada más que el Hombre [...] a quien pertenece dicho mobiliario». Lo que se encuentra en casa del paciente es una atmósfera, un clima relacional o el contacto con una enfermedad mental aguda que implica un compromiso polisensorial. Se trata del efecto de «captura-englobamiento» determinado por la «potente activación de funciones perceptivo-sensoriales, de carácter visual», que configuran una especie de «bombardeo sensorial-perceptivo» difícil de elaborar.¹⁴ En este sentido la expectativa de encontrar en el domicilio del paciente alguna cosa que pueda desvelar algún elemento secreto pero esencial esta destinada a ser frustrada: la visita domiciliaria tiene frecuentemente un alto impacto emocional pero un modesto valor cognoscitivo en el plano de la clínica. Lo que si «se conoce» es más bien que hacer con el propio comportamiento contratransferencial, con la propia modalidad de vivir el efecto perturbador de una inmersión en la locura no mediada preferentemente por la escucha sino por un arrastre polisensorial que de ello hace una experiencia por así decirlo «de toma directa».

Ver a una mujer esconderse debajo de la mesa para escapar al ojo electrónico de las telecámaras imaginarias que llenan su cocina supone evidentemente un compromiso muy distinto del que supone la petición de escucha de la misma vivencia delirante referida en el ambulatorio. La visita domiciliaria permite ver una situación así de dramática; pero consiste realmente en la apertura de una comunicación, conlleva la posibilidad de promover una transformación: del asistir a lo que se dramatiza bajo nuestros ojos a la participación en una vivencia que aquí viene narrada. Desde este punto de vista ver cualquier cosa es solo el primer paso para relatar cualquier cosa junto con el paciente. Una experiencia que puede ser narrada, precisamente porque presupone la existencia de una parte observadora del Yo no arrebatada por la angustia, puede ser reconducida en el cauce de una relación y de un proyecto terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foresti G, Rossi Monti M. La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici. *Psicoterapia e Scienze Umane*. 2002;XXXVI(3):65-81
2. Ambrosi P, Berlincioni V. Il servizio di Salute Mentale e la visita domiciliare. In: De Martis D, Petrella F, Ambrosi P (editores). *Fare e pensare in psichiatria*. Milano: Cortina; 1987.
3. Lastrucci P. Introduzione al Convegno 'La Visita Psichiatrica a domicilio'. *Fogli di Informazione*. 1989;146:13-6.
4. Bonner Y, Ponsi M. La domanda nei Servizi Psichiatrici pubblici. *Psicoterapia e Scienze Umane*. 1981;1:56-81.
5. Jervis G. *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli; 1975.
6. Ponsi M, Bonner Y. Modelli di malattia mentale e di intervento psichiatrico. *Psicoterapia e Scienze Umane*. 1979;3:47-68.
7. Racamier PC, Taccani S. Il lavoro incerto, ovvero psicodinamica del proceso de crisi. Pisa: Edizioni del Cerro; 1986.
8. Petrella F, Bezoari M. La psichiatria a casa del paziente: una nuova area operativa e conoscitiva. En Lang M. (editor). *Strutture intermedie in psichiatria*. Milano: Cortina; 1982.
9. Cutler DL. Community residential options for the chronically mentally ill. *Community Ment Health J*. 1986;22:61-73.
10. Kates N, Webb S, Lepage P. Therapy begins at home: the psychiatric house call. *Can J Psychiatry*. 1991;33:673-6
11. Petrella F, Bezoari M. Modelli semiologici per la nuova cultura psichiatrica territoriale. En: De Martis D, Petrelli F, Ambrosi P (editores). *Fare e pensare in psichiatria*. Milano: Cortina; 1987.
12. Gozzetti G, Cappellari L. La gestione extraospedaliera dell'acuzie. En: Asiola F, Ballerini A, Berti Ceroni G (editores). *Psichiatria nella comunita. Cultura e pratica*. Torino: Bollati Boringhieri; 1993.
13. Asiola F. *Le emergenze in psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1984.
14. Correale A, Cinciripini C, Pilo Boyl C. Notte sulla visita domiciliare. *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*. 1989;7:101-8.
15. Laszlo P, Stanghellini G. La vulnerabilit  e il suo impatto sui Servizi. En: Asiola F, Ballerini A, Berti Ceroni G (editores). *Psichiatria nella comunita. Cultura e pratica*. Torino: Bollati Boringhieri; 1993.
16. Ardito P, Ferrara M. La visita domiciliare. Quale contesto metodologico? En: Graziosi K, Rebecchi E, Spiredi V (editores). *Psichiatria senza manicomi*. Bologna: CLUEB; 1991.
17. Lupasco P. *L' nergie et la matiere vivante: antagonisme constructeur et logique de l' heterogene*. Paris: Julliard; 1962.
18. Pazzagli A. Tra acogliere ed agire. En: Giberti F. (editor). *L' identit  dello psichiatra*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1982.
19. Maffei G. Voyeurisme, collusione e progettualit  nelle visita domiciliare. En: Del Pogetto G, Lastrucci P, Scatena P (editores). *Atti del convegno "La visita psichiatrica a domicilio"*. *Fogli di informazione*. 1989;146:79-90.
20. Del Pistoia L. Discussione. En: Del Pogetto G, Lastrucci P, Scatena P (editores). *Atti del Convegno "La visita psichiatrica a domicilio"*. *Fogli di informazione*. 1989;146:91-2.
21. Löwith K. *Das individuum in der Rolledes Mitmenschen*. Darmstadt, Wiss: Buchgemeinschaft; 1969.