

La visita domiciliaria dentro del Programa de reinserción de pacientes crónicos

(Comunicación al Simposio sobre «Experiencias de Psiquiatría en la Comunidad»)

T. ANGOSTO SAURA (*)
E. PEREZ MARTIN ()**
J. PEREZ MONTORO (*)**

INTRODUCCION

El presente trabajo ha sido realizado estudiando la posible influencia que la Visita Domiciliaria ha tenido en la reinserción de los pacientes, que fueron trasladados del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo al Hospital Psiquiátrico Rebullón en tres tandas y que podríamos llamar pacientes institucionalizados, crónicos o manicomializados.

Dichos pacientes, con un promedio de internamiento de 17 años (siendo el máximo de 38 y el mínimo de cuatro), en su mayoría han perdido tanto en la familia como en la comunidad originaria, su sitio. Pero ese lugar vacío que físicamente dejaron cuando fueron internados, ha sido llenado por una fantasía colectiva, familiar o comunitaria, en la que prevalece como fundamental el miedo, tanto al «loco» como a lo que podría ser la locura fantaseada de cada uno.

A veces los miedos han sido motivados por hechos reales que más tarde la fantasía ha acrecentado. Otras veces, esta fantasía ha elaborado como real algo que sólo tuvo posibilidad de existir pero que nunca existió.

La familia, los amigos, la comunidad, como último acto para recobrar la homeostasis, ingresan al paciente en una institución protectora que les dará seguridad y equilibrio.

Comienza así un proceso de llenado y pérdida en la realidad. El vacío va a ser llenado por un personaje nuevo: sobrino, hermano emigrado, cuñado, etcétera. El internado perderá sus pertenencias: su cama, su ropa, su habitación..., pasarán a ser de otros o simplemente desaparecerán. Si alguna vez este nuevo personaje es un enfermo mental, la reinserción va a ser muy difícil, no sólo porque ha ocupado su espacio físico, sino porque hará patentes en la realidad las fantasías familiares con respecto al otro.

En lo imaginario ese lugar será llenado por una fantasía colectiva, por un fantasma que cada uno portará del paciente loco. Esta fantasía será la primera y principal dificultad de nuestra labor de reinserción.

Una vez dentro de la institución total, en el sentido de GOFFMAN, el paciente va a estar sometido a una serie de procesos ya conocidos por todos: regresión, pérdidas a todos los niveles: psíquicos, físicos, sociales... y, como dice M. MANNONI: «En la medida que la institución no permite que

(*) Psiquiatra.

(**) Asistente Social.

(***) Psiquiatra.

(Del Hospital Psiquiátrico Rebullón).

las emociones se traduzcan en una especie de reorganización dialéctica, fijan al paciente en defensas de carácter estereotipado presentándose ante nosotros con su vestimenta de locura que le hemos impuesto».

Aparecerá una nueva enfermedad, la Neurosis Institucional, que en algunos casos podría ser llamada psicosis por la gravedad que alcanza. Así, no será sólo la familia quien no desea que abandone la institución sino el propio paciente, que se niega rotundamente a salir y sufre graves descompensaciones ante la amenaza del alta, vivenciada como abandono. En algún caso grave de Neurosis Institucional hemos tenido que recurrir a medidas legales para conseguir la reinserción social del paciente.

LA VISITA DOMICILIARIA: APROXIMACION GLOBAL

Iniciamos la exposición de los aspectos esencialmente técnicos de nuestra comunicación, tipificando brevemente determinadas categorías de visitas domiciliarias acerca de las cuales poseemos una cierta experiencia práctica.

Estas son:

- a) Visita para intervención en crisis.
- b) Visita de información o contacto.
- c) Visita de control ambulatorio.

Respecto de la visita para *intervención en crisis*, nos limitaremos a pergeñar algunas de las características más frecuentemente derivadas de nuestra praxis:

— Guarda relación íntima con nuestra concepción asistencial de «toma a cargo», para lo cual previamente

el dossier del paciente en cuestión ha sido señalado con una tarjeta roja que advierte a los equipos de que dicho paciente está en situación de toma a cargo; es decir, la visita de intervención se reserva generalmente a pacientes conocidos y vinculados a un compromiso asistencial previo.

— Entendemos que el desarrollo de este tipo de visitas es singularmente irregular, atreviéndonos a calificarlo de «asilvestrado» y apuntando algunas razones que configuran esta impresión:

1. La inespecificidad profesional, ya que los equipos no son fijos ni han recibido una preparación especial para este trabajo.

2. Los problemas de continuidad asistencial, derivados de las contradicciones ideológicas y económicas del programa psiquiátrico comunitario.

3. La existencia de mínimos o nulos soportes terapéuticos en la comunidad.

— Sin haber realizado ninguna evaluación sistemática de los resultados, podríamos calificarlos como aleatorios, con al menos una patente constatación objetiva: la disminución del dramatismo de la hospitalización que, suele finalmente culminar el proceso de intervenciones y, la instauración progresiva de unas relaciones socio-comunitarias menos distorsionadas que en los habituales contactos hospitalarios.

La visita de *información o contacto*, suele referirse con exclusividad a la Asistencia Social, y la de *control ambulatorio* la reservamos para pacientes con objetivas dificultades de acceso periódico al Hospital o Ambulatorio, con abandonos reiterados de trata-

miento o interrupción de contactos. Ambas modalidades guardan estrecha relación con la secuencia operativa que describiremos a continuación, a propósito de la reinserción de pacientes crónicos.

LA VISITA DOMICILIARIA DENTRO DEL PROGRAMA DE REINSECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

Como habíamos adelantado en la introducción, el Hospital Psiquiátrico Rebullón ha recibido gradualmente en los tres últimos años un total de 90 pacientes crónicos, naturales y/o residentes de la provincia de Pontevedra.

Los equipos sectoriales se han planteado con insistencia los diversos modelos técnicos apropiados al tratamiento de pacientes crónicos, concluyendo un «programa» de rehabilitación que en líneas generales podríamos resumir:

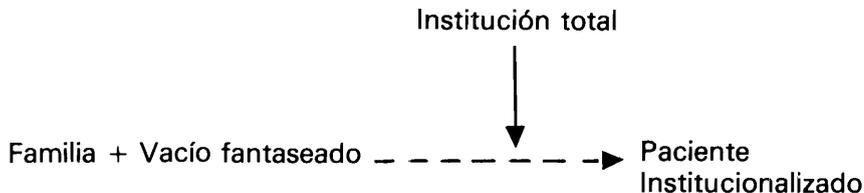
a) Integración de los pacientes crónicos en las unidades sectoriales correspondientes, abiertas, junto a pacientes agudos y en algún caso en régimen mixto sin discriminación apriorística de su funcionamiento institucional.

b) Elaboración de planes de enfermería específicos cuyo «leit motiv» común sería la consecución de unos «mínimos autonómicos adaptativos»: higiene corporal y aspecto exterior, relaciones interpersonales, participación en actividades, etc.

c) Iniciación de grupos terapéuticos adaptados al grado de deterioro o regresión de los pacientes: grupos de objeto intermediario, grupos de movilización social, gimnasia, actividades ergoterápicas, etc.

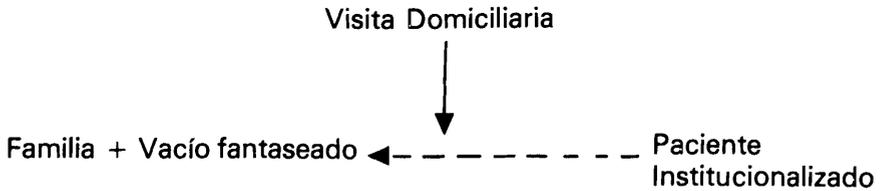
d) Intensificación a todos los niveles de contactos familiares y sociales, lo que en muchos casos supuso inicialmente una investigación exhaustiva, continuada con la reanudación de un patrón de relaciones sorprendentemente modificado y fantaseado.

Es en esta dimensión interrelacional donde la visita domiciliaria concreta su indicación y motivación. Ateniéndonos a lo antes dicho, podríamos parangonar el esquema de una ecuación química cuyos términos serían: Familia + Vacío Fantaseado, mediante un catalizador que sería la «institución total», darían un nuevo producto, el paciente institucionalizado e inmóvil. Podríamos representarlo así:



Inmovilidad que se refiere tanto a la inmovilidad aparente institucional, como a la recuperación del equilibrio en las relaciones familiares.

Mediante la visita domiciliaria, constituida ahora en elemento catalizador, la ecuación va a transformarse rompiendo el equilibrio estático y la inmovilidad.



La visita va a mostrar que la institución puede ser móvil, que sus puertas se abren para llevar a la familia «noticias» de la locura actual del paciente. Va a tratar de desmitificar la institución manicomial, el psiquiatra clásico y la locura, intentando la caída de las fantasías que mencionábamos por la interacción dialéctica de la contradicción en la realidad («no hubo agresiones, sólo amenazas»), o la creación de una nueva realidad del paciente para la familia («ahora es así»). En fin, la Visita Domiciliaria tratará de buscar y reavivar los lazos afectivos, a veces interesados, que el paciente aún conserva en su familia o comunidad originaria, al objeto de lograr una reinserción total y satisfactoria.

La secuencia del proceso de reinserción se inicia previa comunicación, generalmente escrita, a la familia más allegada, informando sobre el traslado del paciente a nuestro Hospital y sugiriendo la visita familiar al mismo.

En los primeros momentos de la relación interpersonal procuramos transmitir a la familia los principios básicos sobre los cuales pensamos que la relación debe asentarse y que son: colaboración recíproca, negociación permanente y seguridad asistencial.

Con fluctuaciones temporales y funcionales ostensibles según el caso particular, afrontamos una segunda fase cuyo objetivo determinante es la visita del paciente al domicilio familiar, bien como acción exclusivamente

protocolaria (de devolución de visita), o bien, en el mejor de los casos, como permiso de duración muy variable (de horas a semanas). En el transcurso de esta primera re-unión-in-situ tiene lugar la primera visita domiciliaria de reinserción, que, si por una parte aporta un considerable material objetivo sobre el desarrollo de la situación, por otra permite intensificar nuestra relación con la familia y reasegurarles sobre la responsabilidad asistencial. Observamos que la ansiedad familiar y comunitaria, que la presencia del paciente moviliza, disminuye conforme se eleva la credibilidad respecto de las garantías de seguridad ofrecidas.

La fase inmediatamente posterior supone la consolidación de éste, aún débil, entramado relacional; mediante más numerosos y extensos permisos, con ocasión de fiestas tradicionalmente comunitarias o familiares, a raíz de acontecimientos señalados (como un día de santo o de cumpleaños), no desaprovechando oportunidades que faciliten el progresivo acercamiento del equipo sectorial a la familia y al entorno del paciente, con quien a su vez continuamos el programa intrahospitalario. De un resumen de dossier entresacamos este comentario que creemos ilustrativo sobre el ritmo y la naturaleza de los pasos dados: «Uno de los logros más llamativos es que la paciente comienza a dormir sola en el segundo permiso, tras haberla pasado en el Hospital a una habitación individual para acostumbrarla».

Resulta difícil describir el «in crescendo» interrelacional desarrollado en base a la confianza y mutuo afecto entre equipo y familia, lo que permite el análisis conjunto de las modificaciones y dificultades que el potencial regreso definitivo del paciente supondrá. La sucesión de visitas y permisos conlleva el abordaje de problemas de muy variada índole: laborales, pensiones y subsidios, herencias, créditos, restauración de viviendas, compra de mobiliario, animales domésticos, etc., o netamente sanitarios: médicos, médico-mágicos...

Los equipos terapéuticos por la respectiva aplicación de modelos de ensayo-error, han ido incorporando a su actuación frente a la totalidad familiar (familia + paciente reinsertado), la filosofía del «dar algo a cambio», que se imbrica en la dialéctica «status» familiar ◀---▶ paciente reinsertado, en la que registramos una dinámica transaccional que otros compañeros han calificado como «cosificación de los afectos», idiosincrática del país gallego. Con varios pacientes crónicos hemos objetivado que el rechazo familiar primario se atenúa a raíz de que el paciente en cada permiso, aporta una cantidad de dinero (procedente en general de la pensión del FNAS) que sobrepasa el estricto valor de su mantenimiento y que interpretamos es el «precio» de la plusvalía afectiva.

La presencia del paciente en casa, cuando ha sido dado de alta, no pone fin a la relación iniciada. Las visitas domiciliarias continúan sucediéndose: unas veces serán de cortesía, otras de consulta ambulatoria, en otras se proseguirá el plan de rehabilitación iniciado en el Hospital. Referimos el caso de una paciente a la que se continuó visitando semanalmente varios meses

después de su alta al objeto de reforzar sus hábitos domésticos, higiénicos y sociales.

En muchas ocasiones a lo largo de la exposición nos hemos referido al «equipo». En las visitas domiciliarias realizadas, el equipo ha estado representado frecuentemente por dos profesionales: psiquiatra y asistente social, o asistente social y auxiliar psiquiátrico, o auxiliar psiquiátrico y psiquiatra. Un análisis retrospectivo de las experiencias, reafirma la operatividad de la pareja, deseablemente mixta. Un mayor número de personas, según hemos comprobado, al tiempo que dificulta la relación, quizá por la decantación del equilibrio numérico y cultural, incorpora a la misma la fantasía de agresión exterior, de invasión del territorio familiar. Un profesional sólo resulta, por otra parte, insuficiente y, aún más, desaconsejado. La pareja brinda un aceptable nivel de seguridad profesional y psicológica, ontológica, referida al grupo situacional (familia + paciente + terapeutas). Reseñamos anecdóticamente un comentario repetido en múltiples visitas, aludiendo a la relación matrimonial de la pareja de profesionales; al margen de otros muchos factores implicados, pensamos que podría interpretarse como una figura de proyección/identificación familiar no exenta de sintonización afectiva.

Tradicionalmente en la praxis comunitaria se atribuye un lugar destacado a los «líderes oficiales». El que no hayamos mencionado su presencia hasta ahora, responde exclusivamente al hecho de que nuestros contactos han sido establecidos, por lo general, en razón inversa al modelo habitual de actuación comunitaria: líderes---▶ vecinos ---▶ familia. Nuestra primera re-

lación se ha producido directamente con la familia; con los vecinos próximos cuando resultaba insuficiente el contacto familiar, y sólo esporádicamente con los líderes oficiales, quienes apenas han brindado soluciones prácticas.

Queremos señalar, finalmente, que el Hospital dispone, desde diciembre de 1977, de dos automóviles, sin los cuales difícilmente se habría llevado a cabo el trabajo domiciliario. En general, los coches se usan para todo tipo de actividades extrahospitalarias y son conducidos indistintamente por cualquier miembro del equipo asistencial.

Su utilización en el trabajo domiciliario ha supuesto una fundamental autonomía de programación y traslado. De su rendimiento dan cuenta las siguientes cifras:

Total Km. recorridos:	68.725
Total Km. visitas domicilio:	23.912
	(34,79 %)
Mínimo recorrido domicilio:	6 Km.
Máximo recorrido domicilio:	215 Km.
	(sólo tres viajes alcanzan o sobrepasan los 200 Km.)
Número de viajes realizados:	311
Promedio de Km/viaje:	76,88 Km.
	(Datos compulsados a 10-9-79)

RESULTADOS

En este apartado referimos el estudio cuantitativo de las visitas domiciliarias y su relación con el trabajo de reinserción de los pacientes crónicos.

Como señalamos, un total de 90 pacientes crónicos fueron trasladados al Hospital Psiquiátrico Rebullón en tres tandas:

Grupo 1.° 24 pacientes varones
(Julio 1976)

Grupo 2.° 22 pacientes mujeres
(Noviembre 1977)

Grupo 3.° 44 pacientes
(29 varones y 15 mujeres)
(Octubre 1978)

La cuantificación se referirá inicialmente a cada grupo, para ofrecer posteriormente una evaluación total. Las categorías que a continuación exponemos sirven para facilitar el análisis grupal:

1. *Pacientes ingresados, a cuya familia no se ha visitado:* Se trata de pacientes sin familia, con familia emigrada o con familia próxima al Hospital que visita frecuentemente al paciente. En algún caso la ausencia de visitas domiciliarias responde a la propia dinámica del equipo.

2. *Pacientes ingresados cuya familia se ha visitado domiciliariamente:* Pacientes que siguen hospitalizados sin haber concluido aún su proceso de reinserción, pero con los que se mantiene un plan de trabajo determinado. Se trata de pacientes con actividad sintomática severa, gran rechazo familiar o imposibilidad material para acogerlos en casa (miseria, familia anciana, insuficiente espacio, etc.).

3. *Pacientes trasladados a Asilos o Instituciones sin haberse efectuado visita domiciliaria alguna:* Pacientes con mínimas posibilidades de reinserción socio-familiar y susceptibles en cambio de un traslado a los centros mencionados.

4. *Pacientes trasladados a Asilos o Instituciones cuya familia se ha visitado domiciliariamente:* El fracaso del trabajo domiciliario vino dado por un rechazo familiar irreversible o por acusadas imposibilidades materiales. En algunos casos los pacientes traslada-

dos, sin crear problemas de convivencia presentaban serias dificultades autonómicas y precisaban de una institución protectora.

5. *Pacientes reinsertados en su familia o comunidad, sin haberse realizado trabajo domiciliario:* Pacientes con buena autonomía, sin familia o con familia próxima al Hospital (v.gr. Vigo), realizándose, desde éste el trabajo de re inserción.

6. *Pacientes reinsertados en su familia o comunidad originaria, habiéndose realizado trabajo domiciliario:* Tanto este grupo como el anterior, aglutina a los pacientes cuyo proceso de re inserción consideramos óptimo. En ambos casos, el compromiso asistencial es máximo.

Los datos que ofrecemos a continuación son referidos a julio de 1979:

PRIMER GRUPO

	Número	Hombres	Promedio de edad	Promedio de inter-namiento	Visitas domic.
Total pacientes	24	24	49	13,9	93
Pacientes ingresados sin v.d.	2	2	52	20	—
Pacientes ingresados con v.d.	6	6	44,37	14	36
Pacientes en asilo sin v.d.	3	3	53	23,3	—
Pacientes en asilo con v.d. y otras instituciones	4	4	57,75	20,2	9
Pacientes en familia o autónomos sin v.d.	0	0	0	0	—
Pacientes en familia o autónomos con v.d.	9	9	44,7	13,5	48
Fallecidos	—	—	—	—	—
Total pacientes visitados	19	—	—	—	—
Promedio de visitas por paciente visitado	4,89	—	—	—	—
Altas	16	—	—	—	—
Reingresos	2	—	—	—	—

SEGUNDO GRUPO

	Número	Mujeres	Promedio de edad	Promedio de internamiento	Visitas domic.
Total pacientes	22	22	51	17,2	122
Pacientes ingresados sin v.d.	1	1	36	5	—
Pacientes ingresados con v.d.	8	8	49	15,8	43
Pacientes en asilo sin v.d.	1	1	39	25	—
Pacientes en asilo con v.d. y otras instituciones	3	3	50,3	11	12
Pacientes en familia o autónomos sin v.d.	4	4	56	11,3	—
Pacientes en familia o autónomos con v.d.	5	5	56	23,4	67
Fallecidos	—	—	—	—	—
Total pacientes visitados	16	—	—	—	—
Promedio de visitas por paciente visitado	7,6	—	—	—	—
Altas	13	—	—	—	—
Reingresos	0	—	—	—	—

TERCER GRUPO

	Número	Hombres	Mujeres	Prom. de edad	Prom. de internamiento	Visitas domic.
Total pacientes	44	26	18	48	20	140
Pacientes ingresados sin v.d.	7	3	4	52,42	17,8	—
Pacientes ingresados con v.d.	19	13	6	49,42	19,2	55
Pacientes en asilo sin v.d.	6	1	5	50,6	25,1	—
Pacientes en asilo con v.d. y otras instituciones	4	1	3	49	23,75	10
Pacientes en familia o autónomos sin v.d.	2	2	0	45	6,5	—
Pacientes en familia o autónomos con v.d.	4	4	0	41	9,75	75
Fallecidos	2	2	—	—	—	—
Total pacientes visitados	27	—	—	—	—	—
Promedio de visitas por paciente visitado	5,18	—	—	—	—	—
Altas	16	—	—	—	—	—
Reingresos	0	—	—	—	—	—

SINTESIS DE RESULTADOS

Número total de pacientes:	90
Número de pacientes visitados:	62
Número de visitas domiciliarias:	310
Promedio de visitas por paciente visitado:	5
Pacientes reintegrados:	
a) Familia:	20
b) Autónomos:	4

Pacientes asilados:	19
Pacientes en Instituciones:	2
N.º total de pacientes de alta:	45
Reingresos:	2 (*)

(*) Los dos pacientes reingresados pertenecen al Primer Grupo de trasladados y se incluían entre los reintegrados «autónomos».

	Número pacientes	Número altas	% altas	% pacientes visitados
Primer grupo	24	16	66,6	79,16
Segundo grupo	22	13	59,09	72,72
Tercer grupo	44	16	36,3	61,36
TOTAL	90	45	50	68,88

CONCLUSIONES

Un análisis superficial de los resultados muestra algunas relaciones significativas:

1. La importancia del factor tiempo en el proceso de reinserción o, dicho de otra forma, un programa activo de rehabilitación de pacientes crónicos, requiere una determinada secuencia temporal.

2. La íntima conexión entre trabajo domiciliario y plan intrahospitalario, sin poder afirmar en la mayoría de los casos que la Visita Domiciliaria haya sido factor decisivo de la reinserción, si bien:

a) Las reinserciones familiares de pacientes con más alto promedio de internamiento (23,4 años) se produce en el grupo con índice más elevado de trabajo domiciliario (7,6 V.D./paciente visitado).

b) La relación entre reinserciones familiares con V.D. y reinserciones familiares sin V.D. es de tres a uno.

c) El promedio de visitas domiciliarias para los pacientes reinsertados en familia es superior en los tres grupos al promedio global de visitas.

d) Respecto de los pacientes aislados, los resultados obtenidos son idénticos para los casos en que se efectuó trabajo domiciliario y para

aquellos en que no se hizo. El 76 % de estos pacientes presentan una edad media de 53 años y un promedio de intermedio de 20 años.

3. Voluntariamente hemos prescindido en la exposición de categorías diagnósticas y valoraciones psicopatológicas. Las mayores dificultades para la reinserción de nuestros pacientes, salvo excepciones, han derivado de su larga permanencia institucional y, consecuentemente, de su grado de deterioro.

Asimismo, nos hemos referido de forma sistemática, variables que suponemos cualitativas de la reinserción: estructura familiar y grado de parentesco, situación económica familiar y *del paciente*, entorno social, etcétera.

4. En un buen número de casos, los neurolépticos depot han favorecido la mejor reintegración y afianzado el clima de seguridad familiar.

Señalar, por fin, que la experiencia ha tenido un carácter voluntarista compatible con la ideología profesional de los participantes, quienes hacen suyo el sentir de Jan FOU DRAIN cuando escribe: «de nada sirven hospitales abiertos, si los espíritus no son abiertos».

Rebullón, septiembre de 1979