

Reflexiones sobre la intervención en crisis en la visita domiciliaria (*)

T. Angosto Saura (* *)

M. García Gómez (* *)

J. Pérez Montoro (* *)

«A los Auxiliares Psiquiátricos de Oviedo y Rebullón, que situándonos en su Saber, nos obligaron a aprenderlo. En ello estamos».

La evolución de la visita domiciliaria y de la intervención en crisis, su historia, no puede aislarse de la historia de la institución, ni tampoco de la historia de los sujetos de la misma; es su propia historia.

Absolutamente todos los hechos sociales trascienden la dinámica institucional de la que parte nuestra experiencia comunitaria, que, por otra parte, conlleva un defecto de base sustancial: el hospitalocentrismo. Así pues, la actividad comunitaria viene definida para nosotros porque partimos de una institución, con su compromiso social y, como ya hemos dicho, con su historia, producto a su vez de múltiples ideologías asistenciales. Nuestro punto de partida es también el rechazo del manicomio carcelario y represor, y por ende de una asistencia exclusivamente hospitalaria. Queremos un hospital vivo, viviente, vivible y abierto, con capacidad de movilización hacia afuera.

Fase de intervencionismo-confusión

«Al inicio de la experiencia todo era actividad: abrumar al paciente, visitar a

(*) Comunicación a la mesa redonda «Intervención en Crisis» del XVI Congreso Nacional de la A.E.N. Oviedo. Noviembre, 1983.

(* *) Del Hospital Psiquiátrico Rebullón.

vecinos, alcaldes y fuerzas sociales... era más importante «hacer» que «escuchar» y el predominio de la acción resultaba determinante. Cronológicamente este período coincide con una etapa de desarrollo asistencial, empezábamos a crecer en todos los sentidos. Cualquier demanda obtenía de inmediato respuesta, la más de las veces no exenta de humanismo y siempre lógica, en el más puro sentido aristotélico. Fue a través del intervencionismo como nos acercamos a la palabra del paciente, de manera automática con la mediación de quienes le rodeaban: una simple llamada familiar motivaba una salida y la intervención consiguiente. La «demanda», que remitía habitualmente a una petición de ingreso o aún, de tratamiento más incisivo, se enmarcaba nítidamente en un contexto de descontrol-control: «está descontrolado», decían, y sin detenernos a pensar si el descontrol procedía de él mismo o de los otros, ofrecíamos a menudo respuestas tendentes a recuperar el control de la situación. La «demanda» venía exclusivamente de los otros, porque el paciente sólo puede reproducirla cuando se ha establecido una relación transferencial.

Sin embargo, este período interven-

cionista (de acción) provocó nuestro encuentro con la locura. La demanda de control y vigilancia, el activismo comunitario si se quiere, acabó convirtiéndose en encuentro de discursos y relación terapéutica. La acción resulta necesaria eventualmente para que sucedan estas cosas... «que eran realidad y hoy nadie cuenta».

Comprendimos el peligro que suponía un exceso de intervencionismo, que podía dar al traste con la significación de la visita domiciliaria y con la intervención misma. Si existe alguna diferencia entre un hospital moderno y un manicomio, radica esencialmente en el lugar que ocupa la imaginación; en el primer caso es posible, en el segundo no. Y así fue que huyendo de la repetición, forzáramos nuestra imaginación y buscáramos nuevas respuestas.

Continuando la reflexión sobre las intervenciones de aquella época, resulta fácil detectar múltiples errores y constatar cómo en su mayor parte terminaban por agotamiento con el ingreso del paciente, bien por la agravación del cuadro, la creciente intolerancia social o la decisión irrevocable de una autoridad. Defendíamos a ultranza cualquier alternativa a la hospitalización imbuidos de una exacerbada omnipotencia narcisista, lo que los sociólogos definen como ardor revolucionario y los psicoanalistas como transferencia masiva. Era un espejismo idílico, carente del más elemental análisis contra y transferencial, en el que se producía una completa identificación de cada uno de nosotros con su objeto (la locura) hasta terminar fusionándonos. Nuestra posición en el esquema asistencial estaba clara: dar respuesta total a la locura. Y era ésa, creemos, nuestra locura.

Fase de individualización de la demanda

A tenor de lo expuesto anteriormente y, aún más, ante la progresiva dificultad para responder a todas las demandas producidas, da comienzo una nueva fase que traduce el primer intento de reflexión y análisis de las mismas.

Como ya hemos señalado, la «demanda» comunitaria por excelencia ante una crisis psicótica es la hospitalización, el ingreso. Hemos insinuado también que la crisis del paciente pone en entredicho la estructura socio-familiar que lo envuelve y, por consiguiente, a la demanda explícita de ingreso subyace otra latente que podría formularse como de restauración del orden social establecido, obviamente perturbado por la crisis. Para todos y en particular para la familia, los terapeutas éramos los únicos que podían lograrlo y la expresión reiterada de dicha convicción: «a ustedes les tiene más respeto». En el medio rural gallego, marco de nuestra experiencia, respeto equivale no sólo a consideración e incluso veneración hacia una persona, determina implícitamente, obediencia. Así pues, el «a ustedes les tiene más respeto» se convierte en «a ustedes les obedece», frase que a nuestro juicio condensa la proyección sobre el terapeuta de las propias fantasías familiares: «alguien, usted, señor todopoderoso, puede librarnos del mal». Con bastante frecuencia observamos que la crisis individual hace tambalearse la estructura familiar; sin extendernos ahora en el análisis de las fantasías antedichas, parece ostensible que el sustrato esencial común a todas ellas es un intenso sentimiento de culpa, que si bien por una parte remite al complejo equilibrio obediencia-desobediencia suscitado en torno al sujeto psicótico, no es otra cosa que el re-

flejo dramático de la propia locura familiar.

Pero, volvamos a la realidad. Nada ni nadie resulta más irreverente, desconsiderado y desobediente que un psicótico en plena crisis. Es por ello que el primer movimiento de aproximación, de acercamiento, no puede ser sino un intento psicoterapéutico, cuya primera idea pasa por el mantenimiento del sujeto en el ámbito familiar, evitando la hospitalización e iniciando un tratamiento domiciliario. La urgencia de la familia la traducimos en la urgencia de la escucha de la demanda del paciente y en la espera. Y esto supone atención y respeto a su discurso, al modo y a la forma en que se expresa, a la distancia que impone para aceptarnos, a los intentos de agresión si se produjeran, etcétera, incluso cuando la constelación psicótica entraña gran aparatosidad y altera el orden social. La precipitación para tranquilizarlo o los intentos de explicación lógica de la crisis, provocan muchas veces el aumento de la agitación, la agresión indiscriminada o la huida.

A propósito de la espera, los terapeutas deben conjugar el tiempo real de la intervención con los *tempus* subjetivos que interactúan durante la misma, es decir, que entre la solución urgente que reclama la familia del paciente y la posición terapéutica evolutiva de escucha-comprensión-ayuda, media un complejo proceso de reconocimiento y fluctuaciones del contacto con la realidad que se operan en el sujeto psicótico. De la integración correcta de éstas y otras variables dinámicas así como de las ansiedades recíprocas, depende en buena medida el éxito de la intervención.

Parece claro que los terapeutas soportan mejor la situación en tanto en

cuanto se sienten más seguros; la seguridad viene dada muy especialmente por el conocimiento previo del paciente y el número de terapeutas que intervienen: uno, inseguridad; más de tres, invasión. En suma, la coherencia de las palabras, la cohesión en las acciones y la seguridad de los terapeutas hacen que muchas veces la intervención no adquiera tintes dramáticos. Pero esto no se consigue sobre la marcha, sino en las reuniones previas de estudio del caso, cuando se valora la demanda, se contrastan informaciones, se analizan las relaciones previas establecidas y se verbalizan las fantasías imaginarias suscitadas.

Las limitaciones operativas y la experiencia obtenida, nos han inducido actualmente a descartar la intervención domiciliaria tanto en situaciones como en pacientes no identificados con anterioridad por nuestro sistema asistencial. La dimensión funcional de las intervenciones registra, asimismo, otra modificación llamativa con el paso del tiempo, la creciente actuación de equipos integrados exclusivamente por auxiliares psiquiátricos frente a la disminución de intervenciones por parte de los médicos, habituales y constantes en una primera época. El incremento de la capacidad organizativa de los auxiliares, el índice notable de seguridad alcanzado y la consolidación del hecho simple pero trascendental de salir de la institución, da otras expectativas a las crisis y resitúa al médico a quien se recurre ante una complicación imprevista, una modificación del tratamiento o una indicación de ingreso.

La crisis y el orden socio-familiar

La intervención sobre una crisis en el domicilio del paciente produce que el

análisis de la demanda de intervención sea importante para la evaluación del desarrollo del momento crítico.

Los términos que antes utilizábamos para la actuación del equipo: coherencia y cohesión, también nos pueden servir para precisar el funcionamiento familiar. Observamos frecuentemente, cómo la dinámica o la estructura familiar del paciente en crisis, es tan patógena o tan desestructurada que nuestra intervención suele acabar en un episodio de agitación mayor del paciente o con una intervención física por nuestra parte o la fuga del paciente de su domicilio. Hemos observado que cuando hay un miembro psicótico en activo de la familia, la intervención domiciliaria sobre el miembro en crisis provoca casi siempre la descompensación del primero. En un paciente joven, del cual nos habían avisado que se encontraba en grave descompensación psicótica, al llegar a su casa nos encontramos a una madre también psicótica (la cual ni nos conocía ni conocíamos) pero con una mayor adaptación y aceptación social que su hijo. Después de largo tiempo de intento de acercamiento psicoterapéutico con el fin de ingresar al paciente y en el momento en que había una mayor conexión con él la madre hizo un episodio de una tremenda crisis de angustia en su hijo. Pero a veces es el paciente, quien una vez compensado, impide el tratamiento de algún pariente psicótico descubierto en una V.D., sin embargo, el paciente es el que aparece más coherente cuando se enfrenta a familiares totalmente disociados.

Los casos, anteriormente relatados, sería lo que llamamos «familias a locura múltiple». En este tipo de familias, pensamos, que de nada vale el intento de acercamiento psicoterapéutico, ya

que la mayoría de las veces que lo hemos intentado han acabado en intervenciones físicas, sea cual sea la relación personal que hayamos tenido con el paciente, pues si pensamos que la intervención debe ser una actuación conjunta equipo-familia, en estos casos, la familia, opera como factor de desestabilización e imposibilitador de la relación que queremos establecer. Sin embargo, encontramos que es positivo, a veces, el apoyo que pudiera prestar un miembro ya compensado de la familia, que había estado a tratamiento con nosotros, cuando hay una demanda de intervención sobre un familiar.

Aparte, pues, de las familias a locura múltiple, la actuación conjunta equipo-familia suele ser beneficiosa. En el momento de la intervención nosotros ocupamos el espacio más cercano al paciente y generalmente marcamos la dinámica del encuentro. En algún momento hay que ser muy directivos haciendo callar a familiares inoportunos.

Como medio de acercamiento al paciente podemos utilizar elementos u objetos transaccionales que muchas veces permiten bajar la tensión acumulada por la crisis (habitación del paciente, objetos personales, identificación de personas en fotos a la vista, etc.). La utilización de estos objetos transaccionales pueden hacer desaparecer en el paciente los temores de verse violado en su intimidad e invadido bruscamente.

Es importante reseñar que la relación previa que el equipo ha tenido con el entorno puede ser determinante. En esas relaciones se puede tener información sobre las fantasías mitificadas que se han forjado sobre la locura del paciente. El equipo debe ser capaz de

analizar dichas fantasías y luego transmitir un proyecto terapéutico, que no tiene por qué pasar siempre por el ingreso en el hospital o sedación.

De la parte de los terapeutas

Si la demanda, de la familia o de la sociedad, más frecuente ante la crisis, es la del ingreso en el hospital, por parte de los terapeutas, la primera fantasía ante la situación es la del no ingreso. Así pues, la V.D. se realiza inmersa en esta dialéctica pre-establecida, que puede convertir en una dialéctica de poder y que, en un principio, aparece resumida en esta frase no dicha, por ambas partes: «yo sé bien lo que el paciente necesita». La familia piensa que necesita el ingreso, los terapeutas pueden caer en la tentación omnipotente de «realmente saber» lo que el paciente necesita, hipertrofiando esa frase y acabar convirtiendo en una cuestión de honor/poder el cumplimiento de esa «fantasía previa», anulando todo posible análisis de la situación e imposibilitando tanto un futuro proyecto terapéutico, como lo que M. GUILLET y J.M. ELCHARDEN, llaman «relación terapéutica crítica»; en ésta los terapeutas deben ser capaces de una comprensión y una adaptación constante a los diferentes registros de expresión patológica que viene no sólo del paciente sino algunas veces también de la familia. Las características de incisivo, condensado y rupturista del discurso del paciente en crisis, van a imponer una evaluación rápida, que será más precisa tanto en cuanto haya un mejor conocimiento, semiológico de la situación del paciente, de su historia y de la historia de otras crisis.

El terapeuta debe pensar que una crisis, remite a una estructura compen-

sada de la cual proviene y a la compulsión a la repetición que define a quién presente el cuadro. Aunque lo más ruidoso sea la crisis y la tentación mayor escuchar esas palabras del momento, lo que el terapeuta debe aprender a escuchar es el silencio de la estructura que sostiene esa crisis. Esa estructura, a veces suele ser psicótica y los terapeutas pueden estar expuestos a las relaciones e identificaciones transferenciales que en este caso suelen ser delirantes. Durante las visitas domiciliarias llevadas a cabo en casos de algunas pacientes psicóticas, observamos con cierta frecuencia la aparición de un delirio de persecución referido a los terapeutas o la idea delirante de estar embarazada de algunos de los miembros del equipo, el cual «la visitaba de noche y entraba en su casa por el aire». Para la paciente no sólo violábamos su casa sino también su cuerpo.

El análisis posterior de este material psicótico transferencial nos puede dar la clave de nuestra correcta o incorrecta intervención, ya que la maduración y evolución de la crisis psicótica, tendrá más posibilidades tanto en cuanto los miembros del equipo sean capaces de dominar su contratransferencia, que será más difícil en cuanto el paciente haya proyectado más de su parte enferma.

El conocimiento de todos estos «trajines» puede permitir a los terapeutas escapar de modelos estereotipados de intervención totalmente desarticulados del discurso del paciente, pudiendo llegar a una auténtica cronicidad de la intervención en crisis.

El cómo «se aguanta», cuándo se produce la psicosis transferencial de un paciente, nos puede dar la clave de la situación de los terapeutas con respec-

to al paciente, a la institución, a la locura e incluso a sí mismos.

Función de la crisis en el paciente

Como hemos dicho, la crisis sobreviene a una estructura dinámica. Dicha crisis incide sobre tres coordenadas: la intrapsíquica que es propia del sujeto, la interpersonal, determinada por las relaciones del sujeto con su entorno y finalmente la transpersonal basada en las relaciones del grupo al que pertenece el sujeto en crisis con otros grupos humanos.

En lo que se refiere sólo al paciente, la crisis debe ser entendida como un fenómeno brusco y desesperada expresión del resquebrajamiento de la estructura previa. Este resquebrajamiento, que unas veces tiene que ver exclusivamente con lo vivencial del sujeto sin que podamos objetivar modificación alguna externa, otras ocurre ante algún cambio o modificación exterior. En el primer caso aparece de lo «interno» del sujeto para desbordar sus límites y trascender al entorno. En el segundo, el conflicto viene de fuera, se hace interno, desborda al sujeto y acaba de nuevo trascendiendo en el entorno.

Podríamos entender esta situación crítica, bien como un conflicto, bien como una reacción. Sin embargo, desde nuestro concepto, la crisis no es una reacción sólo en el sentido de que una reacción sería una respuesta normal o patológica a un acontecimiento y por lo tanto sería comprensible. Pero tampoco en un sentido estricto sería sólo un conflicto, si éste es definido como la lucha entre dos posiciones antagónicas. En la crisis coexisten las contradicciones que no pueden desembocar ni en una síntesis, ni sobre una solu-

ción de compromiso por sí solas, sino únicamente en una elección.

En el episodio crítico, podemos encontrar más o menos acentuado, hechos tanto del orden de lo comprensible, como del orden de lo incomprensible y de la reacción como del conflicto. En la crisis siempre hay en mayor o menor proporción algo que es posible comprender, algo que es posible interpretar y algo que se escapa a cualquier intento de aproximación inteligible. Sin embargo, la expresión de la crisis es tanto una reacción como un conflicto, expresados como un proceso que puede marcar, por una elección, el porvenir; la pérdida de identidad como salvaguarda de la existencia que tiene que ver con la crisis psicótica y lo que podríamos llamar integración, adecuación, buen comportamiento, etc., por otro lado la pérdida misma de la existencia, física o psíquica para salvaguardar la propia identidad, como es el caso del intento de suicidio.

Por otra parte, la crisis se va a desarrollar, tanto en una dimensión sincrónica entre el sujeto y su entorno como en una dimensión diacrónica entre el sujeto y su historia, ésta, en el momento de la crisis, aparece diacrónicamente organizada. Las fallas de su historia aparecerán metafóricas en el discurso del momento crítico. De esta forma la crisis tendría valor de síntoma que remite a una estructura previa y determinada. Mediante este síntoma el sujeto podría tanto decir, como preguntar algo, que de otra forma no sería capaz de articular: un paciente que no tiene ni nadie ni nada en este mundo, diagnosticado de Esquizofrenia paranoide y después de 20 años de callada hospitalización, un día entra en crisis. La nota de un Auxiliar Psiquiátrico dice:

“Un poco antes de las cinco de la tarde, cogió su gabardina y se fue corriendo. Se le preguntó dónde iba, si le pasaba algo y quería hablar con el médico; dijo que no le pasaba nada, que no quería hablar con nadie y que sólo iba a dar un paseo, y echó a correr, mirando continuamente para atrás.

Se salió a buscarlo con un coche. Al vernos, cogió una piedra y dijo que nos marchásemos, amenazando con pegarnos. Rechazaba todo contacto. Se fue intentando hablar con él, pero insistía en que iba para casa, que tenía una vaquita preñada e iba a ver cómo estaba. Nos decía que nos fuésemos para el Hospital a inyectar a otros. Después de mucho insistir, se metió en el coche y volvimos, comentó que lo hizo porque lo habíamos convencido, que si no, se hubiera ido a la aventura.

Al entrar dijo: «Usted sabe señorita que los bacalaos se mueven y saltan cuando los van a pescar, porque están vivos. Pues yo también salto de vez en cuando para que vean que estoy vivo». «Aún estoy vivo, por si existe Dios, por eso de la cristiandad, que si no, ya no estaría aquí».

Nos preguntó si teníamos padres y si nos querían, «yo no tengo quien me dé cariño, estoy aquí de papatoria».

Estuvo más tranquilo el resto de la tarde, aunque muy deprimido”.

B.A.L.

Esta fuga/ crisis aparece como una sacudida en una estructura de supervivencia. No se vive, se sobrevive. El paciente hace una llamada para decirnos que existe y que está vivo. Pero esta crisis, que aparece como expresión de un deseo, y que sorprende tanto por la brusquedad como por la desesperación con que se nos presenta sentimos que a nosotros, los terapeutas, nos atraviesa y se dirige más allá, a algún Otro, del cual los terapeutas tan sólo somos intermediarios. Es ese Otro al cual se le pide algo: una mirada, el retorno de un tiempo, una escucha, un reconocimiento... protección, pero el cual nunca mirará, escuchará y nos querrá como alguna vez necesitamos creer que alguien lo hizo.

En Rebullón, noviembre 1983

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- *Estados psicóticos*. H.A. Rosenfeld. Ed. Horme.
- *Les visites à domicile*. J.C. Rollet. Information Psychiatrique, vol. 54, N.º 6, 1978.
- *La asistencia psiquiátrica a domicilio*. P. Vincent (Sainte Foy. Quebec-Canadá).
- *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Maud Mannuni. Ed. Siglo XXI.
- *Persona y Psicosis*. Salomón Resnira. Ed. Paidós.
- *Escritos sobre esquizofrenia*. H. Searles. Ed. Gedisa.
- *Respecto del respeto*. J.M. García de la Villa. Revista Internos 1.º.
- *Psychiatrie d'urgence*. Medicine de la crise. M. Debout. Ed. Masson.
- *L'information Psychiatrique*. Vol. 57-1981.
- *Las fugas*. S. Lamas Crego. Revista Internos, n.º O.
- «*La visita domiciliaria*». T. Angosto, J.P. Montoro, E.P. Martín. Revista de la AEN, n.º 7.
- *D'une logique de la Psychose*. Ed. Point Hors Ligue. Gerard Pommier.
- *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. J. Lacan. Ed. Siglo XXI. Tomo II de los escritos.