

Nuevos sujetos: ¿Nuevas enfermedades?*

*Carlos Rodríguez Ajenjo***

Permanencia y cambio

El tema no es nuevo; por lo que no estoy tratando de descubrir el “hilo negro”, ni sorprender la buena voluntad del lector hablándole de un tema novedoso, sin que éste lo sea. Creo firmemente que siempre habrá “nuevos sujetos” y que, en la medida que los enfermos son sujetos históricos, debemos reconocer la historicidad de las enfermedades, es decir, que no son siempre las mismas, que no son invariables, que no son eternas en sus manifestaciones, sino que son cambiantes, diferentes y en ocasiones nuevas.

Para elaborar estas notas parto de este supuesto, así como de una elemental premisa: hoy en día la locura parece circular y recircular por sus viejos espacios, pero también aparece en nuevos espacios sociales, con nuevos actores.

En efecto, desde hace mucho tiempo los corredores de la pobreza se vinculan frecuentemente con la locura, no porque ésta sea privativa de ellos, sino porque suele ser cierto aquel refrán popular de: “al perro flaco se le suben todas las pulgas”, el cual, respetuosamente, retomo

* Trabajo presentado en las Jornadas de la UAM-Xochimilco. Área de Grupos e Instituciones, Casa de la Primera Imprenta de América, 19 de septiembre de 1996.

** Profesor-investigador de la UAM-Xochimilco. Médico psiquiatra, especialista en Terapia Familiar y Psicoterapia Analítica de Grupo.

para señalar que la condición de la pobreza es una situación determinante de *vulnerabilidad*, una situación de mucho riesgo para ciertas condiciones, las enfermedades mentales, por ejemplo.

En estas notas especulo acerca de la situación actual de las enfermedades mentales en México, identificando la permanencia de algunos grupos de trastornos a lo largo del tiempo e identificando a la vez posibles nuevas entidades que se expresan con dos características:

- a) están ligadas a condiciones sociales específicas; a situaciones de vulnerabilidad;
- b) se expresan o aparecen en espacios no médicos, no psiquiátricos.

Vulnerabilidad y salud: una posible relación sincrónica

La salud depende cada vez más de las condiciones y de la calidad de vida que tengan los grupos sociales; esta última depende, a su vez, del acceso que se tenga a satisfactores suficientes en cantidad (realmente óptimos en ese sentido) y eficientes en calidad, lo cual no implica el acceso a un consumo indiscriminado de bienes y servicios superfluos. Estos satisfactores, sin embargo, deben ser otorgados en los momentos idóneos, necesarios o bien indispensables para el desarrollo armónico de la relación entre estructura y función.

Estos satisfactores no están referidos únicamente a aquellos de carácter físico, o biológico (basados esencialmente en el acceso al empleo y derivados de las posibilidades de adquisición de bienes, como los alimentos, por ejemplo) sino también a aquellos de carácter emocional, afectivo, psicológico, que resultan de una relación interhumana, social adecuada.

En este esquema simplicado ubico una posible relación entre *las carencias* (de todo tipo: materiales, por privación social, emocionales, afectivas, de seguridad, etc.) y el grado de *vulnerabilidad* de ciertos grupos, relacionado además con determinado momento del desarrollo del ciclo vital: los ancianos, los niños, las gestantes, o bien en relación al género y a las iniquidades vinculadas a él.

Los grupos que viven en la pobreza están expuestos a un *doble peligro*: estar en contacto con más riesgos (enfermedades, estrés familiar, redes sociales débiles o depresión de alguno de los padres, por ejemplo)

y sufrir con una *mayor gravedad* las consecuencias de tales factores, los cuales, además tienen una “naturaleza acumulativa”.

Así, la relación entre el niño y su medio, las características propias de una determinada “dotación biológica”, se entenderían como aquellas que “modelan” las respuestas del individuo ante el entorno, y de manera similar, se reconoce que el entorno aporta atributos específicos a estas transacciones. Es, pues, una relación de ida y vuelta.

En apoyo a estas formulaciones existe una cantidad creciente de estudios que demuestran claramente que *el estado socioeconómico de los padres* es un indicador de posibles factores de riesgo psicosociales que pueden ocasionar secuelas en el desarrollo o en la conducta. En un medio socioeconómico bajo es posible que prevalezcan más factores de riesgo, de tal manera que los resultados de desarrollo y comportamiento sean más adversos.

Se sabe que cerca del 66 por ciento de todos los niños cuyas pruebas indican que sufren retardo leve del crecimiento, se criaron en la pobreza. El costo de este problema para la sociedad se mide en indicadores tan **indirectos** como la deserción escolar, la delincuencia, el desempleo, el número de embarazos indeseados y la reproducción intergeneracional del fracaso, así como la transmisión genérica de la miseria.

En estas condiciones se reconocen factores diferenciados de riesgo ambientales, entre los que se han señalado el estrés, el apoyo social (en tanto “disponibilidad de relaciones significativas y perdurables que permiten la buena crianza y seguridad y una sensación de compromiso interpersonal”) y las redes sociales débiles, incluyendo un debilitamiento de la familia¹ y la incidencia de depresión materna. Podríamos identificar en ellos a algunos de los condicionantes más importantes de la vulnerabilidad mental.

En contraste, están los llamados “factores protectores”, que son algo más que la simple ausencia de los “factores de riesgo” y se desarrollan a

³ Aquí coincido con Castel cuando identifica a la familia más como un *principio relacional* que como un sistema de intercambios. De esta manera, estructuralmente, los principales indicadores que sugieren *debilitamiento* de la familia (índices de casamiento, fecundidad, divorcio, y a la inversa, los porcentajes de cohabitación fuera de matrimonio, nacimientos ilegítimos, familias “monoparentales” o conducidas por una sola persona, etc.) están expresando no “el fin de la familia” sino una *restricción de las protecciones* que ella garantiza y una *fragilización de su estructura* (la llamada “familia insegura”).

través de *un proceso específico y diferente* de aquél en que se desarrolla la vulnerabilidad.

Entre los factores de protección que harían, teóricamente “niños invulnerables”, Garmezy identifica tres:

1. las características de personalidad del niño
2. la unidad o núcleo familiar de apoyo estable y cohesiva
3. sistemas de apoyo externos que mejoren la relación con la realidad y proyecten valores positivos.

En este esquema, la autoestima, el dominio y el control sobre sí mismo y un autoconcepto positivo determinarían mejores resultados en el desarrollo y el comportamiento infantiles.

La vulnerabilidad, entonces, sería la resultante de una combinación entre los factores de riesgo y los de protección, en un proceso dinámico identificado con la relación del niño y su entorno, lo que nos induce a sostener que entre peor sea la calidad de este proceso, y mayor será la vulnerabilidad observada.

En las actuales condiciones socioeconómicas de nuestro país, observamos que existen grupos sociales en los cuales se han agotado, o han desaparecido o se han modificado negativamente, muchos de estos factores de protección y aquellos de riesgo han aumentado, por lo que su vulnerabilidad es elevada.

Recientemente observamos algunos de estos eventos que se están *expresando* en los siguientes procesos, de los cuales cito algunos tan solo a manera de ejemplo, *enfaticando que en ellos se pueden expresar por vías diferentes a las tradicionales, la llamada “patología mental”*:

- datos de *anomia social*;
- violencia intrafamiliar, incremento de las modalidades temporal y definitiva del abandono;
- incremento de la disolución de uniones;
- mayor desintegración familiar;
- incremento del maltrato infantil;
- incremento del abuso sexual, especialmente en niñas;
- presencia de comercio sexual con menores y desarrollo mundial de la industria de la pornografía infantil;

- migración familiar en ascenso, especialmente a zonas urbanas fronterizas, ciudades grandes y medianas y zonas agrícolas;
- delincuencia infantil y juvenil en posible ascenso;
- incremento de menores en situación de calle;
- incremento de algunas formas de violencia social;
- incremento de la drogodependencia;
- incremento de los índices de abandono institucional de menores, enfermos mentales y otros grupos de personas institucionalizadas.

Procesos todos que indudablemente son parte de las condiciones sociales y medioambientales ante las cuales están interactuando los individuos hoy y que están determinando, junto con otros procesos, como el ingreso económico y el acceso a condiciones de vida, la situación de salud de grandes conjuntos sociales. Y al hablar de *salud* aludo a eventos distintos a las enfermedades mentales.

Sin embargo, también debemos incluir en nuestro análisis a las enfermedades mentales, ya que éstas son una realidad que demanda atención permanente por parte de las instituciones y de los profesionales de este campo, tanto las manifestaciones agudas o tempranas de las mismas, cuanto las denominadas enfermedades o padecimientos crónicos.

La acumulación de los problemas crónicos se junta actualmente con la presencia de nuevos problemas, en un escenario complejo que significa un desafío a las políticas de salud.

En términos de las enfermedades mentales, debemos aceptar que existe un retraso conceptual importante en torno a esta realidad clínica. Es, pues, un problema muy complejo y como quiera que se le llame, la realidad psiquiátrica de hoy no puede reducirse ni a la defectología clásica, que contabiliza una cronicidad acumulada, ni a los efectos de una manicomización.

Algunas respuestas sociales

Ante esta realidad, socialmente se organizan diversas respuestas; se combate a la pobreza con medidas compensatorias, reparadoras de la inequidad, se busca integrar acciones de salud a los programas existentes, se refuerza el combate a la drogodependencia. Sin embargo (para citar un doloroso ejemplo), en el "Paquete Básico de Salud" no hay una

sola acción de salud mental dentro de las doce medidas que contiene. Cabe mencionar que este paquete es impulsado por la Secretaría de Salud, que está dirigida por un psiquiatra que forma parte de una familia de notables psiquiatras mexicanos.

Por otro lado, a partir de los años setenta han surgido estudios muy interesantes que sugieren que la ubicación de los enfermos mentales en espacios diferentes a los manicomiales, como única medida, no resuelve el problema de su cronicidad, es decir, la desinstitucionalización por sí sola no es la solución a la sobrevivencia de pacientes psiquiátricos que presentan tremendas dificultades para vivir fuera de un medio protegido.

Mirándolo con seriedad, el problema es grave y requiere algo más que la simple denuncia del sistema psiquiátrico, lo cual no evita reconocer que la cronicidad tiene en este sistema psiquiátrico su mejor sustento; de ahí el dilema de Schull: "es un error sacar a los pacientes del hospital psiquiátrico, pero también es un error dejarlos en él".

¿Quiénes son los crónicos?

Ante esta nueva y vieja cronicidad, es oportuno formularse esta pregunta. Hoy coexisten una serie de enfermos mentales denominados crónicos con otros de reciente aparición. Sin embargo, es necesario hacer algunas distinciones. Por ejemplo, la llamada "cronicidad irreductible", el *hard core* de los anglosajones, es un hecho que se deriva de por lo menos cuatro condiciones simples o combinadas:

1. Del remanente manicomial.
2. Los crónicos externalizados que siguen siendo usuarios de los servicios.
3. Los usuarios crónicos ambulatorios de los servicios.
4. Los llamados pacientes crónicos adultos jóvenes (los *YACP's*, *Young Adult Chronic Patients*, de Pepper).

El *remanente manicomial* es un porcentaje del total de crónicos muy variable de país en país y de autor en autor. Mientras que para algunos es del orden del cuarenta por ciento (España, por ejemplo) otros (Saraceno

en Italia)³ lo ubican en un sesenta por ciento. Ordiell, en su muestra inglesa⁴ de varios centros descubre cuatro subgrupos:

1. El de los crónicos con alteración cerebral (psicosíndromes): cuarenta por ciento.
2. El de aquellos con trastornos graves de conducta (psicopatía, fármacodependencia, alcoholismo).
3. El grupo de los esquizofrénicos.
4. El grupo de los deteriorados físicos de origen psíquico con muchas dificultades para tener control y ser alojados.

Ellos son una realidad que retorna al hospital psiquiátrico aún y cuando se les externe y se limite su aceptación en esta institución. Su presencia cuestiona cualquier programa de “deshospitalización” como los “hospitales de día” o el “hospital parcial”.

Por su parte, el *grupo de enfermos externalizados* que regresó a vivir a su domicilio tiene una calidad de vida en la comunidad tan baja, que se constituyen en un grupo de pacientes con varios reingresos hospitalarios, varios diagnósticos y que en general son mal absorbidos por los centros de salud comunitarios (creo que esta experiencia ha sido clara también en México), ya que en muchas ocasiones han sido externados *antes* de que existan condiciones comunitarias y/o familiares para ello.

En lo tocante al tercer grupo mencionado en este estudio, los *usuarios crónicos de servicios* ambulatorios constituyen un grupo interesante ya que son el resultado de un tipo de atención técnicamente más avanzada, que logra mantener a este grupo bajo cierto control (el mínimo para evitar reingresos hospitalarios) aunque no lo suficiente como para terminar con el padecimiento.

Sin embargo, son “eternos demandantes” de atención, ya que en su dispositivo terapéutico se ha excluido tanto la atención del conflicto interno, cuanto se ha evitado una relación terapéutica que promueva la resolución del mismo.

³ González, U. R., Levav, I. eds. *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*, OPS / Instituto Mario Negri, Milán. HPA / MND, enero de 1991, Washington, 1991, pp. 52 a 65.

⁴ García, Montejo. *Op. cit.*

Epidemiológicamente han sobrecargado los servicios (en el caso de México esto reviste particular importancia) y generalmente son mujeres, amas de casa (84 por ciento mujeres contra 16 por ciento hombres) aunque los varones son más productivos; son de diversas edades, generalmente ubicados en los sectores socioprofesionales bajos (confirmando la hipótesis clásica de Rieddlich) y en el estudio de Ordiell este grupo está constituido en un treinta por ciento por esquizofrénicos y epilépticos, cincuenta y cinco por ciento por neuróticos deprimidos y un quince por ciento son pacientes diagnosticados como orgánicos; muy frecuentemente reciben fármacos y apoyo pero más frecuentemente psicoterapia (en nuestro país esto no ocurre así).

Por su parte, el interesante grupo de los *YACP's* de Pepper es un número importante de pacientes que no se internan pero cuya existencia es creciente y se manifiesta por espacios inéditos anteriormente y que tal vez aparecen más como problemas de “nota roja” que como realidades vistas en la aséptica realidad de los consultorios médicos.

Los nuevos crónicos

Igualmente pertinente resulta indagar quiénes son los nuevos crónicos. Estos sujetos, los llamados “nuevos crónicos”, aparecen donde todo el diseño asistencial parte de la lucha contra la marginación de poblaciones; allí, donde la crítica radical de las vías gradualistas de la reforma psiquiátrica era el punto de partida de un movimiento –Psiquiatría democrática– a cuya crisis asistimos en estos últimos años.

Su existencia como tales puede deberse a tres tipos de factores:

1. Por una lado, al llamado “efecto Kramer” (un riesgo mayor para la esquizofrenia en poblaciones que nacieron en la posguerra, en el boom de natalidad inmediato a ella).
2. Esta eclosión surge en pleno movimiento de desinstitucionalización en Europa y los Estados Unidos, altamente cuestionador del internamiento de las personas en los manicomios, por lo que se puede decir que este grupo es una especie de “hijos abortados” de la desinstitucionalización.

Sin embargo, en casos como el de México, es posible que más que un efecto de la desinstitucionalización su presencia se combina con

una deficiente oferta de servicios asistenciales especializados de tipo público, enmarcada en las reducciones del gasto público en áreas como la salud y en políticas neoliberales que restringen el mal entendido “paternalismo” gubernamental a grupos que requieren protecciones especiales.

3. Los dos puntos anteriores están enmarcados en una grave crisis económica a la que las políticas neoliberales pretenden enfrentar. En la crisis, la subcultura en ella originada (el uso de drogas no médicas, el incremento de la delincuencia, el descenso de la escolaridad, los movimientos demográficos de tipo migratorio, tan importantes) han arrojado al mundo a este nuevo tipo de paciente, si bien con especificidades nacionales, evento que en el caso de México es el más importante, ya que las dos anteriores causales no están claramente demostradas aquí.

Estas personas tienen una edad de entre 18 y 35 años, (son más identificables como *pacientes* en los países desarrollados, pero en nuestros países tercermundistas aparecen como grupos claramente marginales, adolescentes en situación de calle, como “chavos banda” delincuentes o no, fármacodependientes o no, desertores escolares y desempleados) con cuadros clínicos muy variables, con déficits severos de adaptación social y que se constituyen en muchas ocasiones en usuarios inapropiados de servicios, por lo que los saturan y los “estresan”; muchos de ellos frecuentemente tienen problemas judiciales, principalmente por el uso de drogas y por su comportamiento impulsivo y presentan una gran movilidad, tanto geográfica como al interior de los servicios de salud.

En los recientes movimientos de desinstitucionalización, este grupo de pacientes es utilizado como un buen contra-argumento para demandar *la reapertura* de los manicomios, proponer sistemas de segregación especiales o pensar en soluciones drásticas de tipo confinatorio que recuerdan épocas oscuras en que se pretendió con medidas de ese tipo “acabar de raíz” con problemas sociales muy complejos.

Ellos son nuevos “pacientes” que pueden estar circulando por el circuito de la llamada “asistencia social”, es decir, casas de protección, albergues de diverso tipo, etcétera, que no se hospitalizaron y que utilizan —cuando existen— los servicios psiquiátricos ambulatorios y presentan nuevas formas clínicas (definidas por los especialistas como *nueva psicopatología*) que requiere la creación de dos respuestas que la psiquiatría no está dispuesta a dar:

- a) una caracterización del problema comprensiva, no estigmatizante ni moralista, que realmente dé cuenta de la realidad de ellos y,
- b) una novedosa oferta de servicios que desafía a las viejas instituciones psiquiátricas para crear un dispositivo terapéutico altamente inédito y específico.

Por otro lado, debemos reconocer que ignoramos casi todo acerca de estos grupos, porque no se están haciendo estudios sistemáticos y consistentes que nos revelen el problema. Los psiquiatras y los técnicos de la salud mental están interesados en otros campos, por lo que considero oportuno preguntarse: además de la fisiología del sueño, de la bioquímica cerebral, de experimentaciones de fármacos que reproducen las de otros países, de estudios sobre acceso a los servicios ¿qué es lo que están investigando hoy los psiquiatras mexicanos?

¿Nuevos espacios para la exclusión?

No es mi posición personal la de *psiquiatrizar* la vida cotidiana. El problema de identificar a determinados grupos con una condición clínica específica es que frecuentemente se les estigmatiza. Esto ocurre cuando se medicalizan algunos problemas que no son exclusivamente médicos, aunque ello haya sido necesario (en este momento pienso en el avance que significó, por ejemplo, la descripción clínica de una situación que no es *exclusivamente médica*, como el llamado “síndrome del niño maltratado” de Kempe).

La *medicalización de la pobreza* es un riesgo que debemos evitar, es decir, debemos analizar el impacto que tiene en la salud sin olvidarnos de dos cuestiones: por un lado que estamos hablando de salud, de enfermos, de enfermedades y por el otro, hablamos de complejos procesos sociales como los de inclusión/exclusión en los que se generan grupos sociales identificables como vulnerables, es decir, con un incremento de riesgos y una disminución o abatimiento de sus factores de protección.

Sin embargo, lo más importante no es que se conceptualice a la pobreza y sus derivados desde una perspectiva médica, sino que se creen estructuras segregatorias como respuesta a estos complejos procesos, estructuras que además reproducen la marginación y la exclusión

sociales y no remedian nada. Es, en efecto, una política tipo avestruz, negadora de la realidad por el hecho de excluir de la mirada una parte de ella.

Esta respuesta ocurre desde las primeras formas de aislamiento de los locos, independientemente del trato inquisitorial del que podían ser objeto. En ella, podemos identificar que debajo de la intensión caritativa, también se escondía una actitud evasiva, ocultadora o avergonzada de esos “renglones torcidos de Dios” que han sido siempre los locos, los desviados.

Como sabemos, a México (en tanto Nueva España aún) le cabe el dudoso honor de haber sido el primer lugar donde se instaló el primer asilo para dementes de América y ser la cuna de la primera orden de religiosos dedicados a cuidar enfermos mentales en el continente americano, creando toda una supuesta tradición en este hacer, tradición que a su vez parece condenarnos a responder a estos complejos problemas siempre con dispositivos de exclusión. ¿Será esta la única respuesta que podemos imaginar en este país?