

GRUPOS MARGINALES Y SALUD MENTAL*

Por JOSE D. ARANA.

RESUMEN

La marginalidad social no es un fenómeno homogéneo. Su impacto en el desarrollo de la personalidad es severo y multifacético, por lo que la organización de servicios de salud mental para las poblaciones marginadas debe entrañar un significativo esfuerzo de comprensión histórica, sensibilidad social, honestidad política y solidez técnica. Se examinan en este artículo aspectos del dilema prevención-tratamiento, la necesidad de establecer servicios adecuados, pertinentes, efectivos y eficientes y se enfatiza la urgencia de estudios de informantes-clave, foros comunitarios y modernas investigaciones epidemiológicas. Se examina asimismo el papel de la Universidad en el estudio integral de los grupos marginales.

SUMMARY

Social marginalization is not a homogeneous phenomenon. Its impact in the development of personalities severe and multifaceted so that the organization of Mental Health Services for the displaced populations implies a significant effort of historical understanding, social sensibility, political honesty, and technical cogency. Aspects of the prevention-treatment dilemma, the need to establish adequate, pertinent, effective, and efficient services are examined and the urgency of studies on key informants, community forums and modern epidemiologic research are emphasized. The role of the university in the integral study of the marginal groups is also examined.

PALABRAS - CLAVE: Marginación social, salud mental.

KEY WORDS: Social marginalization, mental health

* Presentado en el Primer Seminario sobre el Estado de la Investigación y las Políticas de Salud Mental en Centroamérica. Junio 10 - 13, 1986, San José, Costa Rica.

Por espacio de muchos años se ha venido observando que las estructuras socioculturales y socioeconómicas parecen jugar un papel importante, facilitando e impidiendo la adaptación del yo a las exigencias de la realidad. Cuando el ambiente sociocultural no suministra los elementos suficientes para el establecimiento de cohesión social, de coherencia valorativa, de identidad y mutualidad, entonces el niño crece sin sentirse autónomo, sin saberse libre en el sentido de reconocer dentro de él mismo la responsabilidad por su destino. En condiciones de marginalidad sociocultural, la transacción abierta e inspiradora con la tradición y la sociedad a la que el individuo pertenece, con las metáforas colectivas de la religión y de la mitología regionales que intuyen, no dan acceso a los veneros del ser colectivo, ni se producen con una resonancia fecunda o promotora.

BRODY⁵ ha definido la "exclusión cultural" o marginalidad como la carencia de poder social real, que se mantiene a través de barreras de discriminación y de prejuicio, y que dimana de y se sustenta en diferencias culturales y económicas. La marginalidad es la no participación en la cultura mayoritaria dominante, de manera que sólo se adquieren fragmentariamente sus normas y valores. La marginalidad es la carencia o insuficiencia de los factores necesarios para un desarrollo autónomo y pleno. La falta de oportunidad, la falta de acceso a la información y a la educación, a la nutrición adecuada y al sentimiento básico de seguridad y de estabilidad y, al establecimiento de lo que BALINT⁴ llamara una confianza básica en los demás que permita una participación creativa en la cultura.

Al denominador común de la marginalidad, hay que contrastar la individua-

lidad idiosincrática por sus elementos constitucionales, pero también los atributos comunes de la cultura particular que fabrican lo que KARDINER⁸ llamara la "personalidad básica" y los "sistemas proyectivos" en donde todos comparten las mismas creencias, los mismos rituales, así como necesidades y deseos, conflictos y miedos similares. La categoría visible o presentida de lo sociocultural impregna a la experiencia individual de un horizonte cognitivo-emocional definido y diferente para cada cultura y el verbo y la acción del individuo surgen y se configuran privativamente desde sus propias variantes singulares, pero siempre como enmarcados en una suerte de "carácter nacional".

Con estas premisas en mente, cabe revisar algunos efectos que se han atribuido al desarrollo de la personalidad en condiciones de marginalidad.¹¹

Parece claro que las restricciones prevalentes en condiciones de marginalidad no son conducentes al desarrollo satisfactorio del potencial imaginativo. Como consecuencia no se abren cómodamente o a plenitud los canales para la búsqueda reflexiva y la curiosidad, para la anticipación abstracta de aventuras y de planes. En cambio, cuando la experiencia del infante es satisfactoria, es decir, cuando el niño puede depender razonablemente de la constancia, la estimulación y la capacidad de responder de la madre y de los elementos ambientales, entonces el niño puede también penetrar el significado de los símbolos y jugar con esos elementos del ambiente, es decir, desentrañarles su sentido y preñarlos, en su mente, de otro. El niño marginado no tiene siempre un área para jugar, en el sentido que ni la madre ni el ambiente permiten siempre o eficazmente la apertura del espacio potencial entre lo que el niño es y no es.¹¹

Además, cuando se crece en condiciones de impotencia social, con la certeza, aprendida de los padres, de que uno no tiene control sobre el ambiente, es difícil inculcar un sentimiento de eficacia o la aceptación de responsabilidad personal por lo que le sucede al individuo. Lo que sucede con frecuencia en condiciones de marginalidad, es que las expectativas de éxito son bajas, la ansiedad inicial al comienzo de un esfuerzo se acrecienta y, la motivación para alcanzar un logro, si existe, se extingue pronto cercenada.²²

La exclusión cultural socava las condiciones más necesarias para el desarrollo de controles internos adecuados. Melita SCHMIDBERG¹² decía que la marginalidad puede influenciar la incidencia de anormalidades caracterológicas estimulando disposiciones congénitas, pero también enmascarando bajo la apariencia de personalidad anormal lo que en realidad corresponde a trastornos emocionales subyacentes de mayor cuantía. Muchas apariencias conductuales de malestar social son en verdad expresiones de enfermedad mental. ARGANDOÑA y KIEV¹ han identificado, por ejemplo, casos de vagabundismo, de prostitución, de drogadicción, de ausentismo laboral, que no son sino los equivalentes sintomáticos de cuadros funcionales subyacentes correspondientes a psicopatología de cuantía nunca diagnosticada. Como resultado del enfrentamiento a un ambiente deprivante se edifican muchas veces estructuras patológicas de personalidad que irritan los standards normativos de la cultura dominante. El desarrollo de estas formas de anormalidad se enraiza en las contradicciones socioculturales en las que el individuo está crónicamente inmerso. A partir de ellas se elaboran configuraciones intrapsíquicas que corresponden al enfrentamiento, in-

ternalizado y paralizante, común medio conflictivo.

Así, no es infrecuente identificar personalidades de un cariz violentamente agresivo, que funcionan como anormales con preferencia selectiva, mayormente frente a las clases más favorecidas. O también, puede uno descubrir personalidades como las que RADO llamaba "extractivas", que han desarrollado patrones de conducta utilitarista y de explotación a veces de su propia gente, sin beneficio redimente en perspectiva.

Otras veces, los apremios de la marginalidad no dan lugar a que el niño experimente la estimulación interpersonal indispensable para desarrollar la "capacidad de preocuparse por los demás", de que habla WINNICOTT.¹⁶ Y pensamos que el antónimo transaccional de esta incapacidad es la dificultad para saber cómo utilizar la ayuda y cómo disfrutar el afecto de los demás. Cuando estos rasgos se hacen predominantes, se tiene una configuración caracterológica esquiva y defensiva, más bien distante e infecunda, retraída del intercambio afectivo y separada de la participación mancomunada.

Pero ¿cuál es la perspectiva cultural en la que se inscriben estas consecuencias de la marginalidad? Ciertamente, el marginado latinoamericano es diferente del que vive y padece en otras latitudes. GUTIÉRREZ-NORIEGA⁷ afirmaba que existe una relación íntima entre hombre, clima y paisaje, que el ambiente telúrico del país contribuye a la configuración de la personalidad básica de sus gentes. Pero, no sólo se trata de la diversidad geográfica del ambiente físico y su influencia configurante, sino también del ambiente sociocultural, la diversidad de sistemas afectivos familiares y de reglas colectivas implícitas que ordenan y regulan las conductas.

Estas consideraciones permiten comprender la correspondencia entre la concepción teorizante y abstracta del cuadro nosológico con la organización nosográfica patoplástica del fenómeno psicopatológico, así como la correlación entre ésta y la perspectiva antropológico-cultural de donde proviene el individuo. Los parámetros socioculturales de la experiencia del yo suministran un esquema general de referencia para el desciframiento de la conductas consideradas anormales.

Todo este panorama más bien tradicional debe ser naturalmente traducido a los términos configurados por las dinámicas sociales, políticas, económicas y culturales prevalentes hoy en nuestros pueblos.

Los programas de salud mental que se establezcan para nuestras poblaciones no pueden soslayar la necesidad de basarse en el conocimiento cercano de los factores cruciales de la vida en marginalidad sociocultural tal como se da hoy en nuestras comunidades. La programación de servicios tiene que provenir de un conocimiento cercano de las necesidades y del drama psicológico que se pretende remediar, de experiencias directas a través de intercambios con padres, maestros, sacerdotes, curanderos y líderes de la comunidad, que ofrezcan oportunidades de primera instancia para la captación y ayuda efectiva de casos, y que le preste resonancia realista a las ideas asépticas formuladas en nuestros escritorios.

En este sentido, es interesante revisar la experiencia con los programas de psiquiatría comunitaria en otros países pues estos programas también fueron, en su tiempo, una respuesta a la toma de conciencia de la existencia de grupos marginados.

El movimiento de Salud Mental Comunitaria fue el resultado de muchas décadas de desarrollo, experiencias y reflexión de la psiquiatría social en el mundo. La oficialización de este movimiento significó la proclamación de valores concernientes a la igualdad y el bienestar de los pacientes mentales. Sin embargo, esta "tercera revolución" de la psiquiatría, no se presentó en su historia como consecuencia de descubrimientos científicos nuevos, sino como una organización pragmática de los servicios, organización que prometía salud mental y justicia para todos, especialmente para el desposeído.

Hoy en día se reconoce que la psiquiatría comunitaria es la aplicación de la teoría y la práctica de la psiquiatría en lugares fuera de las instituciones hospitalarias. Esta definición se basa en el presupuesto de que las condiciones socioculturales prevalentes influyen significativamente en la definición, manifestación y curso de las enfermedades mentales.²

La psiquiatría comunitaria se ocupa de la manera cómo se organizan y suministran los servicios de salud mental, utilizando medidas sociales y ambientales para tratar y cuidar al enfermo mental y para prevenir la enfermedad mental. Suministra tratamiento y cuidados psiquiátricos tan cerca como sea posible al lugar de residencia o de trabajo del paciente. Y utiliza recursos comunitarios para extender los servicios más allá de donde alcanzan los programas de tratamientos psiquiátricos convencionales.

De otro lado, el movimiento de salud mental comunitaria fue propiciado multidisciplinariamente y con el apoyo de líderes comunitarios que anhelaban una solución sociopolítica para el problema de la enfermedad mental. Dos características son esenciales en este movimiento:

1. Que la atención del paciente se dé cerca de su casa.

2. Que se dirijan esfuerzos activos a la promoción y protección de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental, por medio de la implementación de principios de higiene mental y por medio de la elevación de la calidad de vida en la comunidad.⁴

Un problema importantísimo que interfirió con estas corrientes pragmáticas fue que la psiquiatría no conocía exactamente cómo actúan causalmente las circunstancias socioculturales involucradas en la manifestación de la enfermedad mental. La psiquiatría no estaba preparada para ir desde el enfoque individual micropsiquiátrico que aprendiera con la psicoterapia y la psicofarmacología, al enfoque macropsiquiátrico que buscaba el tratamiento de comunidades enteras. No se contaba con un puente conceptual que uniese heurísticamente la psicopatología individual con el malestar societario que contribuye a desatarla.

Por lo menos en los Estados Unidos, después de veinte años de existencia del movimiento de Salud Mental Comunitaria no llegó a suscitar los cambios sociales que se anhelaron al principio. Más aún, en Estados Unidos y en algunos países de Europa el movimiento contribuyó a la desinstitucionalización masiva de pacientes desde los hospitales psiquiátricos, pero falló lamentablemente en servir a esos mismos pacientes una vez situados en la comunidad, así como a aquéllos que, desde entonces, tuvieron que vivir su cronicidad fuera de las instituciones hospitalarias.⁶

En lo que respecta a colaboración comunal, le fue muy difícil a estos centros asegurar la participación fecunda de representantes válidos de la comunidad. Por

el contrario, en muchos casos se desataron luchas políticas y de poder con los que pretendían esa representación.

Otro problema delicado fue la utilización, sin supervisión eficaz, de voluntarios y otro personal inexperto que fungían de terapeutas y que se encargaban de tareas para las cuales no tenían preparación adecuada.

Sin embargo, cabe también destacar que la existencia del movimiento de Salud Mental Comunitaria trajo consecuencias claramente positivas en relación a varios aspectos del entendimiento y tratamiento del paciente. Por ejemplo, el valor positivo que se da hoy al tratamiento en la comunidad, o el respeto mayor que se tiene por los pacientes cuya libertad y otros derechos no pueden ser ignorados simplemente porque están enfermos.

Dentro de las consecuencias del movimiento de salud mental comunitaria quizás la lección que más reflexiones provoca ha sido que el dilema prevención-tratamiento aún persiste como tal. Muchas veces se emplean recursos y tiempo valiosísimos en programas que se creen útiles para prevención, pero cuya eficacia nadie se ha preocupado en comprobar. LAMB y ZUSMAN⁹ se preguntaban en ese sentido "¿cuánto de los escasos fondos públicos y cuánto de la credibilidad profesional quieren arriesgar los profesionales de salud mental en programas que pueden ser completamente inefectivos? ... Tenemos que diferenciar entre programas que previenen la enfermedad mental y aquéllos que previenen la infelicidad o la insuficiencia social, de manera que sepamos con claridad qué es lo que estamos tratando de lograr y podamos establecer nuestras prioridades de un modo informado e inteligente". Y continúan acertadamente: "El atractivo de la prevención puede hacer

que el profesional de salud mental la aplique como racionalización para evitar el tratamiento del enfermo mental difícil, como el psicótico crónico, el alcohólico, el adicto."

Los servicios de salud mental no deben basarse en supuestos desiderativos sino que deben reunir una serie de requisitos mínimos, es decir, ser adecuados, pertinentes, efectivos y eficientes.³ Adecuados, en el sentido de servir a una proporción significativa de las necesidades de la comunidad. Pertinentes, es decir, dirigidos en cuantía apropiada a las poblaciones de alto riesgo en la comunidad. Efectivos, o sea implicando un impacto beneficioso en las personas servidas. Y, eficientes, vale decir capaces de lograr resultados con economía de tiempo y de recursos.

De allí que la programación de servicios deba resultar de un estudio tan aproximado como sea posible de las necesidades locales, es decir, de las características sociales, demográficas y de morbilidad existentes en el área de captación. Los enfoques propuestos para alcanzar este objetivo van desde el estudio de informantes-clave y los foros comunitarios, hasta la revisión de las tasas de demanda satisfecha y los estudios epidemiológicos.²⁷

En este sentido, cada región tiene la misión de indagar cuáles son los desórdenes de salud mental de mayor importancia. Los estudios epidemiológicos de los desórdenes mentales son, lo sabemos, costosos y complejos. Ellos pueden llegar a identificar los factores asociados con un riesgo mayor para enfermar mentalmente y con las posibilidades de prevención efectiva de la enfermedad mental. América Latina, desde las horas tempranas de la investigación epidemiológica en el mundo, no ha estado ajena a este quehacer, a pesar de no contar ni entonces ni ahora con re-

ursos suficientes. Así lo atestigua la monografía sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina¹⁰ que publicaran en 1970, ADIS CASTRO y MARIÁTEGUI.

La universidad tiene que encontrar una manera efectiva de cumplir con su responsabilidad social, incluyendo el hacer suyo el interés por el servicio público. Debe, por ejemplo, programar para sus estudiantes experiencias de campo útiles a la comunidad, que aumenten su sensibilidad social, al ponerlos en contacto, de primera mano, con gente que vive en la marginalidad. Sólo así el profesional futuro puede palpar el reto de la realidad y comprender de veras el problema. Además, la universidad tiene la responsabilidad de ofrecer una capacitación que encierre pertinencia cultural pero que no sacrifique nunca, en aras de ésta, la sofisticación técnica que debe provenir de un contacto supervisado y estrecho de los estudiantes con el enfermo mental desposeído. Parte del adiestramiento profesional puede y debe realizarse en áreas marginales y en hospitales públicos, naturalmente bajo un programa apropiado de supervisión y bajo el ejemplo profesional ofrecido por los colegas más experimentados. Y, si alguna enseñanza duradera ha de dejar el paso por las aulas universitarias, ésta tiene que centrarse en el mantenimiento de una postura autocrítica, que incluya siempre como ingrediente indispensable de todos los programas, la evaluación regular de su efectividad.

"¡Y cuándo nos veremos con los demás, al borde de una mañana eterna, desayunados todos!". VALLEJO¹³ también presentía no sólo que a la vasta miseria de nuestros pueblos podía contrastarse la esperanza de una alborada redentora, sino también que el camino hacia ella se finca en la participación común unificante que

hemos aprendido a cultivar desde nuestros orígenes más prístinos, y en la satisfacción vigorizante de las necesidades de acrecen-

tamiento más legítimas y más fundamentales, más humanas de nuestros hermanos marginados.

BIBLIOGRAFIA

1. ARGANDOÑA, M., & KIEV, A. (1972): *Mental Health in the Developing World*, The Free Pen. New York.—
2. ATKISSON, C. C. & HARGREAVES, W. A. (1979): "A conceptual model for program evaluation in health organizations", In *Program Evaluation in the Health Fields*, H. C. Schulberg & R. Baker (eds): Human Sciences Press, New York.—
3. BACHRACH, L.A. (1985): "Conceptual approach to deinstitutionalization", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 26: 573-578.—
4. BALINT, M. (1956): *Problems of human pleasure and behavior*, Liverigh, New York.—
5. BRODY, E. B. (1966): "Cultural exclusion, character and illness", *Amer. J. Psychiatry*, 122: 852-858.—
6. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. (1983): *Community Psychiatry: A Reappraisal*, Mental Health Materials Center, New York.—
7. GUTIÉRREZ-NORIBGA, C. (1937): "Diseño de un estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia", *Actualidad Médica Peruana*, 2: 159-193.—
8. KARDINER, A. (1945): *El individuo y su sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México.—
9. LAMB, H. R. & ZUSMAN, J. (1982): "The seductiveness of primary prevention", In *Mental Health Promotion and Primary Prevention*, F. Davidson Perlmutter (ed), Jossey-Bass, Inc. Publishers, San Francisco.—
10. MARIÁTEGUI, J. & ADIS CASTRO, G. (1970): *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, Acta Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires.—
11. NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT. (1968): *Perspectives in human deprivation: biological, psychological and sociological*, U. S. Department of Health, Education and Welfare, Washington, D. C.—
12. SCHMIDEBERG, M. (1949): "The analytic treatment of major criminals: therapeutic results and technical problems" In *Searchlights on Delinquency*, R. Eissler (ed), International Universities Press, New York.—
13. VALLEJO, C. (1970): "La Cena Miserable", en *Obra Poética Completa*, Colección Literatura Latinoamericana, Casa de las Américas, La Habana.—
14. WARHEIT, G. J., BELL, R. A. & SCHWAB, J. J. (1979): *Needs Assessment Approaches: Concepts and Methods*, DHEW Publication Nº (ADM) 79-472, Government Printing Office, Washington, DC.—
15. WINNICOTT, D. W. (1963): "The development of the capacity for concern", *Bull. Menninger Cl*, 27: 167-176.—
16. WINNICOTT, D. W. (1966): "The location of cultural experience", *Int. J. Psychoanal.* 48: 368-372.