

# Locura, pobreza y sociedad: cuando la indigencia se transforma en enfermedad mental

Andrés Rousseaux

*Médico  
Especialista en psiquiatría  
Capítulo de Historia y Epistemología APSA  
E-mail: andresarousseaux@gmail.com*

En el inicio de la humanidad, el deambular sin rumbo e incluso el aislamiento eran vistos como uno de los caminos para alcanzar la sabiduría y la pobreza, como una prueba impuesta al cuerpo y al alma. Con el desarrollo de la sociedad moderna, en particular en su faceta urbana y económica, la pobreza comienza a ser observada como una consecuencia indeseable. En relación a esto, la psiquiatría desde sus inicios ha asociado cualquier acto en contra del orden social con los trastornos mentales graves, en particular la situación de calle, ya sea como causa o como consecuencia del padecimiento psíquico. El siguiente trabajo busca discutir si esta asociación es acertada, y analizar cuáles son las implicancias para cualquier tratamiento ante esta situación social, sin desconocer la gama de hechos psicopatológicos que constituyen las entidades clínicas. Además, intentará detallar cómo se aborda esta problemática en diferentes lugares del mundo, en un intento de dar cuenta del temor que existe ante el aumento de la población indigente en caso de que cierren los servicios de internación de largo tratamiento.

## Pobreza, locura y sociedad

Intentar entender la relación entre pobreza y locura requie-

re buscar en qué momento de la historia estos conceptos aparecen como un problema a resolver. Y si se debe buscar un inicio en la historia de la pobreza, resulta indispensable dedicarle unas palabras al maestro cínic, Diógenes de Sinope. Discípulo de Antístenes, el más antiguo pupilo de Sócrates, Diógenes vivió como un vagabundo en las calles de Atenas, convirtiendo la pobreza extrema en una virtud. Vivía en un barril, despojado de posesiones materiales y siguiendo los conceptos cínicos de autosuficiencia: una vida natural e independiente de los lujos de la sociedad. El sabio, sostenía, debe tender a liberarse de sus deseos y reducir al mínimo sus necesidades. Caminaba descalzo durante todas las estaciones del año, dormía en los pórticos de los templos, envuelto únicamente en su manto, pretendiendo con esta actitud poner en evidencia lo que él percibía como locura y artificialidad de la conducta humana (1).

Aunque la civilización occidental tiene sus raíces en la civilización griega, no por eso siguió todas sus concepciones filosóficas, en particular por el auge y el dominio de la fe cristiana sobre la sociedad. En la Edad Media la experiencia religiosa santificaba a la pobreza, dado que participaba oscuramente de la misma. La miseria era consecuencia del castigo divino; el loco sumergido en la pobreza era percibido como un habitante de otro mundo que vagaba por este

---

## Resumen

El objetivo del siguiente artículo es hacer una revisión bibliográfica sobre la relación entre situación de calle y enfermedad mental grave. De ambos conceptos existen diferentes definiciones, las cuales serán aclaradas oportunamente en función del trabajado analizado. El estudio de esta problemática, en particular por fuera del ámbito de nuestro país, resalta la falta de información sobre este tema en nuestro medio. Además, el siguiente trabajo busca discutir la asociación entre situación de calle y enfermedad mental grave, y presentar una nueva perspectiva de trabajo con respecto a este tema.

**Palabras clave:** Situación de calle - Indigencia - Enfermedad mental grave.

MADNESS, POVERTY AND SOCIETY: WHEN POVERTY BECOMES MENTAL ILLNESS

## Abstract

The aim of this article is to review the literature on the relationship between homeless and serious mental illness. For both concepts there are different definitions, which will be promptly worked according to the analysis. The study of this issue, particularly outside the scope of our country just highlights the lack of information about this topic in our country. In addition, the following work aims to discuss the relationship between homeless and serious mental illness, as well as a new perspective of work with respect to this issue.

**Keywords:** Homeless - Indigence - Serious mental illness.

mundo terrenal, expiando el castigo divino. Solo por mencionar algunos ejemplos, en 1400 Fray Jorré, perteneciente a la orden la merced, convenció a los habitantes de Valencia (su ciudad de origen) para fundar un hospital que acogiese a los locos que vagaban por las calles de la ciudad, de tal modo que no anduvieran sueltos por la ciudad (1,2).

Aún durante el Renacimiento se trataba a los locos como seres poseídos por su imaginación, que rondaban las urbes. En los siglos XVII y XVIII, cuando la razón predomina sobre la religión en los asuntos del Estado y la sociedad, la figura del loco comienza a ser asociada con la pobreza. Durante este período se inició un proceso político institucional por el que se encerraba a toda persona que pudiera encarnar un peligro para el orden social y sobre todo para sus modelos de producción (tanto en períodos de abundancia como de recesión). De esta manera, vagabundos, niños expósitos y locos fueron internados en los hospitales generales y casas de trabajo del continente europeo. Vale resaltar que este movimiento no estuvo alentado por la medicina, que intentaba fútilmente tratar a los marginales, sino por los estados absolutistas que añoraban la paz y la prosperidad económica de antaño. En esta época, el loco, al igual que el pobre, es visto como un ser ocioso que no puede seguir la lógica de trabajo obligatorio ni la vida colectiva, y por lo tanto es improductivo y peligroso. Durante este período, el loco, que antes era visto como un extranjero, es ubicado junto a los mendigos y vagabundos, dado que peregrina alterando el orden social; al no pertenecer a ningún lugar, se lo ubica en el margen de la norma. En el único lugar donde puede ser alojado en este nuevo orden social es en la incipiente institución del hospital general, herramienta social semi jurídica, alejada de la medicina, creada para contener y reprimir a los desclasados, junto a la policía y el poder judicial, como una nueva instancia de orden moral (3).

En el siglo XIX, con la llegada de obras de corte filantrópico y humanista, con autores que defendían la diferenciación entre el loco y el criminal, se empieza a brindar un trato especializado a aquellos a los que la locura había desclasado. Además, pensar que un resto de razón habita en la psique de estas personas brindaba la posibilidad de un tratamiento moral, e intentaba reubicar al loco en algún sector de la sociedad, aún cuando continuara habitando los muros del hospicio (4, 5).

A mediados de siglo XX, luego del segundo conflicto bélico mundial, surge un movimiento en el seno de la propia psiquiatría que derivó en una oposición a la misma disciplina. Así, algunos se cubrieron con la bandera de la llamada "anti psiquiatría". Aunque se lo suele asociar con este movimiento, Franco Basaglia (6), psiquiatra italiano que llevó a cabo un proceso de desinstitucionalización y desmanicomialización en Trieste, al norte de Italia, nunca se consideró un antipsiquiatra. Todo lo contrario, reivindicaba el papel social del psiquiatra junto al de otras disciplinas. Le parecía innegable la relación entre locura y pobreza, como causa y consecuencia recíproca: la carencia de derechos básicos permitió que se cometieran excesos sobre la ciudadanía de los afectados por trastornos mentales. Basaglia trabajó en la estigmatización de los diagnósticos y su implicancia en la reinserción social de los locos, que cien años después de la entrada de Pinel en Bicetre, seguían confinados a los muros

de la locura ubicados más allá de las paredes del manicomio, arraigados fuertemente en la mentalidad de las personas.

Algunos países, abogando seguir políticas de desinstitucionalización, realizaron cierres de servicios públicos de largo tratamiento sin un plan efectivo para la reinserción de las personas allí alojadas. A su vez, si bien la psiquiatría sigue sin descubrir la supuesta causa orgánica de los trastornos mentales, esta creencia fue instalándose cada vez más en el imaginario popular, en contraposición a la postura biopsicosocial como la que postulan los representantes del movimiento italiano. El avance de la utilización de medicamentos, al punto de medicalizar la vida cotidiana, junto a la creencia de que las causas de las enfermedades mentales son exclusivamente genéticas (expresión biológica ínfima, pero biológica al fin), hacen que actualmente el loco quede marginado y excluido, dado que, determinado genéticamente y sin acceso a la medicación (por los motivos sociales que se presentan como consecuencia de su enfermedad mental), se presenta como un satélite de la sociedad supuestamente normal por donde orbita, aún estando físicamente dentro de ella. Una situación no muy distinta a la del siglo XVII.

### Los indigentes en el mundo

En el siguiente apartado se analizarán distintos trabajos publicados en diferentes revistas de alto impacto a nivel mundial a fin de objetivizar cómo es abordada esta problemática, haciendo foco en el diagnóstico y abordajes posibles. La información en nuestro país es limitada (7,8, 9).

Los reportes de Estados Unidos estiman que cerca de un millón de personas en ese país son indigentes y un 44% es sin techo, con una gran prevalencia de problemas de salud mental en esta población, que en algún momento experimenta la indigencia y presentan un índice de mortalidad ajustado por edad 3 a 4 veces mayor que la población general (10,11), con mayor índice de hospitalizaciones y arrestos, debido a la mayor probabilidad de comorbilidades como drogas, alcohol y baja adherencia al tratamiento. Si bien muchas condiciones físicas de los indigentes pueden ser atribuidas a los efectos de estar en situación de calle, diversos autores plantean a la enfermedad mental como causa de la disposición a la indigencia. Según la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias de EE.UU., el 20% al 25% de la población indigente padece algún trastorno mental severo; según estiman, solo el 6% de la población total de EE.UU. padece algún cuadro psiquiátrico grave. Según la encuesta realizada a Alcaldes de ciudades de EE.UU. en 2009, la enfermedad mental es la tercera causa de indigencia (12).

### ¿Todos los indigentes son esquizofrénicos?

Un estudio realizado en New York compara 100 adultos en situación de calle viviendo en hogares que seguían tratamiento ambulatorio y 100 sin situación de calle recientemente dados de alta y en tratamiento ambulatorio. Se encontró que el diagnóstico de esquizofrenia era común dentro de las enfermedades mentales crónicas en este grupo, utilizando criterios DSM-III-R para esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, prevalente en gente que vive en hogares (13).

El estudio plantea que los hombres esquizofrénicos que se encuentran en situación de calle<sup>1</sup> ya tienen pobre

funcionamiento social antes del primer episodio, mayores niveles de síntomas positivos y negativos, mayor índice de abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad: se plantea como hipótesis explicativa que esta población proviene de familias disfuncionales, con mayor desgaste en el núcleo familiar consecuencia de la enfermedad y menor apoyo de los mismos. Por último, el estudio señala que tienen menor adherencia al tratamiento y generan menos consultas al servicio de salud mental, con la consecuente dificultad para conseguir alojamientos adecuados. De los 248 pacientes, 11 se negaron a participar, 22 dejaron y 4-5 abandonaron durante la realización del estudio. Una parte de la población en estudio (15 pacientes) presentó delirios y conductas desorganizadas que impidieron obtener datos válidos (evaluados por escalas PANNS, SCID). También se encontró una asociación entre familia disfuncional en la niñez y falta de apoyo en la adultez como factor de riesgo para indigencia. Los síntomas positivos intensos y la falta de un profesional que siga el caso a largo plazo también son riesgos para la indigencia, así como la falta de estrategias luego del alta de una internación, dado que el 50% de los indigentes no recibe tratamientos luego de la misma.

En otro estudio, donde se comparó la calidad de vida de personas indigentes con trastornos mentales con la de otras personas indigentes<sup>2</sup>, a través de entrevistas personales<sup>3</sup> a 1533 indigentes de Los Ángeles, se encontró que el 20%-25% de la población indigente total padece trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno depresivo y trastorno bipolar)<sup>4</sup>. De estos, se siguió a 520 por 15 meses (entrevistados cada 2 meses durante los años 1990-1991). Ochenta participantes presentaron criterio para esquizofrenia, 233 trastorno afectivo (depresión mayor). De los 520, 204 estaban en tratamiento. Ciento sesenta y tres presentaba abuso de sustancias. Demográficamente, las personas indigentes con trastornos mentales eran blancos, con estudios secundarios completos y con diagnóstico de abuso de sustancias, con patrones cíclicos de indigencia<sup>5</sup>. Uno de cada 5 indigentes con problemas mentales manifestó problemas para encontrar refugio, comida y ropa; también fueron víctimas de asaltos y violencia. Se observó que las personas indigentes con trastornos mentales severos tenían más posibilidades de recibir ingresos de seguridad social suplementarios e ingresos por discapacidad; también por ser veteranos de guerra o por Medicaid<sup>6</sup>, con peores indicadores de salud y de calidad de vida (14).

En función de estos resultados, el estudio propone que para mejorar la calidad de vida de los indigentes con trastornos mentales se deberían realizar intervenciones enfocadas en disminuir el stress a través de vivienda, ropa y comida estables, dado que las intervenciones que disminuyen la

depresión aumentan la calidad de vida. Agregan además:

*“Finalmente, el estereotipo de la persona indigente con esquizofrenia que se encuentra hablando con ella misma en la esquina de la calle no representa a la totalidad de la población indigente con enfermedades mentales. Se encuentra un número significativamente mayor de personas con trastornos afectivos que con trastornos psicóticos crónicos. Aunque el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en la población indigente presenta dificultades, nuestro estudio sugiere que debería haber una sospecha elevada de trastorno depresivo mayor cuando se evalúa a personas indigentes. Si estos síntomas son modificables, entonces nuestro estudio sugiere que tratamientos efectivos contra la depresión mejoran la calidad de vida”* (14).

Siguiendo el análisis de esta situación en EE.UU., se examinó la prevalencia de enfermedad mental entre 3 poblaciones indigentes<sup>7</sup> de San Luis en 1980, 1990 y 2000, utilizando la misma metodología (comparando abuso de sustancias y otras enfermedades mentales en las tres poblaciones). Se observó un aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias, como así también el número de minorías afectadas (15). Este análisis demuestra que la prevalencia de trastornos psiquiátricos no es estática entre la población indigente. En las últimas 2 décadas la prevalencia de indigentes con esquizofrenia y trastorno antisocial de la personalidad apenas cambió en la población, con aumento de la prevalencia de trastorno bipolar (generalmente al año de iniciar consumo de cocaína), depresión y trastornos de ansiedad, junto con un aumento continuo de consumo de alcohol y de drogas. Como factores de riesgo se señala un mercado laboral e inmobiliario inestable, la disminución de los beneficios públicos y las políticas de desinstitucionalización en EE.UU.

Poniendo el foco en Europa, se realizó un estudio descriptivo transversal de todos los pacientes con psicopatología detectada en la USM de Sant Marti-La Mina (Barcelona, 5 áreas básicas de salud, 103615 habitantes) (16). De los 21536 con registro de caso abierto desde 1982 hasta 2000, se encontró a 838 con diagnóstico de esquizofrenia (476) o afectados por la psicosis (362), con una prevalencia 2 veces mayor en el barrio sujeto a más factores de riesgo psicosociales (La Mina vs. La Verneda). Sin embargo, representa el 1% de las consultas totales y no puede atribuirse a falta de servicios de atención. Este estudio resalta la importancia de los factores sociales tomando la inestabilidad urbana como factor a tener en cuenta en la génesis de la esquizofrenia.

Un estudio realizado en Estocolmo analiza la prevalencia de trastornos mentales entre indigentes<sup>8</sup> internados en hospitales (1364 hombres y 340 mujeres) comparado con un grupo control de 3750 hombres y 1250 mujeres de la

<sup>1</sup> Los autores utilizan una definición literal: sin techo o forzados a dormir en la calle u hogares.

<sup>2</sup> Se definían así a las personas que habían estado viviendo en las calles, paradores o comedores durante los últimos 30 días.

<sup>3</sup> Entrevista de calidad de vida de Lehman.

<sup>4</sup> Se utilizó la categoría persona con trastorno mental crónico, que engloba a personas con esquizofrenia -según DSM-III-R con un síntoma en los últimos 3 años y todas las personas con diagnóstico de trastorno afectivo mayor- excluidos los que tuvieron un solo episodio depresivo o maniaco, distimia- o que no presentaron síntomas en los últimos tres años.

<sup>5</sup> Según los datos de los autores de este estudio, doscientos siete de los 309 con algún diagnóstico psiquiátrico consiguieron casa a lo largo del estudio contra 614 que no tenían enfermedad mental, probablemente debido a mayor apoyo económico estatal.

<sup>6</sup> Programa de salud del gobierno de EE.UU. para gente necesitada, creado en 1965 durante la presidencia de Lyndon Johnson, que además estableció legislación contra la discriminación racial y la pobreza.

<sup>7</sup> Se definían así a personas que no tienen residencia estable y que vivían en paradores o a la intemperie.

población general, durante el periodo definido entre los años 1996 y 2002. Este trabajo observó que las mujeres indigentes tenían más probabilidades de padecer trastornos mentales que la población general y que la población masculina de indigentes. El abuso de alcohol era igual para ambos grupos de indigentes, pero las mujeres tenían mayor incidencia de consumo de drogas, junto con mayor riesgo de padecer esquizofrenia y trastornos de la personalidad. El diagnóstico principal para ambas poblaciones era el trastorno por abuso de sustancias: el 11% de los hombres y el 22% de las mujeres tenían diagnóstico de psicosis, en comparación con el 1% del grupo control para ambos géneros. Las mujeres indigentes con abuso de sustancias tenían la mayor incidencia en días de hospitalización para síntomas psicóticos, neuróticos y relacionados con stress. Los hombres indigentes con diagnóstico de esquizofrenia y con consumo de sustancias tenían la mayor incidencia en días de hospitalización mientras que las mujeres indigentes en el grupo de consumo de sustancias tenían la mayor prevalencia de esquizofrenia (17). El estudio confirma los reportes previos que indicaban que la población indigente tiene pobre salud mental en comparación con la población general.

### Adherencia al tratamiento farmacológico

En los diferentes estudios (18, 19) se plantea una asociación entre la no adherencia al tratamiento en personas con esquizofrenia con recaídas e indigencia. Se estiman tasas de no adherencia del 60% y se plantean estrategias que abarcan desde intervenciones que favorezcan la adherencia al tratamiento como también la utilización de medicación de depósito, en particular el decanoato de haloperidol. Estos estudios, siguiendo una lógica centrada exclusivamente en el uso de medicación y su correlato biológico, concluyen que si bien las medidas de adherencia al largo plazo son importantes, se debe estimar la adherencia en períodos más cortos, lo cual establece criterios de vulnerabilidad que ayudan a establecer estrategias, observándose el mayor riesgo de reingreso (y por ende mayor costo al servicio de salud), dentro de los 60 días luego del alta. Otros estudios señalan que el uso de estrategias no farmacológicas (charlas con voluntarios) entre los indigentes reduce el uso de los servicios de salud mental. Uno de los 3 ítems para combatir la indigencia según *National Coalition for the Homeless* es una mejor coordinación con los servicios de salud mental, dado que, según sus datos y contrario a la creencia popular, muchos indigentes están dispuestos a recibir tratamiento, siendo particularmente exitosos los que apunten a un contacto continuo con el mismo equipo de atención (20).

### Estrategias terapéuticas

Durante 5 años (21) se evaluaron los resultados de una cohorte de 189 pacientes internados crónicamente en el Hospital Riverview, en British Columbia. Algunos de ellos fueron trasladados a Residencias Psiquiátricas terciarias, algunos a la comunidad en dispositivos menos estructurados y algunos permanecieron en el Hospital Riverview. La mayoría inicialmente estuvo en instituciones con cuidados

las 24 horas para luego ser reubicados en lugares más pequeños. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas del Hospital Riverview y a través de entrevistas semiestructuradas y autoadministradas en cada lugar donde residieron los participantes (a ellos y a los miembros de los equipos que los atendían). En los resultados, se encontró una mínima evidencia de transinstitucionalización hacia prisión o situación de indigencia; una de las participantes residió en un instituto correccional, otro en un instituto forense y otro estuvo un tiempo en la indigencia. Además, la mayoría de los participantes permanecieron en residencias que les proveían cuidados las 24 horas. El 80% de la población tenía diagnóstico de trastornos del espectro esquizofrénico y algunos duales (consumo de sustancias 52.4%). Además, el 71.5% no había terminado el secundario y el 67.2% fue internado más de 6 veces, la mayoría por más de 2 años. Todos ellos permanecieron sintomáticamente estables; y si bien algunos síntomas sociales avergonzantes aumentaron, no se registró un aumento de los síntomas agresivos ni deterioro neurocognitivo y hasta hubo mejoras en la calidad de vida. Los participantes demostraron una mejora en las habilidades que reflejan autonomía, como el manejo del dinero y la preparación y el cuidado de la comida, y las habilidades laborales y de transporte. Además, percibieron un aumento de su calidad de vida. Este estudio demuestra que un apropiado cierre de internaciones hospitalarias puede llevar a un resultado positivo a nivel psico social y puede evitar resultados negativos como terminar en prisión o en la indigencia<sup>8</sup>.

En un estudio realizado en una ciudad de Taiwán (22), se analizó la asociación de factores sociales, personales, de enfermedad y familia con la calidad de vida de pacientes de dos enfermedades mentales crónicas. Se evaluó una población de 714 pacientes (50.1 % hombres, 49.9 % mujeres) con diagnóstico de esquizofrenia (72.1%) y trastornos afectivos (27.9%) (utilizando CIE-9). De los datos demográficos obtenidos se desprendía que 38.4% tenían educación secundaria, 87.4% estaban desempleados, 70.3% eran solteros/as, 70.6% vivían con un cuidador y 69.7% vivían en su propia casa. El 82.1% había sido hospitalizado previamente, con tratamiento ambulatorio en clínicas o programas de rehabilitación comunitarios. El 15.5% vivía solo, el 12.5% alquilaba o estaba en una situación de vivienda inestable (23.8%). Los predictores de valores bajos de calidad de vida fueron: altos niveles de estrés psicosocial y cansancio de los familiares como así también antecedentes de intentos de suicidio, actitudes negativas de las personas que los cuidaban y haber sido alejados de sus hogares. El estudio muestra que los factores de la enfermedad son importantes predictores de calidad de vida en este tipo de pacientes. El apoyo familiar es más importante que los factores sociales. Los pacientes suelen ser cuidados por su grupo familiar; aun así, presentan bajos niveles de calidad de vida, siendo aún más bajos en personas indigentes. Los autores concluyen que las estrategias deberían estar centradas en la familia, con programas de educación y estrategias que alivien el cuidado de la familia.

Otros estudios proponen centros de atención primaria

<sup>8</sup> Se define así a personas sin residencia, propietarios o inquilinos, sin dirección o que dependen de alojamientos temporales; también a personas en instituciones y paradores cuando son dadas de alta de estas instituciones.

en salud mental con resultados positivos (23,24) e intervenciones en la población estudiantil (25), a fin de evitar la estigmatización y favorecer la reinserción de estas personas.

## Conclusiones

Una relación tan compleja como la que se establece entre locura y la pobreza no puede engendrar explicaciones simples. Como se puede observar tanto en el breve desarrollo histórico como en el análisis de los trabajos presentados, existe una cambiante forma de observar y abordar los conceptos de locura y pobreza, aunque siempre se los ubica alejados de la norma y de la fantasía de normalidad que tanto intentan proteger los seres racionales. No obstante, es innegable que desde la modernización de la sociedad, en sus costumbres, creencias y formas de producción, ese par marginal se ha presentado como un problema. Como tal, primero se intenta definir los elementos que lo componen, de ahí una posible explicación y en el mejor de los casos una solución. La gran mayoría de los trabajos dan como innegable la relación entre locura y pobreza, pero sin poder afirmar ciertamente si existe una relación causal entre una y la otra. A su vez, hay un cambio de perspectiva con respecto a que loco es el que se encuentra en la indigencia. En este punto vale recordar las palabras del maestro argentino de la psiquiatría, Juan Carlos Goldar: *"Por su parte, las configuraciones esquizoides de la esquizofrenia apática se nos presentan sobre todo, con el perfil de la ociosidad, de la haraganería. Aquí encontramos individuos que viven siempre al borde de la indigencia y que, al perder el sustento que les ofrecen sus parientes más próximos, se sumergen en la miseria más oscura. En tanto el esquizoide hebefrénico puede conseguir una existencia pasable a través de vínculos con círculos marginales, el esquizoide apático sin sustento termina casi siempre en sociedades de protección, cuando no directamente a pordiosear"* (26).

Excede los objetivos del presente trabajo analizar los constructos diagnósticos por él creados, pero si vale señalar que sigue la lógica de la causalidad inevitable entre los cuadros psicóticos graves y la indigencia que suele estar implícita en los manuales diagnósticos (27), de los cuales el maestro de los hospicios argentinos no puede estar más alejado<sup>10</sup>. Esto nos lleva al primer punto a analizar: en función de definiciones de los trastornos mentales que no tengan en cuenta elementos clínicos basados no solo en estadística sino en criterios psicopatológicos (28, 29), los resultados obtenidos estarán más cercanos a medidas de ajustes de normalidad que a medidas de salud de una población determinada<sup>11</sup>. No se desmerecen los datos obtenidos por la estadística, mientras que los mismos sean elaborados a través de criterios de salud y no con criterios que busquen empujar fuera de la campana de Gauss.

Si nos quedamos solamente con el concepto de que la población indigente es solo afectada por trastornos menta-

les graves (donde se engloban la esquizofrenia y el trastorno bipolar, solo por seguir la convención utilizada en la mayoría de los trabajos), se pierden de vista otras situaciones clínicas como el consumo de sustancias y alcohol, que como se puede observar en los estudios presentados, es de mayor prevalencia en esta población<sup>12</sup>. Aún más, lo que muestran los estudios es una población de personas con esquizofrenia estable, con un aumento de personas con trastornos afectivos en la población indigente. Quizás esto se deba al cambio de tendencia en la psiquiatría; en el pasado era el concepto de esquizofrenia el que todo abarcaba, con su voracidad nosográfica, mientras que ahora es el trastorno bipolar el que arrasa con cualquier otro planteo diagnóstico. No obstante su canibalismo dimensional, no es la presentación más frecuente en esta población (33).

Ahora bien, el segundo problema es si existe relación entre la locura y la pobreza: ¿Existe causalidad entre ellas? Es una pregunta imposible de contestar a la luz de los datos expuestos y disponibles. Lo que sí se puede observar es que factores no biológicos como familias disfuncionales, falta de acceso a servicios de salud con sus profesionales correspondientes y recursos necesarios sí llevan a que la situación de indigencia perdure. El foco de investigación en este campo debería seguir esta línea más que la búsqueda eterna de una etiología biológica que todo lo explique, la "Atlántida de los padecimientos psíquicos", o la inversión de la industria farmacéutica en un posible anti forclusivo del Nombre del Padre. Las políticas gubernamentales deberían elaborar programas que, sin desconocimiento de las herramientas farmacológicas y no farmacológicas, puedan tener en cuenta el medio social donde se encuentra la persona con padecimiento psíquico y las posibles causas de que esté ahí, como herramientas para pensar estrategias posibles para lograr su bienestar, no su segregación (34,35,36,37). Vale recalcar que, aún con pleno acceso a los servicios de salud y con subsidios estatales, estos se tornan insuficientes cuando la demanda de salud excede lo que estos beneficios les pueden brindar. Pensar que la indigencia solamente se puede evitar con medidas que favorezcan la adherencia al tratamiento (en especial los farmacológicos) implica una deuda de conocimiento clínico que en definitiva termina pagando la persona que recibe tan limitada atención.

Por último, el temor a las consecuencias del cierre de los grandes hospicios. Como lo demuestran experiencias en lugares lejanos a Trieste, lo que podría llevar a un proceso de transinstitucionalización, o sea el paso de un individuo de una institución a otra, no es el cierre en sí de los hospitales, sino el modo en que ese cierre se lleve adelante. El manicomio existe en la cabeza de las todas las personas y toma formas muy variadas; el hospicio es solo una de ellas. Si no se realizan políticas de concientización en la población y en los profesionales acerca de los distintos padecimientos psíquicos y sus posibles tratamientos; si no se crean dispositivos intermedios como

<sup>9</sup> El 10.6% murieron durante el transcurso del estudio.

<sup>10</sup> Es de destacar que desde la primera descripción de la hebefrenia realizada por Hecker en 1871, forma juvenil de la moderna esquizofrenia, se destaca la tendencia al vagabundeo como uno de sus síntomas característicos. Para más información ver: Kraepelin E; Kalhbaum K; Hecker E: "La locura maniaco-depresiva". "La Catatonía". "La Hebefrenia". Buenos Aires: Editorial Polemos; 1996.(30)

<sup>11</sup> En la nueva edición del DSM (31), se puede encontrar en el apartado *Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica* definiciones con respecto a problemas de vivienda, problemas económicos, exclusión o rechazo social, problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otras asistencias sanitarias y al vagabundeo asociado a trastorno mental.

<sup>12</sup> En el trabajo realizado por Médicos sin Fronteras en 2009 en la Ciudad de Buenos Aires en población en situación de calle, la problemática de adicciones afectaba a un 41% de la población, siendo el mayor motivo de consulta en Salud Mental (32).

casas de medio camino y centros de atención primaria, no solo necesarios sino indispensables para cualquier abordaje por fuera del tercer nivel de atención (hospitales especializados); si no se fomenta el trabajo interdisciplinario, manteniendo un campo multidisciplinario donde predomina la fuerza de la disciplina médica; si no se plantean estrategias que tengan en cuenta la coyuntura social de donde la persona desee reintegrarse, la población de indigentes seguramente aumentará, pero no por el cierre de las instituciones decimonónicas, sino porque no se hizo nada para evitar dicho aumento.

Este trabajo no niega la relación entre locura y pobreza siguiendo estos planteos, sino que señala que la misma no puede ser pensada de forma lineal ni estática, como las instituciones sociales plantean a la pobreza y la psiquiatría

tradicional viene pensando la locura como enfermedad, aislada del contexto y que aísla del mismo. La pérdida de contacto vital con la realidad no necesariamente lleva a que siempre se produzca una pérdida de contacto vital con el cuerpo social, y, en caso de producirse, se debe a que la apatía social primó sobre la apatía psicopatológica. La locura no segrega, las personas sí; la pobreza no dignifica, asesina, tanto como la indiferencia.

### Declaración de conflictos de interés

El autor no declara conflictos de intereses ■

### Referencias bibliográficas

- Postel J, Quérel C. Nueva historia de la Psiquiatría. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis, Séptima Parte. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
- Pileño Martínez M, Morillo Rodríguez FJ. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Cultura de los Cuidados 003; VII (13).
- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Vol. I. México: Fondo de Cultura Económica; 2012.
- Bercherie P. Los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Manantial; 1986.
- Lanteri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000.
- Basaglia F. La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Editorial Topia; 2008.
- AA.VV. Buenos Aires sin techo: Informe sobre la emergencia habitacional en la Ciudad de Buenos Aires [Internet]. 2010. disponible en: <http://www.territoriosgobernanzaydemocracia.xtrweb.com/>.
- Baigorria J, Huanambal D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los homeless porteños [Monografía]. Trabajo realizado por equipo de profesionales del Parador Retiro (CABA).
- Barcan A, Ferrin S, Lavalle S, Levy S. Indigentes: los que pernoctan en el Hospital Álvarez. *Clepios* 2008; XIV (2): 68-72.
- Caton C. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health* 1994; 84 (2).
- Welsh K. Prevalence of bipolar disorder and schizophrenia in Houston outreach medicine education, and social services (HOMES) clinic patients: implications for student managed clinics for underserved populations. *Acad Med* 2012; 87 (5): 656-61.
- National Coalition for the homeless. <http://www.national-homeless.org>.
- Carol L. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A Case-Control Study. *Am J Public Health* 1994; 84 (2): 265-70.
- Sullivan G. Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course of homelessness study. *Psychiatric Serv* 2000; 51 (9): 1135-41.
- North C. Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *Am J Public Health* 2004; 94 (1).
- Tizón J. Psicosis y diferencias sociales: comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2010; 30 (106): 193-218.
- Beijer U. Gender, hospitalization and mental disorder among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health* 2010; 20 (5): 511-6.
- Markowitz M. Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and cost among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. *BMC Psychiatry* 2013; 12: 246-56.
- Sajatovich M. Prospective trial of customized adherence enhancement plus long action injectable antipsychotic medication in homeless or recently homeless individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2013; 74 (12): 1249-55.
- Tsai J. When health insurance is not a factor: national comparison of homeless and non-homeless us veterans who use veterans affairs emergency department. *Am J Public Health* 2013; 103 (52): 225-31.
- Petersen K. Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: A prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients. *Schizophr Res* 2013; 149.
- Huang RR. Quality of life and its associated factors among patients with two common types of chronic mental illness living in Kaohsiung City. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 482-90.
- Domino M. Serving persons with severe mental illness in primary care-based medical homes. *Psychiatric Serv* 2015; 66 (5).
- Keogh C. Health and use of health service of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary care in Dublin. *BMC Health Ser Res* 2015; 15 (58).
- Magliano L. Social dangerousness and incurability in schizophrenia: Results of an educational intervention for medical and psychology students. *Psychiatry Res* 2014; 219: 457-63.
- Goldar JC, Rojas D, Outes M. Introducción al diagnóstico de la psicosis. Buenos Aires: Editorial Salerno; 1994.
- Kessler R. prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of "DSM-IV Disorders" in the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69 (4).
- Vaschetto E. Epistemología y psiquiatría: Relaciones Peligrosas. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2012.
- Vaschetto E. Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro. Buenos Aires: Editorial Grama; 2010.
- Kraepelin E, Kalhbaum K, Hecker E. La locura maniaco-depresiva. La Catatonía. La Hebefrenia. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1996.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, V.A.: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- Basile G, Silvi C, Cafaro C, López R. Médicos del Mundo. Informe Salud en la Calle. 2009.
- Tsemberis S. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 1994; 94 (4).
- Scott K. Associations between subjective social status and DSM IV mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71 (12): 1400-8.
- Cortes A. Modernización, dependencia y marginalidad: itinerario conceptual de la sociología latinoamericana. *Sociologías* 2012; 14 (29): 214-38.
- Delfino A. La noción de marginalidad en la teoría social latinoamericana: surgimiento y actualidad. *Rev Univ Humanística* 2012; 74: 17-34.
- Dore E. La marginalidad urbana en su contexto: modernización truncada y conductas marginales. *Sociológica* 2008; 23 (67): 81-105.