

IncurSIONes en el fondo del barril

Pacientes psiquiátricos crónicos, huérfanos precarizados y familias ausentes*

Bottom of the Barrel Raids

Chronic psychiatric patients, precarious orphans and absent families

Carlos Sluzki^a

^aProfesor (Clínico) de Psiquiatría, Escuela de Medicina, George Washington University, Washington, DC; y Profesor Emérito, Escuela Carter de Paz y Resolución de Conflictos, George Mason University, Arlington, VA.

Historia editorial

Recibido: 10-08-2021

Primera revisión: 12-01-2022

Aceptado: 01-04-2022

* Versión ampliada de una presentación plenaria virtual en el Congreso RELATES 2020, Asunción, Paraguay, Julio 2020.

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ULTIMO RECURSO

Hace un par de años, habiéndome jubilado de la universidad y deseoso de mantener una actividad profesional institucional con responsabilidad social, así como explorar vertientes del sector público de los que tenía menos experiencia, acepté un puesto a medio tiempo como psiquiatra a cargo de una unidad del hospital psiquiátrico público cerrado de último recurso de la región.

Se trata de un hospital modelo clínico y forense, que heredó nombre y lugar (en la secuencia de servicios públicos) del viejo gran asilo clásico para pacientes psiquiátricos graves e incapaces de insertarse en otro nicho de la estructura social. Su función de “hospital de último recurso,” razonable en su intención, sufre las penurias de las promesas incumplidas (insuficientes estructuras intermedias de salud, insuficientes fondos públicos, etc.) del proyecto revolucionario fallido (a nivel mundial) de transformar la psiquiatría de hospicio en programas preventivos y comprehensivos de salud mental comunitaria. (Lamb, 1998, *inter alia*)

Se trata, con todo, de un hospital de arquitectura, diseño y procedimientos modernos, con una capacidad total de 290 pacientes, sectorizado según niveles de contención y de compromiso físico en 11 unidades de menos de 30 pacientes cada una, cada una de ellas con habitaciones privadas o semiprivadas y alas para varones y para mujeres. Cada unidad cuenta con un psiquiatra, un residente psiquiátrico muy actualizado en psicofarmacología, una psicóloga con formación forense adicional, una trabajadora social, un jefe de enfermería, una coordinadora del sector, y abundante personal calificado de enfermería y mantenimiento¹. Los pacientes pasan 6 horas por día en un centro terapéutico integrado al edificio, en el que se provee múltiples grupos terapéuticos, psicoeducacionales, de arte, música, lectura, y ejercicio, además de un gimnasio y una cancha de basquetbol, así como servicios médicos, pediátricos, dentales y sociales, y hasta una peluquería. La institución está dedicado exclusivamente al tratamiento (“control”, me corrige Foucault desde las páginas de su primer y tercer libro) de pacientes con trastornos psiquiátricos graves y persistentes, incluyendo indigentes muy sintomáticos e incapaces de cuidarse mínimamente para poder vivir como

1 Utilizo el género de quienes eran miembros estables del equipo del que yo era parte en ese período.

sin-techo, o pacientes derivados de la prisión regional por comportamientos descontrolados o riesgosos, definidos como psicóticos y que no han respondido a los tratamientos psicofarmacológicos ofrecidos en la cárcel. En resumen, los pacientes en esta institución presentan largas historias de comportamientos psicóticos, muchos de ellos “usuarios frecuentes”, casi siempre sin recursos económicos y sin red de apoyo familiar o bien rechazados por una red social “quemada” por años de frustración.

Una cuarta parte de esa población circula en el lento circuito vicioso de I. hospitalización, II. restablecimiento de un régimen con psicotrópicos, psicoeducación, y apoyo institucional; III. alta con alojamiento estable asegurado y apoyo de servicios sociales y médico/psiquiátricos móviles en la comunidad, IV. desconexión de esos servicios por incumplimiento de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos o de requisitos establecidos por el alojamiento (tales como no defecar en los rincones de la habitación); V. ingreso a la comunidad de los sin-techo (generalmente sin aceptar cuidados de los servicios psiquiátricos públicos móviles existentes para los sin-techo); V descompensación psiquiátrica severa con agitación o violencia o riesgo; VI. hospitalización de pocos días en servicios psiquiátricos de agudos por iniciativa de los servicios sociales o los equipos médicos del servicio publico de apoyo a los sin-techo, o en precintos policiales, detenidos por riesgo en la vía publica (por ejemplo, correr desnudos gritando agitados en medio de la vía pública) o por precintos de seguridad (por ejemplo, presentarse agitados en los portales de la CIA protestando que lo estén vigilando con rayos ultravioletas desde los satélites); y VIII. re-hospitalización por varios meses en este hospital psiquiátrico de ultimo recurso. A su vez, otros cuartos de los pacientes se acomodan para vivir el resto de su vida en esta institución, a la que consideran “su hogar”, rehusando participar o sabotando toda conversación acerca de servicios comunitarios que impliquen un proyecto de alta.

La mayoría de los pacientes internados en hospitales de ultimo recurso pertenecen a una u otra minoría, fundamentalmente norteamericanos descendientes remotos de esclavos africanos (*African-American*). Esto no es de extrañar, ya que, en los Estados Unidos, una sociedad con historia y practicas sociales racistas, gran parte de las minorías tienen mucho menos acceso a la educación sostenida y a los servicios de salud y sociales y se ven frecuentemente entrampados en círculos viciosos intergeneracionales y contextuales de pobreza,

16 ignorancia, drogadicción, y falta de uso de servicios de salud y salud mental preventivos o terapéuticos. Merece resaltarse con todo que el personal de este hospital público, ejemplar desde la mayoría de los standards pertinentes, también está compuesto fundamentalmente por minorías (con lo que el micro-mundo de esta institución no reproduce el escenario macro de “blancos opresores y negros oprimidos.”) Queda claro que yo, minoría en mi equipo considerando mi tez blanca, tenía un cargo jerárquico elevado dentro de ese microcosmos multiétnico y de mayoría de tez oscura que coordinaba las prácticas del sector. En mis inicios, parecían esperar de mí un cierto despliegue de mandamás, especialmente cuando estaba en desacuerdo con la dirección de alguna decisión colectiva... o bien me ignoraban. Pero el equipo, aun cuando se perfilaban alianzas internas sutiles dentro de sub-grupos étnicos (africanos --inmigrantes recientes de países de África, ya como técnicos o profesionales— vs. caribeños vs. Afro-norteamericanos) parecía operar colectivamente con una dinámica razonablemente equilibrada y eficiente. Así fue como a mi vez adopté desde el comienzo una política de operar como un inmigrante o visitante ignorante pero respetuoso de las reglas locales, a veces como un viejo distraído (lo que no me costaba mucho hacer) y otras como antropólogo ingenuo y despistado tratando de convivir con una tribu de la que poco sabía (inspirado en el Levi-Strauss temprano de *Tristes Trópicos*).

La gran mayoría de los pacientes de mi sector y del hospital, desconectados de sus familias y de los procesos sociales, han nacido y vivido sumergidos en los estratos económicos más marginales y socialmente carenciados, los así llamados medios de “precariedad” o de “desapego.”² La discontinuidad de muchos hábitos sociales y referentes culturales entre los pacientes y yo, es decir, la “distancia” no solo cultural sino de supuestos básicos del vivir, requirió por mi parte un ejercicio constante e interesante de “traducciones” referenciales y comportamentales para reducir malentendidos guiados por supuestos y prejuicios (por una y otra parte).

Luego de un primer periodo de inmersión en la que me fui integrando al equipo del sector y establecí múltiples contactos con los pacientes, descubrí que en la práctica

2 La literatura antropológica y socio-política europea reciente subdivide a la clase social de escasos recursos y acceso en tres niveles: 1. estrato integrado, gente con trabajo estable que cuenta además con un Estado protector (haciendo uso de los seguros de salud y de vejez/jubilación que provee el estado), 2. estrato de precariedad, gente con trabajo y vivienda inseguros, inestables, e impredecibles, con mínimo apoyo social y estatal, al que desconfían y evitan, viviendo a un paso de la debacle (e.g., un mes sin ingresos es suficiente como para que pierdan la posibilidad de pagar su alojamiento); y 3. estrato desapegado, gente aislada relacional y socialmente, marginalizada permanentemente de los mercados de trabajo y del soporte social. (Sproll y Wehr, 2014; Kasmir, 2018)

estaba clasificando a los pacientes de acuerdo con cinco estilos relacionales predominantes:

1. seductores indiscriminados: amistosos, buscando el contacto, me expresaban preferencia --y tardé un tiempo en darme cuenta que se estos pacientes se comportaban así no solo conmigo sino también con la psicóloga, la trabajadora social, y otro personal de la sala y del hospital (para herida en mi narcisismo!), si bien esa disposición contrastaba con que rara vez seguían los planes terapéuticos propuestos³
2. seductores conductistas: funcionaban hasta un punto como los seductores indiscriminados, si bien a la menor frustración reaccionaban ofendidos o indiferentes y bajaban la cortina ... hasta que la levantaban... o no a la semana siguiente, siempre y cuando yo no cambiara mi actitud amistosa o pasara alguna pequeña prueba de lealtad⁴
3. desapegados/paranoides: mantenía una accesibilidad limitada y desconfiada en todo momento, respondiendo con extrema reserva, y aun con cierta violencia, a acercamientos, preguntas o actos amistosos⁵
4. y en los extremos, (a) aquellos encerrados en su mundo, demasiado ocupados como para prestar atención a los demás, y por lo tanto sin disposición alguna para el con-

3 Un paciente hiper-amistoso, hablándome casi en secreto, me pide como favor personal que lo excuse de atender uno de los grupos de adicción el próximo fin de semana, argumentando que le debe unos dólares a un paciente de otro sector que también concurre al grupo, y que no tiene forma de pagarle. Comentando el pedido con la psicóloga, y después con el equipo, me entero que ha hecho lo mismo con cada uno de ellos, y todo tenía que ver con querer ver en la televisión un partido de futbol de su equipo favorito que jugaba a la misma hora del grupo. Decidimos autorizar su ausencia diciéndole que ese partido era de veras importante, sin mencionar siquiera el engaño de la deuda, para desconcierto del paciente.

4 Otro paciente, quien me decía con frecuencia que yo era como un padre para él, un buen día nos cruzamos en el corredor y no me saludó, claramente enfurruñado. En los días siguientes yo seguí saludándolo cordialmente sin explorar el motivo de su distancia, con igual falta de respuesta, hasta que, cinco días después, él vino a mi oficina y me pregunto si podía explicarme el motivo de su distancia. Por cierto, lo invite a que lo hiciera, si bien no recuerdo cual fue su argumento --trivial, desde mi punto de vista--, solo mi decisión (un tanto psico-pedagógica) de no caer en una trampa relacional que le debe haber funcionado bien en el pasado.

5 Dentro de quienes desplegaban este estilo, uno de los mas paradójicos era un hombre corpulento de unos 50 años, hospitalizado desde hace ya un par de décadas (altas previas fueron seguidas por serios actos de violencia en contra de su ex esposa y otros), siempre irascible y rehusando toda tentativa de conversación y aun mas a cuestionamientos de su perspectiva: era, decía, el dueño del hospital, además de varias otros hospitales, universidades y corporaciones, y estaba hospitalizado por un error administrativo que seria resuelto en pocos días. A la vez, aceptaba pasivamente y sin problemas las evaluaciones físicas diarias (sufría de diabetes e hipertensión), el suministro de mediaciones y las rutinas de la institución. Mis conversaciones con *the boss* ("el jefe", como yo lo llamaba) eran siempre mínimas, ya que se retiraba de mi consultorio --que estaba ubicado dentro del sector-- al minuto, impaciente, independientemente del tema, frustrando cada vez mi ilusión de poder establecer conversaciones contra-paradójicas.

tacto mas allá de monosílabos o de respuestas ad hoc; y (b) aquellos pocos que establecían un contacto dentro de los standards sociales del mundo extra-hospitalario⁶.

Esa tipología *ad hoc* que desarrollé como modo de poner orden en mis experiencias me fue útil para no entramparme en los favoritismos y distancias que estos estilos tendían a generar en mi (llamémoslo por su nombre:) ecos contratransferenciales.

Esta sistematización no solo me fue útil a mí, sino que también al resto del personal, ya que la introduje reiteradamente como observación durante las reuniones del equipo. Los comentarios al respecto me confirmaron que el impacto de los estilos relacionales de los pacientes, interpretados en cada oportunidad por el personal como atributos de la relación con ellos, les generan impaciencia, desesperanza, o sentimiento de traición. El entender a esos estilos como “adaptativos,” es decir, útiles por los pacientes solo que, actuados indiscriminadamente, introdujo más paciencia, tolerancia a la frustración, y permitió minimizar las expectativas a corto plazo a la vez que mantener una base de optimismo en la interfaz con sujetos con una visión del mundo en la que el futuro no los incluye.

E hizo eco, por asociación o tal vez como inspiración, con experiencias clínicas en las que participe tiempo atrás a través de consultas, a saber, los efectos del contexto en huérfanos y niños abandonados que habían sido criados en los horribles orfanatos rumanos de pocas décadas atrás e, indirectamente, en las ordalías de muchas de las familias que los adoptaron.

LOS ORFELINATOS RUMANOS ENTRE 1966 Y 1989.⁷

En 1966, Nicolae Ceaușescu (se pronuncia Chechescu), secretario general del Partido Comu-

6 Me acabó resultando muy razonable el argumento de una paciente de 60 años, HIV-positiva, un tanto hosca pero bonachona mas allá de esa mascara, que, en conversaciones amistosas, me explicaba que no iba a poder acomodarse a las restricciones horarias de los albergues intermedios a los que seria referida después del alta de su episodio delirante. Su proyecto a largo plazo era volver a vivir como sin-techo en la gran estación terminal de trenes regional, donde conocía la pequeña comunidad que habitaba allí, así como los recovecos donde poder refugiarse y dormir, además de que, a través de los años, varios restaurantes de la estación la reconocían y le ofrecían alimentos a diario. Cuando se sentía merodeada por algún colega hostil o peligroso, conseguía a otro miembro de su comunidad de los sin-techo con quien intercambiaba sexo por la seguridad de su compañía. Lo que aun no había resuelto era cómo lidiar después del alta con los neurolépticos que le eran traídos a diario por los equipos de servicios de salud publica para los sin-techo, que ella rechazaba cuando estaba de mal humor, lo que a la larga sabía que desencadenaría los comportamientos agitados que acababan en una re-hospitalización. Mi argumento, que no estoy seguro la convencía, era que el *timing* de su rechazo de los medicamentos puede tener su sabiduría, si ocurría cuando su vida como parte de la “familia” local de los sin-techo se tornaba peligrosa, o sentía que necesitaba mas cuidados por un tiempo, los que podían ser provistos por su “otra familia,” la del hospital, que la conocía (y la trataba) bien. Al poco tiempo de mi partida del hospital me apenó saber que esta paciente había muerto de COVID-19. RIP, Ms. J.

7 Discuto también este tema en el prólogo de Linares y Colapinto, 2021.

nista Rumano y presidente de Rumanía hasta su derrocamiento 23 años después, convencido de que un crecimiento demográfico conduciría a largo plazo al crecimiento económico de su país, decretó la prohibición de la venta de anticonceptivos, así como el aborto, agregando un impuesto anual de castigo por familias con menos de cuatro hijos, Eso condujo a un aumento dramático de la tasa de natalidad. Sin embargo, el estancamiento económico ya terrible de ese país empeoró aún más después de 1982, debido en parte a la decisión de Ceaușescu de usar buena parte de los ingresos fiscales federales para pagar la deuda externa del país (incluida una restitución de guerra debida a la URSS, ya que Rumania, para entonces parte de la esfera soviética, durante la segunda Guerra Mundial había sido un aliado estable del régimen nazi). Como resultado del efecto combinado de esos factores, un total acumulado estimado en 500,000 bebés y niños pequeños huérfanos o bien abandonados por los padres acabaron internados en los pocos asilos estatales existentes, entidades anticuadas, superpobladas y con personal totalmente insuficiente e ignorante que previamente almacenaban a niños con discapacidades severas, o en unos pocos orfanatos más nuevos igualmente superpoblados y con personal insuficiente y sin formación profesional (Odobescu, 2015).

Colectivamente, estos bebés y niños pequeños fueron criados en un contexto de precariedad o abandono y desapego extremo, negligencia institucional, abuso físico y sexual, y objeto de un uso indiscriminado de drogas para controlar el comportamiento. Las condiciones abismales en la mayoría de estos orfanatos decayeron aún más a mediados de los años '80: la recesión económica creó una reducción aun mayor del personal en los orfanatos, cortes periódicos de electricidad y calefacción y reducción presupuestaria destinada a alimentos. Sin atención personalizada, desnutridos, maltratados, descuidados físicamente y con frecuencia abusados sexualmente, los bebés permanecían acostados en sus cunas mirando el techo blanco o la lamparita colgante de un cable, excepto cuando eran alimentados por personal apresurado y sin entrenamiento, y los niños pequeños pasaban sus días desnudos, sentados en su propia orina y heces, a veces atados a su cama. El resultado, para nada sorprendente, fue una elevada mortalidad en esa población y un retardo dramático en cognición, desarrollo emocional y físico en aquellos que sobrevivieron

Cuando, luego de la revolución de 1989 que defenestró y ajustició a Ceaușescu después de 23 años de dictadura, el drama de los orfanatos rumanos se hizo público⁸,

⁸ Merece mencionarse que, durante el período abismal de esa dictadura, algunos investigadores entrevistaron la situación de estos huérfanos como una suerte de experimento natural y, aceptando las limitaciones de divulgación y de cambio

20 y miles de parejas tanto locales como de otros países se ofrecieron a adoptar a esos niños.

LAS ADOPCIONES DE ESTOS HUÉRFANOS

Buena parte de estos huérfanos florecieron al tiempo en entornos familiares tiernos, pacientes, estables y nutritivos física y emocionalmente. Con todo, a muchas parejas adoptantes las tomó de sorpresa la tenacidad de la caracterología social que presentaron sus nuevos hijos adoptivos y el tiempo y esfuerzo que les requirió la tarea (Audet, K & La Mere, L, 2011; Carlson y Earls, 1997; Chisholm, K, 2008; Fisher, 1997; Fries, Shirtcliff, Pollak, 2008; Gunnar, Bruce, Grotevant, 2000; Mainemer, Gilman, y Ames, 1998; Morison, Ames, Chisholm 1995; Nelson, Zeanah, Marshall et al, 2007; Nelson, Fox y Zeanah, 2013; inter alia.)

(1) Algunos se enganchaban con mirada de amor y apego con los nuevos padres (los que se habían sentido “elegidos” por esas efusiones) pero también hacer lo mismo con quienquiera que aparecía en su campo relacional: esos despliegues de apego eran totalmente indiscriminados –lo que acababa generando en la pareja adoptante desconcierto y aun sentimientos de traición, de no ser especiales, “premiados” por esos despliegues de afecto, sino solo usados. De entre estos niños, algunos, cuando eran frustrados por cualquier nimiedad, retraían su expresión de afecto, usando su conexión y distancia como premio o castigo.

(2) Otros se mantenían inaccesibles, indiferentes y distantes a pesar de los esfuerzos tiernos de apego y la dedicación de los padres, tal cual descrito había sido por John Bowlby, Mary Ainsworth y sus colaboradores (Bowlby 1960, 1982; Ainsworth & Bell, 1970; Main and Solomon, 1986; Shaffer y Emerson, 1964) en la categoría “Avoidant Attachment” (Ape-

impuestas por el gobierno de Ceauçescu, estudiaron in situ el efecto de ese medio profundamente carencial en los huérfanos desde una óptica evolutiva, comparándolos con huérfanos criados por parejas adoptivas locales. La presentación ulterior de esta investigación en congresos y publicaciones (Zeanah, Nathan Fox, Smyke, 2003, y otros) desató una tormenta de críticas éticas (e.g., Millum y Emanuel, 2007; Finns, 2013a, 2013b, 2014; Zeanah, Nelson, Fox, 2013.) Los investigadores fueron comparados con los médicos Nazis que habían realizado experimentos “científicos” atroces con prisioneros en campos de concentración, así como otros estudios amorales tales como el del Tuskegee Institute en Alabama entre los años 30 y 60 en el que, arguyendo la utilidad científica de estudiar en detalle el curso natural de evolución de la sífilis, 400 braceros negros pobres e ignorante que padecían esa afección, fueron reclutados y evaluados regularmente omitiendo todo diagnóstico y tratamiento, registraron minuciosamente la evolución de sus síntomas hasta su muerte sin ofrecer tratamiento efectivo alguno (Jones, 1981; Fred, 1998; Gray, 2002; Millum y Emanuel, 2007). La conmoción crítica generada por el estudio en el Tuskegee Insitute, los experimentos frecuentemente fatales con prisioneros en los campos de concentración/exterminio Nazis, así como ese estudio in situ de los efectos de la crianza de niños pequeños en los horrendo orfanato rumano condujo a la introducción en los Estados Unidos (y en muchos otros países) de requisitos éticos explícitos de protección a los sujetos en todo proyecto de investigación en contextos universitarios e institucionales, en todo subsidio, y en toda publicación de sus resultados.

go Evitativo). De entre ellos, algunos niños reaccionaban con extrema violencia a las tentativas de contacto afectuosas o desplegaban espontáneamente conductas violentas y destructivas --hasta el punto de que unos pocos de estos niños acabaron siendo devueltos a las agencias intermediarias de adopción por parejas adoptantes exhaustas y descorazonadas por la futilidad de sus esfuerzos y la de los profesionales que las acompañaron en esa tarea.

La resocialización de estos huérfanos rumanos requirió un contexto familiar estable y tierno, nutrimiento emocional, adaptación flexible y objetivos mínimos a corto plazo por parte de su nuevo medio adoptivo. Fue en muchos casos un proceso lento, paciente y penoso--con altos y bajos-- tanto para las familias adoptivas (y los consultores profesionales que frecuentemente los apoyaban) como probablemente para los mismos niños adoptados. Y, de hecho, el resultado fue exitoso en muchos casos... y no tanto en otros.

Tomando una cierta distancia emocional, cada uno de las presentaciones o estilos de estos niños merece ser entendida como comportamientos relacionales adaptativos y aun razonables dado la línea de base del horrendo contexto de origen. Así, el comportamiento seductor indiscriminado puede que haya sido efectivo a la larga para enlazar a algunos/as de los escasos miembros del personal de los orfanatos rumanos y llevarlos a que destaquen a ese niño del conjunto indistinguible. Hacer de ese niño un caso especial significaba algunos minutos más de atención, una caricia, una golosina. Y el despliegue de distanciamiento ocasional por parte del niño con quienes el personal ya está envueltos en una relación “especial” es, de hecho, un método frecuentemente utilizado en experimentos de condicionamiento para reforzar el vínculo mediante premios siempre que sean solo intermitentes.

Ahora bien, también es razonable suponer que un modo de adaptación a un contexto de frustración reiterada puede ser o bien acorazar el self contra toda indicación externa de contacto o interés, indicación que se tornó reiteradamente en frustración y desesperanza. Una hipótesis complementaria con el mismo efecto puede ser la de que estos niños revierten el proceso dador-receptor en un acto de venganza a través de negarse a las expectativas del otro esperanzado, respondiendo a los contactos afectuosos con la misma violencia destructiva que el niño experimentó una y otra vez. En resumen, las perturbaciones en el desarrollo emocional/relacional y del mantenimiento del apego merecen ser consideradas en cada caso como comportamientos adaptativos/defensivos extremos y profundamente arraigados

a partir de experiencias negativas tempranas del desarrollo del self, al que merece agregarse posibles proclividades epigenéticas que tiendan a favorecer uno u otro estilo adaptativo. Esta perspectiva, cuando transmitidas a las familias adoptivas, generó en ellos alivio y optimismo, y favoreció un cambio adaptativo en muchas de sus actitudes –no se trataba, como ellos tendían a interpretar, de un reflejo de sus propias inhabilidades como padres sustitutos o rasgos caracterológicos inmutables en sus niños, sino viejos hábitos razonables del niño que solo pueden cambiar, si es que ocurre, en un nuevo contexto con amor, paciencia y consistencia.

RESONANCIAS

Ese marco conceptual acerca de los estilos de los huérfanos rumanos resonó con mis categorías ad hoc de los pacientes psiquiátricos de mi unidad, dada la similitud entre los estilos adaptativos problemáticos observados en estos huérfanos en proceso de adopción y la tipología estilística de los pacientes psiquiátricos crónicos en el contexto hospitalario al que me referí más arriba. Ambos grupos, extremadamente diversos, por cierto, han sido socializados en (y expuestos crónicamente a) contextos de precariedad extrema y desapego emocional. Específicamente, la mayoría de los pacientes con los que tuve contacto en el hospital de último recurso provienen de estratos socio-económicos y emocional de extrema carencia, y han vivido luego durante años en el espiral de largas hospitalizaciones, retorno a la comunidad como casi-sin-techo y rehospitalización vía descompensación o la justicia, contextos que proveen solo un magro reemplazo de esas carencias. Este punto de vista facilitó por cierto mi propio contacto con los pacientes del sector, y me llevo también a intentar regenerar un módico de red social confiable en estos pacientes psiquiátricos socialmente huérfanos⁹

¿Cómo comenzar a entretejer una trama social nutritiva, tolerante y restitutiva remotamente similar a una re-adopción? Así es que, con valentía y cierta ingenuidad, me propuse explorar una vertiente de esa tarea, a saber, intentar establecer contacto con las familias de origen o de opción de estos pacientes, dramáticamente ausentes en su vida actual.

EXPLORACIONES Y FRUSTRACIONES

9 La literatura científica acerca de la correlación entre red social personal y salud es sólida (e.g. Sluzki, 1996, 2010). Con todo, muy pocos estudios se han centrado en la red social de pacientes con psicosis (ver Palumbo, Volpe, Matanov, 2015) y menos aún con psicosis crónica y hospitalizaciones prolongadas.

De los veinticinco pacientes de mi sector, cuatro eran visitados muy ocasionalmente o bien mantenían conversaciones telefónicas semanales con miembros de su familia. La gran mayoría estaban totalmente desconectados de su red, hasta el punto de no saber quién estaba vivo y quién no en su familia inmediata, así como en amigos de otrora. Si bien la trabajadora social de la unidad suele tener información y aun contacto ocasional con algunas familias o con la persona designada por la justicia como custodia legal del declarado insano, la mayoría de los pacientes rehusaron autorizarme a realizar esfuerzo alguno por contactar a sus familias o explorar la posibilidad de incitarlos a una conversación o un encuentro.

Con todo, mediante la información provista por aquellos pocos que me autorizaron – varios de ellos con profunda reluctancia--, logré conectarme por teléfono con una decena de miembros de familias de los pacientes (hermanas/os, ocasionalmente un progenitor—casi siempre la madre-- o un hijo). Entre ellas, cinco rehusaron todo contacto subsiguiente –con argumentos dentro de la línea de “no queremos saber nada de ella/el,” “las tentativas anteriores terminaron en desastre”, “tenemos ya suficientes problemas y no necesitamos agregar más.” Tres familiares mantuvieron una conversación telefónica amistosa, pero en la práctica no siguieron ninguno de los pasos propuestos ni participaron en reunión alguna, suspendiéndolas a último momento en cada caso con argumentos circunstanciales, para después discontinuar todo contacto conmigo. Finalmente, dos familiares accedieron a encuentros exploratorios de reconexión, una magra cosecha cuya recolección se detuvo cuando comenzó la pandemia de COVID-19¹⁰.

Una vez más, cada una de esas respuestas familiares puede ser considerada no desamorado sino razonable... en contexto. Se trata en su mayoría de familias desmembradas y frecuentemente multi-problema (multi-agencias/servicios), sumergidas en la trama extrema de la precariedad, a un paso de la indigencia, para las cuales toda sobrecarga pone en peligro su propia subsistencia. Lejos de invocar una patología de las relaciones familiares, las actitudes de distanciamiento pueden ser entendidas en la mayoría de los casos como adaptativas, de supervivencia, dada la precariedad de la realidad social sin salida en que estas familias

¹⁰ Esto fue seguido al poco tiempo por mi decisión de despojarme del traje de Superman (como me llamaba afectuosamente la coordinadora del sector) y refugiarme en mi práctica privada virtual hasta que ase la pandemia

RESCATE DE APRENDIZAJE

¿Que merece rescatarse de estas disquisiciones y experiencias, más allá de alguna información y referencias útiles aquí y allá?

Cada uno de los contextos explorados, a saber, I. cómo tienden a relacionarse los pacientes psiquiátricos graves y crónicos hospitalizados; II. las presentaciones de los huérfanos rumanos in situ y después en la adopción, y III. la actitud de los familiares de los pacientes ante los esfuerzos mínimos de reconexión, facilitan una lectura desesperanzada cuando no patologizante (a la manera del eje II del DSM-5). Con todo, mi interés ha sido de emplear una lente adaptativa, a saber, que cada uno de esas pautas tiene sentido y puede que sea razonable dado el contexto. Las ventajas y el inconveniente de la primera visión es que rotula y externaliza el problema, reduciendo la responsabilidad del operador: Cuanto menos tiempo-libido-por-paciente tenga el operador, más útil le resultará esta lente.

A su vez, entender a los estilos de contacto de los pacientes del fondo del barril, las perturbaciones en el desarrollo y mantenimiento del apego en niños carenciados, y el desapego de las familias de los primeros como comportamientos adaptativos/aprendidos/defensivos aumenta la flexibilidad y la responsabilidad creativa de los operadores y, en cada caso, abre nuevas perspectivas terapéuticas potenciales que aumentan su capacidad como potencial agente de cambio, aun en el fondo del barril.

REFERENCIAS

- Ainsworth MD, Bell SM (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 41(1):49-67.
- Audet, K & La Mere, L (2011): Mitigating effects of the adoptive caregiving environment on inattention/ overactivity in children adopted from Romanian orphanages. *International J Behav Development*. 35(2):107-115
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664-678.

- Carlson M, Earls F (1997): Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *-Ann N Y Acad Sci.* Jan 15; 807:419-28.
- Chisholm, K (2008) A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Development.* 69(4): 1092-1106
- Chisholm, K, Carter, MC, Ames, EW and Morison, SJ (1995): Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology* 7(2): 283-294
- Fisher, L (1997): Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *Development,* 20(1):67-82.
- Fins, JJ (2013a): Romanian Orphans: A Reconsideration of the ethics of the Bucharest Early Intervention Project. *The Hasting Center: Bioethical Research Forum.* (Children and Families: Clinical Trials and Human Subjects Research 10/15/13) <https://www.thehastingscenter.org/romanian-orphans-a-reconsideration-of-the-ethics-of-the-bucharest-early-intervention-project/>
- Fins, JJ (2013b): Romanian Orphans: A reconsideration of the ethics of the Bucharest Early Intervention Project. *The Hasting Center: Bioethical Research Forum.* (Children and Families: Clinical Trials and Human Subjects Research.10/15/2013)
- Fins, JJ (2014): Orphans to History: A Response to the Bucharest Early Intervention Project Investigators. *The Hasting Center: Bioethical Research Forum.* (Children and Families: Clinical Trials and Human Subjects Research -1/29/14) <https://www.thehastingscenter.org/orphans-to-history-a-response-to-the-bucharest-early-intervention-project-investigators/>
- Fred D. (1998). *The Tuskegee Syphilis Study: The Real Story and Beyond.* Montgomery, Alabama: NewSouth Books.
- Fries WA, Shirtcliff EA, Pollak SD (2008): Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Dev Psychobiol* 50:588-599
- Gray, FD (2002): *The Tuskegee Syphilis Study: An Insiders' Account of the Shocking Medical Experiment Conducted by Government Doctors Against African American Men.* Montgomery, Alabama, NewSouth Books.
- Gunnar M, Bruce J, Grotevant HD (2000): International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology.* 12:677-693.

- Jones, J H (1981): *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. New York: Free Press
- Kasmir, S (2018): Precarity. *Cambridge Encyclopedia of Anthropology*. (cf. anthroencyclopedia.com/entry/precarity)
- Lamb HR (1998): Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harv Rev Psychiatry*. May-Jun;6(1):1-10.
- Linares, JL y Colapinto, J , Comps. (2021): "Historias para no Dormir: El Maltrato Institucional en la Atencion al Menor." Barcelona, Gedisa.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*. pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex
- Mainemer H, Gilman LC, Ames EW (1998): Parenting Stress in Families Adopting Children from Romanian Orphanages. *J Family Issues* 19(2): 164-180
- Millum J, Emanuel EJ (2007): The ethics of international research with abandoned children. *Science* 318:1874-1875.
- Morison SJ, Ames EW, Chisholm K (1995) : The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 41(4)
- Nelson CA, Zeanah NA, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D (2007): Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. - *Science*, 318 (5858):1937-1940
- Nelson III CA, Fox NA and Zeanah Jr. CA (2013): Anguish of the abandoned child. *Scientific American*. 308(4): 62-67
- Odobescu, V (2015): Half-million-kids-survived-romaniyas-slaughterhouses-souls-now-they-want-justice. Global Politics, *The World* (Diciembre 28) <https://www.pri.org/stories/2015-12-28/half-million-kids-survived-romaniyas-slaughterhouses-souls-now-they-want-justice>
- Palumbo C, Volpe U, Matanov A, Priebe S y Giacco D (2015): Social Network of patients with psychosis: A systematic review. *BMC Res Notes*, 8:560
- Schaffer HR, Emerson PE (1964): The Development Of Social Attachments In Infancy. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1964;29:1-77.
- Sluzki CE (1996): *La Red Social Personal: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Gedisa; y, en Portugués, Sao Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

- Sluzki, CE (2010): "Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact." *Family Systems and Health*, 28(1): 1-18
- Sproll, M. y Wehr I, Eds. (2014): Capitalist peripheries: perspectives on precarisation from the global south and north. *journal für entwicklungspolitik* , 30(4) (volumen en ingles) https://www.mattersburgerkreis.at/dl/KMqkJMJLMMJqx4KooJK/JEP-4-2014_04_D_RRE_Precarity-and-Social-Disintegration-A-Relational-Concept.pdf
- Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA, Smyke AT (2003): Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. *Development and psychopathology* 15(4): 885-907

