

Inclusión social: criterios objetivos y subjetivos

(El caso de la discapacidad psíquica)

Jorge Chuaqui¹

Resumen

Las enfermedades mentales graves, a través del estigma y las características traumatizantes de su irrupción, provocan que la persona pierda su trabajo o estudios y se alejen sus amistades, lo que se traduce en una extrema exclusión social. Los tratamientos psicosociales intentan revertir esta situación procurando que la persona actúe "normalmente" en sus relaciones interpersonales, que la persona se integre a los sistemas sociales en que participa. Argumentamos que más que integración hay que procurar una inclusión que respete la diversidad. Esto significa, si ha perdido un trabajo de calidad reinsertarlo en él, o si no lo ha tenido insertarlo en un trabajo acorde con sus valores, vocación, formación y capacidad. El empleo de calidad es crucial para ser valorado socialmente, y permite tener un ingreso que le permita ser autónomo económicamente, financiar un hogar acogedor y una eventual familia propia. Esto debe ser complementado con criterios subjetivos: respetar los valores más queridos por la persona, insertarlo de acuerdo a sus máximas capacidades y vocación y darle autonomía y empoderamiento. Estos criterios objetivos y subjetivos usualmente se combinan, se dan algunos y otros no y en diverso grado, lo que refleja que pueden darse diversos grados de realización personal o inclusión real.

Palabras clave: integración social, enfermedad mental, inclusión social, esquizofrenia.

Social Inclusion: Objective and Subjective Criteriae

(The case of the mentally handicapped)

Abstract

Severe mental illness usually is accompanied by social exclusion. The person lose his work, his academic or scholar career, and friends. It is necessary to help him to reintegrate to social context. The approach in vogue is social integration, but to put the system as a sacred, to which the person must adapt, led to passiveness and little creativity, which condemns the person to simple and precarious employments. We propose three objective criteria: a work of quality, to generate an own family and to have a warm home, which must be accompanied by three subjective criteria: to respect the most cherished values of the person, to engage him in activities according to his true capa-

cities and vocation and to encourage his autonomy and empowerment. These criteria may be realized in part, in different combinations and degrees, which will show how far or next we are to complete social inclusion.

Key words: social integration, mental illness, social inclusion, schizophrenia.

Introducción

Las enfermedades mentales graves, a través del estigma y las características traumatizantes de su irrupción, provocan que la persona pierda su trabajo o estudios y se alejen sus amistades, lo que se traduce en una extrema exclusión social. Los tratamientos psicosociales intentan revertir esta situación procurando que la persona actúe "normalmente" en sus relaciones interpersonales, que la persona se integre a los sistemas sociales en que participa. El considerar al sistema como dado sin cuestionarlo conduce a intentar que el sujeto se ajuste a las normas sociales del sistema, pero no especifica qué sistema y además ignora el hecho de que una persona "normal" tiene autonomía para no sólo ajustarse parcialmente y no de manera rígida al sistema sino, especialmente en sistemas pequeños, cambiarlo en ciertos aspectos. La adaptación mecánica conduce a la pasividad y falta de iniciativa. En este sentido más que integración hay que procurar una inclusión que respete la diversidad.

Esto significa, si ha perdido un trabajo de calidad, reinsertarlo en él, o si no lo ha tenido insertarlo en un trabajo acorde con sus valores, vocación, formación y capacidad. El empleo de calidad es crucial para ser valorado socialmente, permite tener un ingreso para ser autónomo económicamente, financiar un hogar acogedor y una eventual familia propia. Contra esto frecuentemente complotan actitudes sobreprotectoras de sus familias. Esto supone aspectos subjetivos, como que la ayuda sea en base a los valores sociales más queridos por la persona; si le falta capacitación proveérsela; que dentro de su trabajo y relaciones pueda desarrollar su creatividad e iniciativa y que se respeten sus decisiones (salvo que constituyan un daño grave para él o los demás). Esto porque en cualquier situación el logro de metas importantes siempre implica un riesgo que hay que correr, so pena de vivir siempre limitado.

1. Doctor en Ciencias Humanas. Profesor Instituto de Sociología. Universidad de Valparaíso. E-mail: Jorge.chuaqui@gmail.com

Si no pueden lograrse todas estas metas, un signo de progreso es lograr algunas de ellas, tanto las objetivas como las subjetivas, pudiendo llegarse a construir una escala o instrumento que mida cómo va el progreso en la inclusión.

Analicemos ahora estos aspectos con más detalle.

1. Irrupción de la enfermedad y exclusion

En el caso de la esquizofrenia, grafica el impacto de la enfermedad en la familia de la persona; la graficaremos con la información obtenida en una investigación nuestra FONDECYT de los años 2002-2003, a través de un grupo focal de tutores y posteriormente una encuesta aplicada a 100 tutores de personas con esquizofrenia.

Respecto a qué impactó más a la familia de las características de las crisis, en determinados casos fue la agresividad hacia otros o hacia sí mismos; en otros casos sólo conductas anómalas sin agresividad y por último el encerrarse en la casa o en sí mismos: "las primeras crisis eran brutales, como que atacaba, un día poco menos que me atacó con un serrucho", "los brazos se le apretaban y no había forma de movérselos, juntaba los dientes. Hizo unas cuantas barbaridades en la calle, golpeó la puerta, la rompió, en fin. Ella se vio en la obligación de llamar a carabineros, los que lo llevaron a la fuerza al Hospital", "el daño que se pueden hacer a sí mismos, el que le pueden hacer a otros. A veces llamaban y teníamos que ir a buscarlo a la cárcel, también se arrancaba de la clínica", "... cuando tenía unos 13 años... no quiso seguir estudiando y me dijo: "mamá, no me matricules porque este otro año no quiero ir al colegio"... yo me pregunto por qué le hice caso... él tuvo una manera tan drástica de decir lo que pensaba... Llegó Marzo y no hubo manera [de llevarlo al colegio] porque se escapó semana tras semana. Se metió en su mundo, que no quería salir a ninguna parte...", "... en la casa hacía un montón de leseras, pero violenta no fue nunca, pero tenía delirio de persecución, no se atrevía a salir al patio porque la podían matar, en la calle también sentía que la perseguían, o bien ponía velitas en todas partes, o bien salía a la calle a venderles cosas a los vecinos o a llevarles hierbas..." "[el menor de los hermanos] ...no agresivo, sino que más bien violento...", "en el caso mío, como son los dos, mi hijo cuando está en crisis es muy delirante, con alucinaciones. El no me conoce a mí, yo soy un animal... la hija es autodestructiva total, sólo quiere matarse, matarse..."

En la muestra de tutores, ante tres alternativas el 58,8% encontró demasiado extraña la conducta de su pupilo en la primera crisis. De manera apreciable (en una escala de 1 a 10, más de 5) durante las crisis: un 45,1% manifiesta agresividad física contra personas, un 51% manifiesta agresividad verbal, un 37,2% ejerce violencia contra objetos materiales de la casa, un 56,8% hace cosas extrañas, un 22,5% ha tenido problemas con carabineros o la justicia al salir, un 30,4% ha intentado hacerse daño a sí mismo, un 46,1% es difícil de controlar y un notable 64,7% se encierra en sí mismo.

Esta irrupción de la enfermedad, por su carácter traumatizante significa la ruptura de las relaciones sociales de la persona, que incluso implica en un 36% ruptura del resto de los familiares con la familia del paciente, la exclusión en ocasiones no es sólo de la persona sino también de su familia.

Se han realizado diversos estudios respecto al tema.

2. Integración social

Cuando la persona tiene esquizofrenia se producen una serie de problemas con su entorno, en que el más cercano es su familia. Se han realizado diversos estudios respecto al tema.

La familia pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y esperar sólo cambios razonables en el paciente [Mahaluf, Jorge y otros, 1989]. La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que ésta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo [Cordero, Martín, 1997]. La falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente, puede llevar a situaciones como las descritas.

Ante esta situación, ha surgido una estrategia denominada *intervención familiar*, destinada a reducir los problemas que la esquizofrenia causa a la familia, y por tanto al paciente. Se trata de asistir a las familias de esquizofrénicos ambulatorios para que reduzcan el clima hostil al interior de la familia, aumentar la habilidad de la familia de adelantarse y resolver los problemas, reducir expresiones de culpa y enojo de la familia, mantener expectativas razonables de la familia respecto al paciente, mantener un grado de distancia adecuado respecto al paciente (cuando sea necesario) y alcanzar un cambio deseable del comportamiento. Esto ha sido evaluado comparando estudios rigurosos en doce países. Se concluye que la intervención familiar disminuye la frecuencia de recaídas y hospitalización en periodos de entre siete meses y dos años, estimula la aceptación de la medicación y podría ayudar a los pacientes a mantener sus trabajos. No obstante, no tiene efecto sobre la propensión al suicidio ni sobre la tendencia de individuos/familia a abandonar el tratamiento, ni los niveles de emotividad expresada, ni la sensación de carga familiar [Sepúlveda, Rafael, 1993]. También hay ejemplos de intervención familiar realizados en Chile con algunos resultados positivos [Zúñiga, Sonia y J. Jobet, 1993].

Hay experiencias que plantean fortalecer los mecanismos protectores del estrés y de la incapacidad de procesar adecuadamente respuestas adaptativas, tanto en la familia como en la comunidad [Morales, Eliana, 1994]. Es nuestra idea (J.Ch.) que los mecanismos protectores no se traduzcan en discriminación y prejuicios de la familia respecto al paciente, tarea que, dada la naturaleza de la enfermedad, en ningún caso es fácil. Por lo anterior, vistos los problemas que se producen en la familia que requieren de una ayuda externa, hace que no pueda ser vista la rehabilitación como adecuación a los estándares o normas de la familia, como una "adaptación" a la familia. Un ideal de logro sería transformar al paciente en un agente de cambio, para lo cual habría que trabajar con las redes sociales, tanto micro como macro sociales [Morales, Eliana, 1994]. Dentro de los esfuerzos por reinsertar al paciente en la sociedad ha surgido el "cuidado en la comunidad" en las políticas de salud mental.

En estudios realizados en EEUU, se concluyó que la conducta de los pacientes correspondientes a déficit conductuales o síntomas negativos (Ej.: poca higiene) es más criticada (por los parientes más críticos) que la conducta que refleja excesos conductuales o síntomas positivos (Ej.: alucinaciones).

Los parientes pueden ser menos tolerantes de los déficits conductuales porque los ven como intencionales (el paciente sería responsable de ellos) mientras los excesos conductuales son fácilmente reconocibles como síntomas característicos de la enfermedad mental [Weisman, A.G. y otros, 1998].

Comparados con los pacientes bipolares, los parientes de los pacientes esquizofrénicos les hacen más observaciones negativas inoportunas y al mismo tiempo estos últimos pacientes se denigran ellos mismos frente a sus parientes [Miklowitz, D.J. y otros, 1995].

Los parientes de esquizofrénicos con alta expresividad emocional negativa con mayor probabilidad respondían con críticas al primer pensamiento insólito verbalizado por el paciente y cuando esto ocurría era seguido por un segundo pensamiento insólito de parte del paciente [Rosenfarb, I.S. y otros, 1995]. Como vemos, en estos estudios se analizan procesos que implican situaciones conflictivas entre el paciente y sus familiares que son bastante frecuentes.

Lo que se plantea a nivel general para la exclusión en el ámbito es la integración social.

Según Rizo (2006) el concepto de Exclusión Social (ES) tiene sus implicancias con conceptos acuñados desde la sociología clásica. Alienación y anomia, son conceptos que tienen un parentesco con el pasado analítico que tendría dicho término.

Si bien la ES es la condición no deseada, ubicada en el extremo negativo, su antípoda estaría situada en su versión deseada, que para el caso de Rizo (2006) es el concepto de **integración**.

La integración está referida a grupos sociales o colectivos amplios, y su origen está relacionado con la sociología norteamericana. La integración es definida con un indicador de medición social, el cual apunta a responder cuan integrados a la sociedad están determinados grupos. Es de esta manera que según Rizo (2006) encontraríamos 4 tipos de integración dentro de toda sociedad:

- a. Integración cultural: Concordancia entre las normas y la cultura.
- b. Integración normativa: Conformidad de la conducta a las normas sociales.
- c. Integración comunicativa: Intercambio de significados.
- d. Integración funcional: Interdependencia debida al intercambio de servicios dentro de la división del trabajo.

El concepto de exclusión social implicaría una cierta imagen dual de la sociedad, en la que existe un sector integrado y otro excluido. Es este sector excluido el que queda al margen de una gama de derechos sociales, tales como laborales, educativos, culturales, entre otros (Jiménez, 2008).

En estos sentidos la persona con esquizofrenia sería parte de un grupo excluido al que habría que integrar.

Según esta visión, tiende a identificarse el concepto de exclusión con el de desviación (respecto a las normas institucionalizadas); esta es una visión estrecha ya que hay amplios sectores de la conducta en todas las relaciones sociales que no están institucionalizados. Hay discordancias y conflictos, una dialéctica omnipresente entre las formas institucionalizadas y no institucionalizadas.

Además, la comunicación nunca es perfecta, en todos los grupos hay niveles de discrepancias y conflictos y el intercambio, en sociedades "integradas", no siempre sigue patrones de reciprocidad. Si la exclusión se identifica con desviación, los esfuerzos hacia la integración se identificarán con hacer más efectivo el control social. Las personas o grupos "desviados" aparecen como inferiores en la escala social y los esfuerzos por integrarlos a través del control social es lo opuesto a empoderarlos, más bien es des-empoderarlos, restarles iniciativa propia y "adaptarlos" al sistema.

Ello deja a los grupos y personas "desviados" en posición de subordinación absoluta, hasta que dejen de ser desviados. Pero

hemos visto que en sentido estricto todas las personas y grupos de la sociedad son "desviados", ya que las normas institucionalizadas sólo rigen parcialmente, siendo predominantes las discordancias, habiendo siempre oposiciones y conflictos.

Visto así, la rotulación de "desviado" equivale simplemente a desempoderar o subordinar a la persona o grupo, para aplicarle un control social reforzado. Siendo asimétrica la distribución del poder en los grupos y la sociedad, reforzar los mecanismos de control social contribuirá a favorecer en mayor medida las posiciones sociales que gozan de mayor poder y/o privilegios.

Esto tendría consecuencias negativas en el caso de aplicar de forma mecánica a la persona con esquizofrenia. Cuando se habla de "adaptar" a los usuarios, ¿cuáles son las implicaciones? Estar adaptado significa actuar de acuerdo a lo que esperan los demás de uno o actuar "adecuadamente". Pero en la realidad las conductas no están nunca perfectamente ajustadas unas a otras como en un mecanismo o en un organismo.

Lo natural es que junto con coincidencias haya discrepancias y conflictos. Un mismo valor moral, como la libertad, tiene significados opuestos según se trate de la ideología liberal, que defiende la propiedad privada, en oposición al marxismo clásico que afirma que hay formas de propiedad privada que son formas de opresión y negación de la libertad. Hay normas, como no mentir, que casi todos violamos en algún momento. La mayoría de los cristianos no siguen el precepto de Cristo "amarás a tu enemigo".

En la vida normal, aceptamos conductas que no nos parecen bien de un familiar, por respeto o amor, de nuestra pareja o amigos. Hay muchas conductas de nuestros vecinos que, por pertenecer a su vida privada, no conocemos, no sometemos a ningún cuestionamiento, lo que haríamos si las conociéramos.

Esto coincide con la generalización que hace el antropólogo Ralph Linton en su libro CULTURA Y PERSONALIDAD, de que en todas las culturas las pautas ideales (lo que los participantes piensan **debería** ser la conducta) **no coinciden** con las pautas teóricas (la conducta más frecuente o modal) ni con las pautas reales (la conducta en toda su variabilidad). ¿Por qué entonces exigir al usuario que se adapte, es decir que actué como los demás esperan de él, lo que muchas veces no se exige de las personas comunes y corrientes?

Más aún cuando, debido al prejuicio, se tiende a ver como conductas raras o inadecuadas conductas que aceptamos en los demás. Pretender adaptar a los usuarios es discriminarlos, ponerles una "camisa de fuerza social", no aceptar la diversidad tan propia de los seres humanos.

La principal consecuencia negativa es el acostumbramiento a no tomar decisiones propias, muchas veces contra la corriente; decisiones propias que son necesarias en los puestos de mayor responsabilidad, ya que en ellos, por el lastre de la rutina u oponerse a intereses creados negativos, muchas veces hay que luchar contra la inercia del grupo.

Desde este punto de vista, el tratamiento de adaptación inhibe actitudes que son necesarias en cargos de responsabilidad y, por tanto, relega a las personas en tratamiento a actividades ocupacionales menores, como resultado del enclaustramiento social impuesto.

La falta de iniciativa propia limita en una amplia gama de actividades sociales como el establecimiento de relaciones de pareja con el sexo opuesto y en multitud de actividades ocupacionales en que no se puede estar consultando constantemente a los superiores, actitud dependiente frecuente en personas en tratamiento, ya que hay que asumir tareas en base a la confianza del trabajo bien hecho, con cierto grado de autonomía.

Si el tratamiento de adaptación social se ejerce de manera impuesta, con una notable presión social o métodos coercitivos, se transforma en una cárcel invisible, un nuevo enclaustramiento, una camisa de fuerza social, un obstáculo importante para el pleno desarrollo personal.

3. La alternativa de la adaptación social para la integración

Proponemos que el concepto que guíe los esfuerzos por reintegrar a la persona logrando una inclusión social que respete la diversidad sea el de **realización personal**.

¿Qué significa el concepto de realización personal? ¿Significa que si la persona hace lo que se le antoje, como estar encerrado todo el día sin hacer nada o drogándose, se estaría realizando personalmente? Un componente necesario para que nos realicemos es que a través de nuestra conducta tengamos un reconocimiento social (como afirma el sociólogo George Mead); nuestra satisfacción interior depende de los demás. Además, como lo plantea Max Weber, las grandes metas que se plantean los hombres no surgen de la nada, son metas elaboradas socialmente. ¿Significa esto que el concepto de realización personal coincide con el de adaptación social? No es así porque:

1. El reconocimiento puede ser en algunos aspectos y no en otros.
2. El reconocimiento puede ser no de los más próximos a la persona, pero deben ser metas en lo general (no en lo específico) consideradas valiosas por un sector apreciable de la sociedad (por ejemplo la profesión de profesor universitario)

es valorada socialmente, puede que la familia la considere poco remunerativa desde el punto económico, y en lo específico la persona puede innovar en las materias que dicta).

3. A esas metas se les da un contenido personal que puede no ser compartido con otros, debiéndose dejar las decisiones específicas a la persona que está inmersa en la situación y que muchas veces no pueden establecerse desde fuera (por ejemplo, muchas veces la familia tiene temores a que la persona asuma los desafíos de un nuevo trabajo porque podría tener una recaída).

Es claro que debe apoyarse a la persona a realizarse, y en Europa en lo laboral se han iniciado programas de empleo asistido (empleo normal con apoyo terapéutico), que tiene muchas más ventajas que los talleres protegidos y empresas para discapacitados psíquicos que existen en nuestros países.

Pero esto no significa que la persona sea apoyada en metas absolutamente irrealizables en un plazo mediano. Se lo puede ayudar a tener una estrategia, impulsarlo a alcanzar metas más pequeñas que vayan conduciendo a las metas mayores, de acuerdo a sus valores y concepción de la vida. No basta con que la persona se plantee una meta valorada socialmente; para realizarse personalmente debe tener logros, sin que ello signifique que estos logros sean completos y los más altos.

El concepto de realización personal no sólo da una perspectiva ética a la salud mental, sino que es un corolario de todos los derechos. Para realizarse personalmente el individuo debe tener la posibilidad real de trabajar remuneradamente según su vocación y con una remuneración digna que le permita formar la familia que escoja, lo que implica educación, una vivienda o habitación digna y acogedora y la concreción, que está lejos de alcanzarse, de todos los derechos humanos fundamentales. Y todo esto debe lograrse, lo que es muy importante y queremos destacar, según nuestros valores, los que le dan sentido a nuestra vida, como seres únicos e irrepitibles.

4. Inclusión social: aspectos objetivos

En nuestra sociedad lo que nos hace parte de ella como adultos es un trabajo remunerado de calidad, como el que se produce el intercambio que involucra una solidaridad orgánica según el clásico de la sociología Emile Durkheim. Un individuo adulto debe tener la posibilidad de formar su propia familia y tener condiciones adecuadas de habitabilidad.

4.1 Trabajo de calidad

La inclusión laboral de las personas con esquizofrenia es un tema central en su rehabilitación, ampliamente reconocido

también por su importancia para su salud y para superar las consecuencias negativas que acarrea la enfermedad (Reker, 1993). La psiquiatría comunitaria supone, como su nombre lo indica, la mayor integración posible de los usuarios en la comunidad. La reintegración plena o la mayor posible según las limitaciones existentes en algunos usuarios implica, a su vez, la reintegración laboral que, además de proporcionar autonomía económica permite al usuario decidir respecto a su propia vida, eleva su calidad de vida y tiene múltiples efectos en su salud mental (Mikulska-Meder J., 1992).

4.2 Posibilidad de vida en pareja

Tener la capacidad de formar una familia propia lleva a otro nivel el desarrollo pleno de la persona. Las aspiraciones más queridas en una investigación FONDECYT que realizamos en el 2000 eran, aparte del trabajo, tener pareja. Además involucra el mantener un hogar, asumir nuevos roles como el de padre o madre, y ocupar una posición de mayor autoridad como jefe de familia o esposa.

4.3 Habitar un hogar acogedor y confortable

La vida en instituciones totales como un hospital psiquiátrico no permite el desarrollo pleno de la persona, ajeno a la vida familiar y a la calidez de un hogar, por lo que es un componente esencial de la inclusión social.

5. Inclusión social: aspectos subjetivos

Los aspectos subjetivos de la inclusión son tan importantes como los objetivos, ya que si la persona no actúa de acuerdo a sus valores más queridos va a ser una persona frustrada y no va a desempeñarse bien, además de no lograr una satisfacción íntima en lo que hace, lo más cercano al sentimiento de felicidad. Por otra parte el considerar la capacidad y vocación es obviamente necesario para que pueda desempeñarse en buena forma. Y por último, sin un fuerte énfasis en la autonomía y empoderamiento se está limitando la creatividad e iniciativa y por tanto, "se le están cortando las manos" para que la persona pueda insertarse en empleos de calidad y responsabilidad, que exigen tomar decisiones propias.

5.1. Valores personales

Como es bien sabido y lo ha hecho explícito el interaccionismo simbólico, en el proceso de interacción social surge el yo, como realidad cualitativamente distinta del organismo biológico. Y nosotros vamos más allá: a través de la interacción social en la biografía del individuo va surgiendo este como persona, lo que cristaliza al fin de la adolescencia.

La persona es una entidad cualitativamente distinta al organismo biológico, que incluso puede llegar a negar sus necesidades biológicas temporalmente o incluso autodestruirse.

La persona tiene un cuerpo (organismo biológico) pero no es su cuerpo. Y también basados en el interaccionismo simbólico, podemos afirmar que la relación no es de simple ajuste al sistema (adaptación), sino un proceso creativo de recreación de la realidad personal y social.

Desde este punto de vista y si la persona no se confunde con el organismo biológico, no se trata simplemente de respetarla como organismo sino también de respetar sus valores políticos, religiosos y sociales, que la persona ha construido en el desarrollo histórico de su personalidad y que lo identifican incluso más que su organismo.

5.2. Capacidad y vocación

En cuanto a la capacidad y formación de la persona el problema no es obvio, ya que, por ejemplo, se hacen talleres para personas con discapacidad psíquica a veces muy básicos, uniformes para todos, que no consideran el nivel intelectual y educacional de las personas, lo que en las personas de mayor capacidad y formación conducen al hastío y desinterés, además y más importante que la persona no despliega sus reales potencialidades. El criterio debe ser: las actividades de mayor nivel posible de acuerdo a las capacidades, formación y vocación.

5.3. Autonomía y empoderamiento

Examinemos la visión del problema según el interaccionismo simbólico de George Mead en *"Espíritu, Persona y Sociedad"*. La persona no se identificaría con el organismo, ya que es producto del desarrollo histórico de la interacción con el medio social, que no está presente en las características biológicas orgánicas previas del individuo, por lo que no se justifica tratar a la persona como un organismo vacío que debe adaptarse al medio, arrasando con las características en cuanto a valores e idiosincrasia propias del desarrollo histórico social de la persona. "La persona, en cuanto que puede ser un objeto para sí, es esencialmente una estructura social y surge en la experiencia social" (p. 172, Mead, 1973). Pero ¿cómo, a partir del sustrato biológico que es el organismo, surge esta realidad cualitativamente distinta que es la persona?

"El proceso social del cual surge la persona es un proceso social que involucra la interacción de los individuos del grupo e involucra la pre-existencia del grupo" "Y así, existe un proceso social del cual surgen las personas y dentro del cual tiene lugar la diferenciación, evolución y organización ulteriores" (p.193,

Mead, 1973)... "la persona no consiste simplemente en la pura organización de las actitudes sociales"... " {el "mi" es la internalización por el individuo de la forma como lo ven los otros} ¿en qué punto aparece el "yo" frente al "mi"?"... "el "yo" *reacciona* (cursivas mías, J.Ch.) a la persona que surge gracias a la adopción de las actitudes de los otros" ... (p. 201, Mead, 1973) ... "donde aparece el "yo" directamente, en la experiencia de uno, la respuesta es que aparece como una experiencia histórica" ... "El yo es, en cierto sentido, aquello con lo cual nos identificamos" "las actitudes de los otros constituyen el "mi" organizado, y luego uno reacciona hacia ellas como un "yo"..." (p. 202, Mead, 1973) ... "supongamos que se trata de una situación social que tiene que resolver"...." Bien, ¿qué debe hacer? No lo sabe y no lo sabe nadie"... (p. 203, Mead, 1973). De aquí deriva el papel creativo del "yo", parte fundamental de toda persona. "El "mi" representa una organización definida de la comunidad, presente en nuestras propias actitudes y provocando una reacción, pero la reacción es algo que simplemente sucede. No hay certidumbre en relación con ella"... (p. 205, Mead, 1973) ... "En una sociedad, debe encontrarse en todos una serie de hábitos de reacciones comunes, organizados, pero la forma en que actúan las personas es lo que origina todas las diferencias individuales que caracterizan a las distintas personas"... (p. 223, Mead, 1973). ... "el elemento de novedad en la reconstrucción (al usar el lenguaje común) se da gracias a la reacción de los individuos hacia el grupo al cual pertenecen. Esa reconstrucción no es dada por anticipado..." (p. 223, Mead, 1973) ... "en ocasiones es la reacción de "yo" a una situación.... lo que le proporciona una sensación de gran importancia. Uno se hace valer en cierta situación, y el énfasis reside en la reacción" ... (p. 224, Mead, 1973)... "Porque cada persona individual, dentro del proceso social, si bien refleja en su estructura organizada la pauta de conducta de dicho proceso en cuanto a un todo, lo hace desde un punto de vista particular y único dentro de dicho proceso y, de tal modo, refleja en su estructura organizada un aspecto o perspectiva de toda esa pauta social de conducta, distinta de la que se refleja en la estructura organizada de cualquier otra persona..." (p. 226, Mead, 1973).

Mead destaca que las grandes personalidades de la historia se caracterizan precisamente por alejarse de la norma, por sus diferencias, que como hemos visto se dan en la conducta humana, que por naturaleza es creativa.

Todo esto está indicando que debe considerarse la iniciativa y creatividad individual, es decir la autodeterminación y empoderamiento, como rasgos propios y consustanciales de toda persona. Si actuamos a contrapelo de la naturaleza humana sólo lograremos, conflicto, frustración y apatía.

6. Interpretación y conclusiones

¿Cómo interpretar lo expuesto en este artículo? Lo que hay que considerar es que la mayor parte de las personas con esquizofrenia no tienen trabajo y menos de calidad (Chuaqui, 2002). Que aún hay pacientes de "larga estadía" que viven en hospitales psiquiátricos. Que la mayor parte son solteros o separados (78%, Chuaqui 2002). Desde este punto de vista lo expuesto se aplicaría sólo a una ínfima minoría de los casos.

Hay que ver el problema no sólo en términos de todo o nada. Pensamos que está más incluido una persona que viva con su familia o en un hogar protegido que el que vive en un hospital. El que vive con su familia y que se respetan sus valores y autonomía estaría más incluido que lo contrario. El que vive con su familia y no trabaja en un empleo de calidad estaría menos

incluido que el que trabaja en un empleo de calidad. El adulto que trabaja y que vive con su familia de origen y le gustaría tener una familia propia, estaría menos incluido que el que trabaja y ha formado una familia propia. El que en su tratamiento puede tomar un gran número de decisiones propias, estaría más incluido que el que no se le permite. Y así sucesivamente. Estos elementos pueden combinarse de distintas maneras.

Desde ese punto de vista podría establecerse una gradualidad, pero ello no obsta la existencia de una asociación entre los factores. Cuando se llenan los tres criterios subjetivos, por ejemplo, es más probable llegar a tener un empleo de calidad, y a la inversa, quien tiene un empleo de calidad, por su mayor autonomía económica, probablemente estará más empoderado y podrá adoptar decisiones propias importantes con mayor facilidad.

Bibliografía

1. Cordero, Martín (1997): "Esquizofrenia y familia", *Revista de Psiquiatría*. vol. XIV, Nº 1, pp. 42-45.
2. Chuaqui, Jorge (2002): "Esquizofrenia, estigma e inserción laboral". *Psiquiatría y salud mental*. Año XIX, Nº 1 Enero-Marzo 2002, pp. 4-11.
3. Chen, W.J. y otros (1997): "Schizotypy in Community Samples: The Three-Factor Structure and Correlation with Sustained Action". *Journal of abnormal psychology*. vol. 106, Nº 4, pp. 649-654.
4. Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Revista Estudios Pedagógicos*. No. 1. pp. 173-186.
5. Lyons, M.J. y otros (1995): "Correlates of Psychosis Proneness in Relatives of Schizophrenic Patients". *Journal of abnormal psychology*. vol. 104, Nº 2, pp. 390-394.
6. Mahaluf, Jorge y otros (1989): "Expectativas de la familia en torno a la mejoría del paciente esquizofrénico". *Revista de psiquiatría clínica*. Nº 1, vol. XXVI, pp. 47-51.
7. Mead, George H. (1973): *Espíritu, Persona Y Sociedad*. Barcelona: Paidós.
8. Miklowitz, D.J. y otros (1995): "Verbal Interactions in the Families of Schizophrenic and Bipolar Affective Patients". *Journal of abnormal psychology*. vol. 104, Nº 2, pp. 268-276.
9. Mikulska-Meder J. (1992): "Clinical state of patients with schizophrenia who are employed and unemployed", *Psychiatr Pol* (Polonia) 26 (1-2) pp. 97-103
10. Morales, Eliana: "Familia, paciente y reinserción social" (1994). *Revista de psiquiatría*. Nº 1, vol. XI, pp. 16-20.
11. Reker T. y otro (1993): "Current practice of psychiatric occupational rehabilitation. Results of a representative study in sheltered environment in the Westfalen area" *Psychiatr Prax* (Alemania) 20 (3) pp. 95-101.
12. Rizo, A. (2006). ¿A qué llamamos exclusión social? Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*. No. 015, pp. 1-14.
13. Rosenfarb, I.S. y otros (1995): "Expressed Emotion and Subclinical Psychopathology Observable within the Transactions between Schizophrenic Patients and Their Family Members". *Journal of abnormal psychology*. vol. 104, Nº 2, pp. 259-267.
14. Sepúlveda, Rafael (1993): "Intervención familiar para personas con esquizofrenia. Crónica a partir de una revisión sistemática del tema". *Revista de psiquiatría*. Nº 3, vol. XIII, pp. 155-157.
15. Weisman, A.G. y otros (1998): "Expressed Emotion, Attributions, and Schizophrenia Symptom Dimensions". *Journal of abnormal psychology*. vol. 107, Nº 2, pp. 335-359.
16. Zúñiga, Sonia y J.Jobet (1993): "Evaluación del programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico". *Revista de psiquiatría*. Nº 1, pp. 25-30.