

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Una aproximación a la problemática de la exclusión social en la atención de la salud mental.

Funes, Mariangeles y Pedrido, Ricardo.

Cita:

Funes, Mariangeles y Pedrido, Ricardo (2013). *Una aproximación a la
problemática de la exclusión social en la atención de la salud mental. V
Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en
Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de
Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/20>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/9nR>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

UNA APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Funes, Mariangeles; Pedrido, Ricardo

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

Resumen

Las personas que padecen enfermedades mentales han sido históricamente invisibilizadas y marginadas del ejercicio de sus derechos. El modelo de atención en salud ha sometido a éstos sujetos a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad, concibiéndolos como objetos de tutela y protección, negándoles la capacidad de tomar decisiones y de insertarse en su comunidad. Los largos períodos de hospitalización acarrearán la ruptura de sus lazos sociales, la estigmatización y la exclusión social, y paradójicamente, favorecen la discapacidad y la restricción de los derechos de los pacientes.

Palabras clave

Exclusión social, Rehabilitación, Desmanicomialización

Abstract

AN APPROACH TO THE PROBLEM OF SOCIAL EXCLUSION IN MENTAL HEALTH CARE

People with mental illness have historically been invisible and marginalized exercise their rights. The model of health care has gone through these subject to processes of admission regardless of their will, conceiving them as objects of care and protection, denying them the ability to make decisions and to insert in their community. Long periods of hospitalization entail the breaking of social ties, stigmatization and social exclusion, paradoxically, promote disability and restriction of the rights of patients. While the State and various civil society organizations, drive a process of reform of the mental health system, the changes that are to require complex sociocultural changes, so that the community devices, along with the necessary support, facilitate a person who has suffered a decompensation in mental health can carry on your life as all others. In this paper we analyze phenomena related to social exclusion of people with mental illness, investigating what legitimizes certain discursive configurations of exclusion and symbolic artefacts through which reinforcing. Methodologically adhere to the phenomenological currents.

Key words

Social exclusion, Rehabilitation, Deinstitutionalization

INTRODUCCIÓN

El estado de salud se encuentra en estrecha relación con el medio que rodea al individuo y el trasfondo total de la vida del mismo (OMS, 2001). En este contexto, la discapacidad es un término genérico que expresa la dificultad de una persona para desenvolverse dentro de los parámetros de la "normalidad" concebidas en un ser humano de acuerdo a su edad, género, actividad y entorno.

Existen normas porque la vida, al no ser sumisión al medio ambiente sino institución de su propio medio ambiente, pone valores no sólo en el medio ambiente sino también en el organismo mismo (Canguilhem, 1971). Lo anormal no es tal por ausencia de normalidad, sino más bien debido a que no hay ningún tipo de vida sin normas de vida. El estado normal entonces, es aquel que puede admitir el paso a nuevas normas, es decir, que el hombre es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente.

El estado patológico traduce la reducción de las normas de la vida toleradas por el ser vivo, poniendo en evidencia la precariedad de la normalidad establecida por la enfermedad.

Debido a que las constantes patológicas tienen valor repulsivo y estrictamente conservador en la sociedad, la curación es la reconquista de un estado de estabilidad de las normas (Douglas, 1973). Curarse significa darse nuevas normas de vida. Por lo tanto, hablando con rigor no hay una ciencia de lo normal. Hay una ciencia de las situaciones y condiciones biológicas llamadas "normales" (Canguilhem, 1971). Por consiguiente, no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un fenómeno considerado, siempre es la relación con el individuo enfermo, por intermedio de la clínica, la que justifica la calificación de patológico.

Douglas (1973) señala que el orden ideal de la sociedad es asediado por peligros que amenazan y estas creencias ejercen coerción y temor en la sociedad y, frente al peligro de contaminarse o incurrir en una falta, se imponen acciones rígidas vinculadas a la sanción del código moral.

La contaminación acarrea una carga simbólica que se relaciona con la vida social, configurando la asimetría que se aplica en el sistema social para reivindicar o contra-reivindicar una condición social. Sirviendo como modelo para la diferenciación de las unidades sociales. Como podemos observar en los temas vinculados a la segregación urbana y la exclusión social (Funes y Rivero 2009). El ideal de salud social, está sometido a presiones externas y lo que no se encuentra dentro de los parámetros validados y establecidos, ni se circunscribe a las reglas, esta potencialmente en su contra (Rivero y Funes, 2010).

La noción de impureza aparece como una representación del miedo y tal como lo ha señalado Ricouer (1960), su eliminación apunta a organizar el entorno. De esta manera, las ideas acerca del contagio se asocian a la enfermedad que quiebra el desarrollo normal de

la vida cotidiana y en la que el reconocimiento de la anomalía, al angustiarse, lleva a la evasión y negación de dicha situación.

Cabría entonces preguntarnos si la discriminación, la estigmatización del enfermo mental y la segregación que padece en espacios diferenciados es consecuencia de la antigua conversión de los leprosarios en establecimientos hospitalarios ocupado por “incurables y por locos” (Virchow, XIX). ¿Podríamos pensar que los valores y las representaciones que se asocian a las personas con padecimientos mentales se han unido al personaje del leproso, perpetuando en el tiempo el sentido de su exclusión y encierro con un sentido nuevo y en un contexto cultural distinto?

Como podemos observar en el cuadro de Bosco, la nave de los locos existió llevando de una ciudad a otra sus cargamentos insensatos. Los locos de entonces vivían una existencia errante debido a que las ciudades los expulsaban permitiéndoles en algunos casos recorrer los campos apartados, así como también en algunas ciudades medievales se ha encontrado en su contabilidad subvenciones y donaciones destinadas a los insensatos para alojarlos y mantenerlos, con el fin de ser tratados en hospitales o, en otros casos, simplemente alojados en las prisiones, librando así de su presencia a la ciudad de dónde venían.

En relación a lo dicho Foucault (1964) señala: “(...) la situación *liminar* del loco en el horizonte del cuidado del hombre medieval, situación simbolizada y también realizada por el privilegio que se otorga al loco de estar encerrado en las *puertas* de la ciudad; su exclusión debe recluirlo; si no puede ni debe tener como *prisión* más que el mismo *umbral*, se le retiene en los lugares de paso. Es puesto en el interior del exterior e inversamente. Posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días, con sólo que admitamos que la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia.” (Foucault, 1967)

EXCLUSIÓN SOCIAL

A continuación tomaremos dos de las definiciones de exclusión social que hemos analizado en publicaciones anteriores (Funes y Rivero, 2009; Rivero et. al. 2010). Beatriz Balian de Tagtachian (2000) señala que la exclusión es un “estar afuera” pero a la vez puede pensarse este concepto desde dos aspectos: aquel individuo que “se lo ha separado, es decir que antes estaba o a aquel sujeto que al estar separado, no ha estado nunca”. La autora nos indica que “esas dos formas dan lugar a distintos tipos de exclusión social, que se expresan en diferentes instituciones sociales (familia, salud, vivienda, etc.)”.

Por otro lado, Rubio Arribas y Soria Breña (2003) señalan que el concepto de exclusión social pertenece a un discurso retórico que define la situación social de la persona excluida tomando como referente una clasificación funcional, o sea, una situación que se nombra desde el campo semántico del control y de la cultura. La diferencia como exclusión social o arbitrariedad inicial, transforma este hecho en un proceso de estigmatización. En este sentido, los autores señalan que existiría una construcción social de la diferencia que estaría marcada por aquellas personas que no están incluidos socialmente, entendiéndolo por inclusión: “al acceso normalizado a las actividades, funciones y relaciones más definitorias de la vida.” Reflexionando en relación a la construcción social de la diferencia y los fenómenos de exclusión, Rubio Arribas y Soria Breña señalan que la sociedad entiende la diferencia como desestabilizadora, como “algo opuesto a la norma”. El lugar en el que se encasilla al diferente, resultaría de un consenso asumido por un sector de la sociedad y extendido al resto. “El lugar de destino de los “colectivos diferentes” -como en el caso de las personas

con algún tipo de discapacidad-, es la segregación en territorios diferenciados y hasta “apartados”. Y la relación de la Sociedad con estos colectivos está pautada por la discriminación, es decir, por un trato diferenciado y con una participación social desventajosa. El problema de ser “un diferente”, es resultado dentro de nuestro contexto social de forma doméstica o asistencial y por tanto, habilitando espacios segregados. Que en unas ocasiones las soluciones producen sobreprotección individual y/o social y otras, se crean estrategias de gestión que aseguran al individuo lo mínimo” (Rubio Arribas y Soria Breña, 2003).

REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL

La rehabilitación se ha integrado como un componente esencial de la atención integral de la salud para alcanzar la equidad en Salud Pública (Pérez de Velázquez, 2008), incorporando las acciones necesarias para “el logro de la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que le corresponden como ciudadano en una comunidad”.

Desde hace unos años, la atención integral en salud en el manejo de discapacidades no solamente abarca la atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando al sector salud y a todos los que componen la sociedad, descentralizando sus intervenciones y dando lugar a una participación social más activa a partir de una adecuada programación local.

De esta manera, la rehabilitación con base comunitaria integra a la atención de la salud las organizaciones de la comunidad y a las personas, buscando diferentes vías e instrumentos para lograr la equidad, la inclusión social y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Según la OMS (2001) la equiparación de oportunidades es el proceso a través del cual los diferentes sistemas de la sociedad y el ambiente, son accesibles a todos, particularmente a las personas con discapacidad. De esta manera: “La igualdad de derechos implica que las necesidades de cada uno y todos son de igual importancia y que esas necesidades deben estar hechas sobre las bases para la planificación de las sociedades y que todos los recursos deben ser empleados en tal forma que aseguren que todos los individuos tienen igual oportunidad para la participación” (Pérez de Velázquez, 2008).

La rehabilitación es el proceso que anima a las personas con discapacidad para lograr mantener sus niveles óptimos físicos, sensoriales, intelectuales, psiquiátricos, funcionales y sociales, proveyéndolos con las herramientas para cambiar sus vidas al nivel más alto de independencia, así como también proveer y restaurar funciones, o compensar la pérdida o ausencia de una función o de una limitación funcional (NNUU, 1994).

Davesa (2005) señala que entre las actividades que se realizan en las instituciones, destinadas a la recuperación funcional de las personas que presentan limitaciones en su actividad y participación, los lenguajes artísticos se proyectan como medios de transformación y de desarrollo de la integración de las personas discapacitadas, promoviendo y previniendo la salud física y mental, entendiéndola como una actividad no privativa de los profesionales de la salud que involucra a la sociedad en su conjunto, con el fin de buscar estrategias para abordar y resolver los conflictos.

Un interés fundamental en el área de la salud mental es la contribución a la desmanicomialización, nuevo concepto en contra del encierro, que rescata la parte sana del paciente a través de la actividad artística y creativa, promoviendo valores tales como la solidaridad, la responsabilidad, la participación, el compromiso, la cooperación, el fortalecimiento de los vínculos, el intercambio, la libertad, la autonomía, entre otros, en una sociedad que tiene que

recomponer el tejido social.

Las búsquedas de bienestar y salud se satisfacen en estos casos, a través de la posibilidad de desempeñar y desarrollar un rol social participativo que revierta la exclusión social que sufren los pacientes, insertándolos en nuevas redes de contención social, que les faciliten la posibilidad de expresión frente a las crisis vitales. Los procesos de desmanicomialización, conducen a efectos terapéuticos que abren posibilidades de inclusión social a los pacientes que se encuentran internados o son pacientes ambulatorios, camino necesario para desanudar el proceso curativo del tratamiento químico y generar lazos entre los pacientes y la sociedad, produciendo efectos en el orden social, institucional e individual en lo referente a la construcción social de la locura (Funes y Pascuchelli, en prensa), abordando la atención de la salud desde los nuevos planteos en el ámbito médico en relación a la humanización de la medicina y en contra de las acciones que se han realizado históricamente por la acción voluntaria de la beneficencia. Quienes coordinan las actividades artísticas-terapéuticas -entre otras-, manifiestan que sus actividades no tienen una intención recreativa sino terapéutica, artística y psicológica.

PALABRAS FINALES

A lo largo del trabajo intentamos problematizar algunos aspectos vinculados a la atención de la salud mental, a la construcción social de las nociones de lo normal y lo patológico y a los sistemas de exclusión históricos e institucionalmente coactivos (Foucault, 2008). Desde el comienzo, abordando los temas desde autores que provienen de diversas líneas del pensamiento, encontramos que son los discursos acerca de la enfermedad y en particular de la locura, los que legitiman y refuerzan la segregación y la estigmatización social de los pacientes.

En este sentido coincidimos con Foucault (2008), cuando parte de la idea de que la producción del discurso en toda sociedad se encuentra controlada por un conjunto de sistemas de "exclusión" que tienen por finalidad "conjurar" los peligros dominando la posible materialidad del acontecimiento aleatorio. Los instrumentos de los que se va a valer para ello son la prohibición, la separación o el rechazo. De esta manera, la sociedad construye diversas categorías, determinando una identidad, un nosotros y un ellos, un adentro y un afuera mediante normas, valores y significaciones.

Este sistema de significaciones complejas es el fruto de una población históricamente heterogénea y pluricultural, en la que conviven diferencias discursivas, valorativas, económicas y políticas. En este contexto, a los efectos de analizar los fenómenos relacionados a la exclusión social de las personas con padecimientos mentales, abordamos aquellas actividades realizadas en la institución -con especial atención en aquellas que se vinculan al arte- que se realizan con la intención rehabilitar al paciente discapacitado a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica que puede ser capaz para prevenir el deterioro progresivo de sus capacidades y limitar las consecuencias que tales situaciones acarrearán. Como señalábamos al comienzo de la presentación, la reforma del sistema de salud mental, demanda entender en toda su complejidad las dinámicas socio-culturales que atañen a los problemas vinculados a la exclusión social para encauzar y dar buen provecho a los fondos económicos y a los esfuerzos humanos que se demandan para garantizar una mejor calidad de vida a los pacientes discapacitados. Resulta muy difícil pensar en concientizar a la comunidad en aspectos referentes a los derechos y deberes de las personas con discapacidad, si no entendemos el sistema de creencias que marca y guía las acciones de una persona discapacitada y

su familia, a la hora de sortear los problemas de la vida cotidiana. A partir de lo relevado en campo, podemos decir que entre las actividades de rehabilitación realizadas en la institución, aquellas vinculadas al arte y a la creatividad, son las que actúan como una herramienta de complementariedad terapéutica, de inserción social y de puente entre mundos, actuando como mediador a la hora de fortalecer los lazos sociales y la posibilidad de externalizar el dolor. Cuando la intervención biomédica se agota, aparece la expresión artística, la artesanía, el folklore, el recuerdo evocado desde lo estético, la recomposición simbólica por medio del color, del mural, de la poesía y de la fotografía. El lenguaje artístico transmite entonces un mensaje transformador, enriqueciéndose en cada proceso creativo. Los contenidos artísticos y estéticos tradicionales que se han relevado en campo, remiten a ese pasado que se hace presente evocándolo, por medio de canciones folklóricas e imágenes alegóricas proyectando lazos de unión entre los pacientes, más allá de sus diferencias.

BIBLIOGRAFIA

- Balian, B. (2000) "Exclusión Social: una aproximación conceptual" en *Boletín de Lecturas Económicas y Sociales*, Universidad Católica Argentina, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Buenos Aires, Año 7, N° 32, pp. 7-14.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Davesa (2005) *Frente de Artistas del Borda*, En: *Cuando el arte da respuestas* (Pansera, C. Editor) Ed. Artes Escénicas, Buenos Aires.
- Douglas, M. (1973) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2008) *El orden del discurso*. Tusquets Editores. Buenos Aires.
- Funes, M. y Rivero, E. (2009) *Una aproximación al fenómeno de la exclusión social en el área metropolitana de Buenos Aires*. Congreso ALAS 2009, Buenos Aires.
- NNUU (1994) *The Standad Rules on the Equalization of Opportunities for Personas with Disabilities*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) *Estrategias para la Medicina Tradicional 2001-2005*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez de Velázquez, A. (2008) *Atención primaria y rehabilitación*, En: *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud* (Editores Vásquez Barrios, A. y N. Cáceres), Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, OPS. Buenos Aires.
- Rivero, E., Funes, M. y Alfaro, P. (2010) *El discurso como fuente de legitimación del binomio exclusión-inclusión*. Eudeba, Buenos Aires.
- Rubio Arribas, J. y Soria Brena, R. (2003) *La construcción social de la diferencia*, *Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, Nomadas n°7. www.ucm.es/info/nomadas/7/imag1.gif