



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Construcción y piloteo de un instrumento de medición: hacia la visibilización de las personas con discapacidad psicosocial”.

T E S I S

para obtener el grado de

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

presenta

Andrea Carlos Echeverría

Director de tesis

Dr. Carlos Manuel Guerra Galicia



Programa
Nacional
de
Posgrados
de Calidad
(PNPC)



Generación 2017-2019

San Luis Potosí, S.L.P., a 1° de febrero de 2020



San Luis Potosí, S.L.P. a 1° de febrero de 2020

**COMITÉ ACADÉMICO DE LA
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS
P R E S E N T E**

Estimados miembros del Comité Académico,

Los suscritos, miembros del subcomité de tesis de la estudiante **Andrea Carlos Echeverría**, generación 2017-2019 de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, como resultado de un proceso de acompañamiento, donde hemos evaluado el fondo, la forma y la metodología de la tesis **“Construcción y piloteo de un instrumento de medición: hacia la visibilización de las personas con discapacidad psicosocial”**.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarme con su luz y dejarme ver el camino que mis pasos por este mundo tienen que seguir.

A mi abuela y a mis hermanos, por ser un frente unido y aportar algo valioso a mi vida todos los días.

A mis papás, por educarme y darme las herramientas necesarias para llegar hasta este momento. Por apoyarme en las buenas y en las peores y darme la certeza de que siempre van a estar a mi lado.

A mi esposo, por ser esa persona que me hace ser mejor cada día, por hacerme caminar pasos firmes sobre la tierra. Por su paciencia y motivación, por hacerme ser mejor persona. Por ser mi motivo de inspiración y admiración, espero algún día poder ser el tuyo.

A CONACyT por otorgarme los recursos para tener la posibilidad de empezar a cambiar el entorno.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por ser nuevamente mi alma máter.

A la Maestría en Derechos Humanos y a quienes la hacen posible, gracias por darme la mejor educación, por todos los esfuerzos para tener una formación de calidad.

A mis maestros y maestras, porque cada palabra la tengo sembrada en mi corazón, gracias por compartirnos su vida y su pasión.

A mi comité de tesis, Carlos Guerra, Omar Sánchez-Armáss y Agustín Herrera, por su paciencia, apoyo y dedicación en esta investigación, pero, sobre todo, por sacar mi mejor potencial.

A mis amigas de toda la vida, por ser el motivo de mis risas en medio de la desesperación.

A la séptima generación, mejores amigos y amigas no me pudieron haber tocado.

A Aghata, Fanny, Marcelo y Vero por llegar a mi vida a regalarme su amistad.

A la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, a “Pilsen Wellness Center” y a sus pacientes, por crear conmigo, por llevarme y enseñarme a través de sus historias personales, por

motivarme a seguir luchando por un mundo más justo. Por enseñarme que a pesar de todas las adversidades lo más importante es defender las convicciones que me llevan todos los días a tomar decisiones y a realizar acciones que posibiliten una vida más justa, porque sigo “con la terca convicción de que es posible un mundo mejor...”

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO PRIMERO.....	3
SALUD MENTAL	3
1.1. ¿Qué es la salud mental y enfermedad mental?.....	3
1.2. Historia de la salud y la enfermedad mental en México	4
1.2.1. Manicomio General La Castañeda.....	7
1.2.1.1. Operación Castañeda	9
1.2.2. Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.....	11
1.3. ¿Qué son los trastornos psicosociales?.....	15
1.3.1. Trastornos afectivos.....	16
1.3.2. Esquizofrenia.....	19
1.3.3. Trastornos mentales orgánicos	22
1.4. Estigma	22
CAPÍTULO SEGUNDO	27
HACIA UNA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA LIBERACIÓN DESDE LOS DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA	27
2.1. La filosofía de la liberación como fundamento de los derechos humanos en América Latina	27
2.1.1. Fundamento de la Alteridad.	28
2.1.1.1. Proximidad	28
2.1.1.2. Totalidad.....	29
2.1.1.3. Mediaciones	30
2.1.1.4. Libertad situada	30
2.1.1.5. Exterioridad	31
2.1.1.6. Alienación	31
2.1.2. Los Derechos Humanos desde la praxis de liberación.....	33
2.2. Estudios sobre la Liberación. Teología de la Liberación	35
2.2.1. La Opción por los Pobres	38
2.3. Psicología Social Comunitaria: hacia una Psicología de la Liberación	41

2.3.1. Intersecciones entre la Psicología Social Comunitaria y la Psicología de la Liberación	46
2.4. Praxis de liberación y salud mental	48
2.5. Ética del Discurso. Breve recorrido por las ideas de Karl – Otto Apel, Jürgen Habermas y Adela Cortina	53
2.4.1. Ética del discurso y salud mental	57
CAPITULO TERCERO	61
DERECHO A LA SALUD	61
3.1. Derechos económicos, sociales y culturales	61
3.1.1. Derecho a la salud.....	63
3.1.1.1. El derecho a la salud desde una perspectiva de igualdad	65
3.2. Legislación nacional	68
CAPÍTULO CUARTO	73
CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	73
4.1. ¿Qué es un instrumento de medición?	73
4.2. Revisión de otros instrumentos de medición	73
4.3. Concepto de Derechos Humanos: de la teoría a la práctica.....	75
4.3.1. Dignidad Humana	75
4.3.2 Discapacidad psicosocial	76
4.3.3. Trato digno.....	77
4.3.4. Derecho a la Salud	78
4.3.5. Necesidades básicas	79
4.3.6. Vulnerabilidad	80
4.4. Desarrollo del constructo	81
4.4.1. Revisión teórica de los dominios	82
4.4.1.1. Alimentación	82
4.4.1.2. Alojamiento y calidad de las instalaciones	82
4.4.1.3. Buena atención médica.....	83
4.4.1.4. Información veraz y oportuna.....	84
4.4.1.5. Libertad de movimiento.....	84
4.4.1.6. Respeto y amabilidad	84

4.4.1.7. Derecho a la Salud: aplicabilidad.....	85
4.4.2. Constructo	86
4.5. Reactivos	86
4.6. Piloteo.....	90
4.6.1. Relaciones entre dimensiones	92
4.6.2. Análisis de las regresiones.....	93
4.6.3. Interpretación de las regresiones.....	93
4.6.4. Análisis final y resultados.....	95
CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFIA	100

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se vive un mundo en donde es más fácil preocuparse por salir delante de las problemáticas personales que nos aquejan que involucrarse en problemáticas sociales, y a pesar de ello existen personas y grupos que buscan crear un mundo más justo, y, que se pueda encontrar ese tipo de empatía en el mundo es algo extraordinario, sin embargo, es imperativa la reflexión de hasta donde pueden llegar los esfuerzos para cambiar ese mundo?, lo que una persona cree que es un mundo mejor realmente lo es para otra?, hasta qué punto se están violentando ciertos derechos de las personas?, desde donde se debe de luchar para construir ese otro mundo más justo?, desde donde o desde quien se tienen que pensar los pasos que siguen para comenzar a erradicar la injusticia social?

Todas estas preguntas que pueden parecer desordenadas, en realidad lo están; al comienzo de esta investigación, todas esas preguntas estaban flotando en el aire como rayos de sol, posibles respuestas llegaban como una bocanada de aire, sin embargo, algo estaba seguro, se necesita unir varios esfuerzos para poder llevar todo esto a una realidad tangible, como es, el final de esta tesis.

La presente investigación tiene como objetivo – al menos en esta primera etapa – comenzar con la visibilización de las personas con discapacidad psicosocial, y no, el simplemente verlas, sino reconocerlas como sujetos sociales y jurídicos, como seres humanos, personas, que sienten, piensan, tienen opiniones y son ---- de derechos humanos. Puede parecer hasta cierto punto algo lógico, pues son hombres y mujeres, empero, históricamente ha existido una violación y una anulación sistemática al reconocimiento de las personas que padecen enfermedades mentales. Por ello, durante el capítulo primero se hará un recorrido a través de la historia de la salud y la enfermedad mental en México, se pondrá en entrevisto como es que por razones sociales y políticas era más sencillo que las personas con discapacidad psicosocial estuvieran aisladas y en malas condiciones y cómo, éste pensamiento fue cambiando a lo largo de los años. En una segunda parte del capítulo primero, se pondrá sobre la mesa que son las enfermedades mentales y cuales son algunas de esas enfermedades para así poder pasar al estigma que se hace evidente desde el inicio del capítulo.

Un poco más arriba se mencionan varias preguntas como es la de ¿desde quien debemos pensar? ¿Realmente se está siendo justo al creer que la idea individual o cultural de un mundo mejor

tiene que ser la misma para todas las sociedades y culturas? Ello, es un poco de lo que se intenta describir en el capítulo segundo, como se puede construir un pensamiento liberador que tome en cuenta a las personas que se pretenden liberar. Para ello, se utiliza la filosofía de la liberación como base para poder fundamentar la importancia de la participación de las personas vulnerables dentro de su propia liberación, se utiliza de base a Ignacio Ellacuría, Enrique Dussel, Ignacio Martín – Baró, Alejandro Rosillo, Maritza Montero, solamente por mencionar a algunos autores. Se intenta engarzar todo este contenido para fundamentar la importancia de la participación de toda la sociedad, pero, sobre todo, de las personas vulnerables en la construcción de un mundo mejor.

No se puede hablar del reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial sin poner en claro, sobre el derecho sobre el cuál esta primera fase de la investigación tiene su foco. Por ello, de manera muy sucinta, se hablará de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de los cuales se desprende el derecho a la salud. En términos generales, se podrá observar cuales son los alcances y las limitaciones de este derecho en la actualidad y porque, muchas veces, a las personas con enfermedades mentales este derecho no les es respetado en su totalidad.

Después de todo este camino por tres capítulos que a simple vista pueden parecer muy distantes entre sí, nos adentramos en el capítulo cuarto en donde se puede ver reflejada esta intersección entre los temas, esto es, el desarrollo de un instrumento de medición en donde el objetivo es que, desde la perspectiva de la persona con discapacidad institucionalizada, podamos conocer el respeto a sus Derechos Humanos dentro de la Institución. Esto puede dar un primer acercamiento hacia el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial y puede abrir el panorama para que todos los esfuerzos – sociales, políticos o de cualquier índole – puedan causar el impacto necesario para cambiar la percepción de las enfermedades mentales y las personas que viven con ellas.

CAPITULO PRIMERO

SALUD MENTAL

1.1. ¿Qué es la salud mental y enfermedad mental?

¿Qué es lo primero que se piensa cuando se habla de “salud mental”? La Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas en español) la define como “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹ Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS por sus siglas en español) define salud mental como “estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio – cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés. Es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad”.² Por lo tanto, cuando se habla de la pérdida de la salud mental, se habla de cuando un individuo no es consciente de sus propias capacidades, por lo cual no puede afrontar las tensiones de la vida cotidiana por lo que esto va a influir en su forma de relación con otras personas y en su trabajo; por ello se diría que se padece de un trastorno mental; la OMS define trastorno mental como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás”.³

Andrés Ríos Molina⁴ distingue enfermedad mental y locura siguiendo criterios más bien culturales; de esta manera entiende enfermedad mental como el criterio clínico para ubicar a un sujeto dentro de una categoría con base en la disfuncionalidad psíquica u orgánica que señale el médico producto del resultado de las observaciones de la conducta, expresiones o posturas del sujeto⁵, y locura como el referente cultural que utiliza la sociedad para aislar a las personas que

¹OMS, “Salud mental: un estado de bienestar”, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/, consultado el 20 de octubre de 2017.

² IMSS, “Salud Mental”, <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>, consultado el 20 de octubre de 2017.

³ OMS, “Trastornos mentales”, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>, consultado el 20 de octubre de 2017.

⁴ Profesor Investigador Titular A, tiempo completo, definitivo del Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctor en Historia de El Colegio de México, PRIDE nivel B, SNI nivel I.

⁵ RÍOS, Andrés, “Introducción” en su libro *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*, El Colegio de México, México, 2009, p. 36; RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.* p. 82.

tienen una naturaleza anormal, es decir, la “construcción cultural de la enfermedad mental, esto es, la dimensión simbólica de la misma.”⁶ Estos referentes culturales para la definición de la locura que Ríos Molina señala, son importantes puesto de ellos depende la forma de relación que la sociedad tiene para con el loco. De esta manera, la definición de locura que se realiza a partir de la productividad y de la peligrosidad del “loco” apunta más a raíces sociales que médicas.⁷ Por lo tanto, “la locura no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la nombra. En tanto que expresa valores y conductas rechazados por la sociedad, el acercamiento a la locura como desorden biológico resulta insuficiente.”⁸

Ríos Molina a partir del estudio de los expedientes clínicos de los pacientes de La Castañeda, visualizó “la génesis de la psiquiatrización del lenguaje en la sociedad moderna.”⁹ Términos como histeria, neurosis, psicosis, trauma, alucinación, delirio y depresión pasaron a ser incorporados al lenguaje cotidiano de nuestra sociedad. Con esta incorporación del lenguaje, las familias podían describir el estado mental de sus enfermos para justificar el internamiento, de esta manera, manipulaban el lenguaje de acuerdo a sus necesidades y conveniencias.¹⁰

1.2. Historia de la salud y la enfermedad mental en México

Desde la fundación del Manicomio General La Castañeda, hospital psiquiátrico más importante de México durante el siglo XX, los referentes culturales del comportamiento de la época que se asociaban con la locura fueron los criterios utilizados para “encerrar a los locos”, por lo que la opinión psiquiátrica pasaba a segundo término. Las familias y las personas que formaban parte del círculo social del “loco”, hacían del conocimiento de los psiquiatras las conductas excéntricas y fuera de la normalidad “de su familiar incómodo, tuviera o no una enfermedad mental”¹¹, utilizando conceptos médicos para justificar el encierro terapéutico urgente.¹²

⁶ RÍOS, Andrés, “Introducción”, *op. cit.*, p. 36.

⁷ *Ibidem.*, pp. 36-37; SACRISTAN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna” en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, p. 29.

⁸ RÍOS, Andrés, “Introducción”, *op. cit.*, p. 24.

⁹ RÍOS, Andrés, “La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920 – 1944” en *Históricas: boletín del Instituto de Investigaciones Históricas*, núm. 84, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009, p. 33.

¹⁰ *Ídem.*

¹¹ RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.* p. 82.

¹² *Ídem.*

“La Castañeda” fue el manicomio – como espacio judicial en donde se acusa, juzga y condena¹³ – más grande de México durante el S.XX inaugurado en la ciudad de México en 1910 bajo el régimen autoritario del entonces presidente Porfirio Díaz, su construcción coincidió con el comienzo de la Revolución Mexicana, periodo que traería grandes consecuencias sobre la sociedad y su relación con La Castañeda; este Manicomio se ocupó del tratamiento y cuidado de los enfermos mentales en México durante 58 años.¹⁴ Se comienza su construcción “ante la imperiosa necesidad de mejorar las condiciones de asistencia e higiene de los pacientes que durante siglos permanecieron reclusos en casas insalubres e inadecuadas, desatendidos en lo general, pero sobre todo en olvido y abandono del Estado de la Sociedad.”¹⁵

A través de la mención de las condiciones de las instituciones que atendían enfermos mentales en la época, se observa que La Castañeda no fue la primera institución en atender personas con trastornos mentales en México; Bernardino Álvarez, nacido en Sevilla, llegó a la Nueva España en 1534, después de encontrarse en dificultades con la ley, decide cambiar su vida y trabajar como enfermero en el Hospital de Marqués del Valle en la ciudad de México, trabajo que le visibiliza la cantidad de enfermos que no podían ser atendidos debido a la alta demanda. Ello lo lleva a fundar, en 1566¹⁶, con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado, el “Hospital de San Hipólito de convalecientes y desamparados”; este hospital tenía la finalidad de recibir a hombres que Bernardino percibía como más desamparados: los convalecientes, los ancianos y los locos, éstos últimos eran percibidos como “piedras vivas pues incapaces de bastarse a sí mismos, morían si les faltaba el sustento”.¹⁷ Con el paso del tiempo Álvarez edificó una red de siete hospitales repartidos en los caminos de México – Veracruz y México – Acapulco, que eran los puertos de entrada de la Nueva España.¹⁸

¹³ FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1982, p. 251.

¹⁴ RÍOS, Andrés *et. al.*, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910 – 1968)” en *Asclepio: revista de historia de la medicina y de la ciencia*, núm 1, Madrid, enero- junio 2016, p. 136.

¹⁵ RAMÍREZ, Sara, *La asistencia psiquiátrica en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 27 cit. por SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA. Revista de historia de la psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, p. 13.

¹⁶ RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.*, p. 74.

¹⁷ DÍAZ DE ARCE, Juan, “*Libro de la vida del próximo evangélico exemplificado en la vida del venerable Bernardino Álvarez*”, Imprenta de Juan Ruiz, México, 1651 cit por., SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA. Revista de historia de la psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, p. 14.

¹⁸ *Ídem.*

El Hospital del Divino Salvador, conocido popularmente como “La Canoa” por la calle en donde se encontraba ubicado¹⁹, fue otra de las instituciones que asistieron a personas con enfermedades mentales; en 1687 un carpintero llamado “José acogió en su casa a una prima de su esposa al parecer demente, hecho que despertó en él cierta sensibilidad motivándolo a recoger a cuantas mujeres, en apariencia locas, encontró deambulando por las calles.”²⁰ Cuando su casa no fue suficiente para dar atención a todas las mujeres, recibe un patrocinio del arzobispo de México y funda, en 1700, el Divino Salvador, éste queda a cargo de los jesuitas de la Congregación del Divino Salvador; de esta forma el Hospital San Hipólito se encargó de los hombres y el Divino Salvador de las mujeres.

Las descripciones que se hacían de ambos hospitales en esa época no eran malas. El Divino Salvador, fue descrito en 1863 como una institución que honraría al mejor hospital europeo;²¹ sin embargo, pese a esas descripciones, los miembros de la élite social, comenzaron a emitir propuestas para construir una nueva institución que reemplazara los antiguos hospitales, argumentando, bajo la influencia científica europea, “que el aire puro tenía dotes terapéuticos sobre la locura, que el ruido ciudadano no ayudaba a la curación [y] que la mezcla de pacientes con diferentes enfermedades en espacios comunes no permitía una detallada observación clínica.”²² Pero detrás de estas justificaciones, el principal objetivo de la construcción de un nuevo manicomio obedecería a la lógica de control del inminente Estado moderno, en donde, a través de los trabajos de Michel Foucault, se comprende el saber psiquiátrico y de los manicomios de la época como “herramientas del Estado para el control de las conductas que amenazaban con la estabilidad social.”²³ Ello lleva al cierre de ambas instituciones en 1910 para ser sustituidas por el Manicomio La Castañeda.²⁴

¹⁹ RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.*, p. 74.

²⁰ RAMÍREZ, Sara, “Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México” en *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal 1* cit por., SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA. Revista de historia de la psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, p. 22.

²¹ *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, 1926, tomo I, núm. 3, p. 9 cit. por RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del Manicomio La Castañeda, 1910” en *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 6, Colombia, enero-junio 2008, p. 75.

²² RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.*, p. 75.

²³ *Ibidem.*, p. 81.

²⁴ RAMÍREZ, Sara, “Datos históricos sobre los manicomios...”, cit por., SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México...” *op. cit.*, p. 14.

Lo anterior no niega la necesidad de un nuevo manicomio, el alienista²⁵ más importante de México en el siglo XIX, el doctor Miguel Alvarado, declaró la necesidad de una nueva institución de atención para los locos pues la enfermedad mental era el “mal de la civilización” y el número de locos iría aumentando constantemente; esta declaración resultó ser un hecho cierto pues para 1910 ambas instituciones albergaban a un total de setecientos setenta y nueve locos y locas, lo que puede suponer que en los últimos años el hacinamiento iba en aumento.²⁶

1.2.1. Manicomio General La Castañeda

El Manicomio General La Castañeda sigue el esquema de la época. En 1825 el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia, Jean Etienne Esquirol, propone que los espacios de encierro para tratar a los enfermos mentales debían cumplir con tres características:

La clasificación de los internos debía hacerse según los síntomas similares y, a su vez, se separaba cada grupo en pabellones autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, que albergarían los hospitalizados, la administración y los servicios generales; la eficiencia de un manicomio implicaba que debía ser construido a las afueras de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña para que los internos tuvieran una agradable vista y así evitar la sensación de encierro.²⁷

Así, La Castañeda está formada por pabellones autónomos regidos por el edificio central en donde se encontraban las oficinas administrativas y los servicios generales, a la derecha del edificio central estaban los pabellones de los hombres y a la izquierda los de las mujeres. Detrás de los servicios generales estaba el pabellón de enfermería y electroterapia, con un salón para hombres y otro para mujeres. Posterior a este, se ubicaba el “pabellón de imbéciles” que tenía una sala para distinguidos y otra para la escuela. Los pabellones laterales eran de los infecciosos,

²⁵ Alienista se refiere a la persona que practica la especialidad del alienismo. El alienismo surge hacia 1800 en París como la especialidad de la medicina orientada al estudio y tratamiento de la locura, esta especialidad después tomaría el nombre de psiquiatría.

²⁶ RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.*, pp. 75-76.

²⁷ POSTEL, Jacques y QUETEL, Claude (comps.), *Historia de la psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993, p. 314, cit. por RÍOS, Andrés, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*, El Colegio de México, México, 2009, pp. 17-18.

peligrosos, distinguidos, alcohólico y tranquilos, los últimos tres estaban divididos de acuerdo a la categoría de indigentes o pensionistas.²⁸

Durante el tiempo que se prestaron servicios, La Castañeda fue modificando su enfoque de atención dependiendo de la variación de las nociones de locura como de las circunstancias políticas, económicas y bélicas de la ciudad de México y del país.

En la primera década de La Castañeda, el criterio para internar a las personas eran los intereses de las familias y del entorno social del paciente, las decisiones de los propios enfermos y el juicio médico, aunque quien más peso tiene, y a la que a veces deben doblegarse los otros, es la familia. Muchos de los internamientos solicitados por las familias tienen una “connotación de denuncia”, como es el caso de los “degenerados”, “malportados”, “desobedientes” o “lujuriosos”, o de las diagnosticadas como histéricas que lo son por haber mostrado abiertamente el deseo de casarse o de ir a fiestas, exhibido su erotismo en cartas, sentir inclinación por los amores lésbicos, dedicarse a la prostitución tratándose de señoritas bien o mostrarse agresivas. Estas conductas eran traducidas por los médicos como síntomas y finalmente cedían al deseo de la familia.²⁹ Los pacientes que ingresaron en esta primera época fueron pocos, pues teniendo una capacidad para 1200 personas, albergó 550 enfermos en promedio.

Al momento de su inauguración se remitieron 350 hombres del Hospital para Dementes de San Hipólito y 429 mujeres del Hospital del Divino Salvador; la mayoría de ellos fueron diagnosticados con epilepsia, sin embargo, Ríos Molina dentro de su investigación, percibe que “algunos sujetos con comportamientos caracterizados como “amorales” fueron diagnosticados como epilépticos. Aunque no hubiesen presentado a lo largo de sus vidas alguna convulsión, presentar el “carácter” epiléptico los convertía en sujetos que en cualquier momento podían cometer un crimen o atentar contra la moral.”³⁰

²⁸ RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México...”, *op. cit.*, p. 78.

²⁹ SACRISTÁN, Cristina, sobre: Andrés Ríos, “La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920” en *Historia Mexicana*, núm. 2, El Colegio de México, México, octubre – diciembre 2010, pp. 1368 – 1369.

³⁰ RÍOS, Andrés, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*, El Colegio de México, México, 2009, pp. 81-88 cit. por RÍOS, Andrés, “La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920 – 1944” en

Como se puede observar La Castañeda funcionaba como albergue para sexo servidoras, alcohólicos, abandonados y personas con trastornos psicosociales, no porque la finalidad de esta institución fuese dar un tratamiento de calidad a los enfermos mentales, si no por el contrario, fungía como una institución que limpiaba la imagen porfiriana de México.

Los pabellones se dividían según el tipo de enfermedad que se padecía, según el nivel socioeconómico y si se consideraban peligrosos o no. El tipo de trato variaba en cada pabellón y la mayoría de los pacientes terminaban siendo abandonados por sus familiares. Para hacer frente al sufrimiento psíquico daban terapias como el uso del agua, el decimonónico tratamiento moral, electroterapia, hipnosis, y algo de medicación, que cuando no había mucho presupuesto, era lo primero que se echaba a faltar.³¹

Durante todos los años de funcionamiento el Manicomio La Castañeda albergaba a un gran número de personas, siendo su máximo de 3,800 pacientes a la vez (finales de los años 40). Por esta situación las condiciones de insalubridad y hacinamiento se hicieron más evidentes – así como el cuestionamiento de los métodos terapéuticos que utilizaban –, y los artículos periodísticos exponían a una institución en decadencia total. Por lo que fue clausurado en 1968.³² Durante todos sus años de funcionamiento 1910 – 1968, albergó a 61,480 pacientes.

1.2.1.1. Operación Castañeda

Entre los años de 1920 y 1944 aumentó el número de población dentro de La Castañeda, siendo 1944 el año en donde se registran la mayor cantidad de ingresos con 1,663 pacientes. Debido a los informes que aparecieron sobre el mal estado de las instalaciones y las solicitudes por parte de los directivos en donde se señalaba el problema que generaba la saturación de pacientes, se comienza en 1944 la Operación Castañeda, esta operación fue una estrategia para crear una red de hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la república, para que así, La Castañeda, dejara de recibir pacientes de todo el país y poco a poco fuera reduciendo su población.³³

Históricas: boletín del Instituto de Investigaciones Históricas, núm. 84, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009, p. 31.

³¹ SACRISTÁN, Cristina, sobre: Andrés Ríos, “La locura durante la Revolución Mexicana...”, *op. cit.*, pp. 1367 – 1369.

³² RÍOS, Andrés *et.al*, *op. cit.*, p. 16.

³³ *Ibidem.*, p. 4-6.

Daniel Vicencio³⁴ divide esta etapa en dos periodos, durante el primero, de 1959 a 1964, se construyeron seis granjas para enfermos mentales; éstas primeras granjas no se construyeron con la finalidad de sustituir a La Castañeda, sino que fungieron como instituciones que comenzaron con el cambio de método asistencialista para trabajar con la idea del “ambiente terapéutico” en donde la principal terapia era la laboral, por ello, el Manicomio General únicamente se quedó con aquellos enfermos que no cumplían con los requisitos necesarios;³⁵ cabe mencionar que la terapia por medio del trabajo y el “ambiente terapéutico” se utilizaron también para difundir públicamente que la psiquiatría de la época había desarrollado un tratamiento que aparte de curar a los enfermos, los hacía útiles a la nación; con esto se transmitía la imagen de que los enfermos mentales estaban en proceso de ser reintegrados a la sociedad y podían dejar de ser una carga para las familias o para el Estado;³⁶ sin embargo, a pesar de los esfuerzos, el “ambiente terapéutico” fue un método muy limitado debido a que la terapia se basaba en actividades laborales agrícolas por lo que los pacientes que no pudieran trabajar no eran aceptados en las granjas y, por tal motivo, La Castañeda se fue convirtiendo en el lugar en donde quedaban los discapacitados, epilépticos, seniles, niños y todos aquellos que no pudiesen trabajar en el campo.³⁷

La segunda etapa comprendió los años de 1965 a 1968, en donde, debido a diferentes intereses económicos y urbanos, el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, con la construcción de otras seis instituciones, cuatro Hospitales Campestres y dos Hospitales Psiquiátricos, plantea la clausura definitiva del Manicomio General La Castañeda. Al ser decretada esta clausura y por la dificultad de que los pacientes más agudos fueran aceptados en las granjas, se modificaron las normas de internamiento; estas nuevas seis instituciones pasaron a aceptar cualquier tipo de enfermos independientemente de que pudieran realizar o no la terapia laboral, por este motivo las granjas pasaron a convertirse en “Hospitales Campestres”.³⁸

³⁴ Escuela Nacional de Antropología e Historia. Maestro en Historia por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de asignatura de la Escuela Nacional de Antropología e Historia y de la Universidad del Valle de México. Especialista en historia de la locura y la psiquiatría.

³⁵ VICENCIO, Daniel, *Operación Castañeda: Un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis, México, Distrito Federal, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014, pp. 57-58.

³⁶ SACRISTAN, Cristina, “Historiografía de la locura...” *op. cit.*, p. 29.

³⁷ VICENCIO, Daniel, *op. cit.*, pp. 57-58.

³⁸ *Ibidem.*, p. 58.

Así entonces, como parte de la Operación Castañeda, se crearon doce instituciones para reemplazar el Manicomio General, seis hospitales-granja, tres hospitales campestres, un albergue y dos hospitales psiquiátricos para agudos. La primera de esta cadena de instituciones fue la granja de San Pedro del Monte inaugurada en 1945; ubicada en Guanajuato, esta granja contaba con capacidad para 400 personas y de La Castañeda se trasladaron pacientes crónicos considerados incurables y pacientes agudos.³⁹ A esta primera granja le siguieron, en 1958, La Esperanza, ubicada a 17.5 kilómetros de la ciudad de Guadalajara, en el estado de Jalisco, y la del estado de Michoacán a las afueras de Morelia. Entre 1959 y 1964 se abrieron seis más repartidas en Tabasco, Oaxaca, Sonora y la Ciudad de México – anteriormente Distrito Federal –. Con éstas instituciones se aseguró que los sistemas de manicomio coercitivos y casi aprisionadores, sean desechados para implementarse el moderno modelo neuropsiquiátrico, en dónde, a través del trabajo, la diversión, el descanso y las responsabilidades que se le fijan al paciente, éste vuelve a la conciencia de su dignidad personal y se logra reintegrar a una vida completamente normal. Todo ello podía ser posible gracias a la combinación de los recursos farmacológicos y la psicoterapia individual o grupal. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estas intenciones solo se quedaron en el discurso.⁴⁰

Para poder dar por concluida la Operación Castañeda, a fines de 1965 y hasta el 29 de junio de 1968, se fueron abriendo paulatinamente el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, tres Hospitales Campestres más y un Hospital Hogar. Todas estas instituciones sumaron un total de 3,030 camas, por lo que se pudo dar el traslado de los últimos 2,800 pacientes que subsistían en La Castañeda.⁴¹

1.2.2. Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”

La Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (en adelante CPDENP) se ubica en el km 8.5 de la carretera a Matehuala en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, en la parte noreste del estado de San Luis Potosí.⁴² Se encuentra en un área que se considera suburbana puesto que hasta hace cinco años no se contaba con transporte público que facilitara su acceso,

³⁹ RÍOS, Andrés *et.al*, *op. cit.*, p. 6.

⁴⁰ SACRISTÁN, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968” en *Salud Mental*, núm. 6, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, 2010, p. 479.

⁴¹ *Ídem*.

⁴² GOBIERNO DEL ESTADO, “Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña” en *Servicios de Salud*, <http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatica/>, consulta: 6 de febrero de 2019.

tampoco contaba con sistema de iluminación y el camino no estaba pavimentado. Ello nos confirma que la mayoría de los hospitales psiquiátricos y los hospitales granja que se construyeron en esa época, siguieron el esquema propuesto por Esquirol del que se hablaba anteriormente.

Su construcción comenzó el 16 de septiembre de 1968 – año en el que el Manicomio General La Castañeda cerró sus puertas – en un terreno donado por el Sr. Joaquín Córdova; la obra estuvo concluida 2 años después y fue inaugurada por el entonces Gobernador del Estado Lic. Antonio Rocha Cordero, con el nombre de “Vicente Chico Sein”; el 19 de septiembre de 1995 en honor al pionero de la psiquiatría en San Luis Potosí, se le cambió el nombre a la clínica por “Dr. Everardo Neumann Peña” mismo que se mantiene hasta hoy en día.⁴³

El objetivo principal de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” es otorgar atención profesional, interdisciplinaria y oportuna, fomentando la protección a los derechos humanos con enfoque en la seguridad y satisfacción de sus clientes; a través de investigar, implementar y ejecutar programas de atención de calidad y vanguardia. Contribuir al desarrollo integral de recursos humanos en el área de la salud mental, así como favorecer el bienestar del trabajador en su entorno laboral.⁴⁴

La CPDENP cuenta con los siguientes servicios: la Unidad Para Intervención En Crisis (UPIC) otorga servicios de urgencias las 24 horas los 365 días, su propósito es ofrecer un internamiento breve en el cual se atiendan las situaciones de urgencias emocionales o mentales a través de la intervención continua del personal profesional de la institución; la Consulta Externa proporciona servicio a los usuarios que lo soliciten de manera voluntaria, referidos de otra institución o que han sido egresados del servicio de hospitalización, en ella se proveen los servicios de historia clínica, trabajo social, clínica de esquizofrenia, clínica de trastornos afectivos y de la personalidad, clínica de neuropsiquiatría, clínica de psiquiatría infantil y del adolescente, psicoterapia grupal, psicoterapia individual y atención a la familia (SAFAM); finalmente está el servicio de Hospitalización de Corta y Mediana Estancia, los pacientes que así lo requieran serán trasladados según su padecimiento a cualquiera de las siguientes salas:

⁴³ Ídem.

⁴⁴ GOBIERNO DEL ESTADO, “Quienes Somos” en *Servicios de Salud*, <http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatrica/index.php/2016-08-19-15-58-50>, consulta: 6 de febrero de 2019.

sala para pacientes masculinos con esquizofrenia, sala para pacientes masculinos con trastornos afectivos y neuropsiquiátricos, sala para pacientes mujeres; en estas salas recibirán atención interdisciplinaria de las siguientes especialidades: psiquiatría, enfermería, odontología, psicología, trabajo social, medicina preventiva, rehabilitación, terapia ocupacional y terapia física.⁴⁵ Para poder ofrecer éstos servicios, la CPDENP cuenta con recursos a nivel federal y a nivel estatal, de esta manera, las personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, pueden acceder a sus servicios a un bajo costo.

El servicio de hospitalización se le llama de corta estancia al internamiento de 21 – 28 días y de mediana estancia cuando se quedan por un periodo máximo de dos meses, sin embargo, si el médico considera que es necesario que la persona tenga que quedarse unos meses más la persona se da de alta hasta que el médico lo autorice.

A pesar de los esfuerzos por reintegrar a las personas con discapacidad psicosocial a la comunidad, aún quedan muchas barreras por romper; la Licenciada en Trabajo Social Micaela Mireles⁴⁶ comenta que alrededor del 2011 el área de hospital parcial fue cerrada, ésta área se encargaba exclusivamente de impartir psicoeducación a las personas con discapacidad psicosocial y a sus familiares o cuidadores, este proyecto era parte fundamental de la rehabilitación y reintegración a la comunidad de los pacientes pues se informaba desde su condición médica y sus síntomas, la importancia del medicamento hasta estrategias para la convivencia social. Hoy en día se intenta realizar una psicoeducación en cada sala, sin embargo, no se cuenta con el personal suficiente y si el paciente se da de alta no se tiene un seguimiento.

Así mismo, la LTS. Mireles hace mención que el abandono es otra barrera más que existe en la actualidad para la reintegración de las personas con discapacidad psicosocial; en el 2019 la clínica tiene 26 pacientes de larga estancia – la persona que más tiempo tiene ahí son 40 años y el promedio en general es de 16 años –, éstas personas siguen ahí debido a dos motivos, que sus casos se fueron descuidando y nunca se reintegraron con sus familias, y, que no tienen familiares con quien puedan acudir.

⁴⁵ GOBIERNO DEL ESTADO, “Servicios” en *Servicios de Salud*, <http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatrica/index.php/2016-08-19-15-59-38>, consulta: 6 de febrero de 2019.

⁴⁶ Responsable desde el 2003 del departamento de trabajo social de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

De éstos 26 pacientes, 20 cuentan en la actualidad con Seguro Popular, el cual fue tramitado por el departamento de trabajo social de la CPDENP. La Lic. Mireles fue la responsable de llevar a lo largo de los años todo el trámite, este proceso resultó ser muy largo pues las personas no contaban con acta de nacimiento ni responsable legal. Después de que se llevó a cabo una investigación de los orígenes de éstas 20 personas, se determinó que el DIF es el responsable de 16 de ellas, mientras que los 4 restantes son “hijos de la clínica” como les llaman internamente, es decir, la clínica es la responsable legal.

Seis pacientes de larga estancia tienen familiares, tres cuentan con seguro por parte del ISSSTE y tres por parte del IMSS; anualmente el departamento de trabajo social de la clínica en colaboración con la Comisión Estatal de Derechos Humanos trabajan con los familiares de los pacientes para que poco a poco se puedan ir reintegrando a la comunidad, sin embargo, los familiares argumentan varios motivos por los que no pueden regresar, puede ser que la familia está acostumbrada a que la clínica se haga responsable por sus familiares, tengan que trabajar o cosas más importantes que hacer, y, algunos, los tienen en abandono total pues no los visitan en absoluto; los familiares también argumentan que tienen el derecho de que su familiar se encuentre ahí, por ello lo que se procura por parte de la clínica es hacerles ver que, así como tiene derechos, también tiene responsabilidades hacia sus familiares. La responsable de trabajo social de la institución comenta que éstos pacientes están muy estables por lo que no habría conflicto al llevarlos a su casa.

Al 2019 la CPDENP cuenta con 85 camas censables, las cuales están divididas de la siguiente manera: Sala C 24 camas para pacientes masculinos con Trastornos Mentales Orgánicos, Sala F 30 camas para pacientes femeninas de cualquier diagnóstico, Sala G 24 camas para pacientes masculinos con esquizofrenia y UPIC 7 camas privadas para pacientes de ambos sexos en crisis, estos pacientes serán o transferidos posteriormente a alguna de las salas o dados de alta; además UPIC cuenta con 2 camas de observación que normalmente se utilizan para personas que acuden para la aplicación de algún medicamento.

Generalmente, a lo largo del año, el cupo está al máximo y para la atención de los pacientes en cada sala se cuenta con un médico, un residente, una enfermera, tres asistentes y una psicóloga; además, hay una trabajadora social para todas las salas.

La Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, en su artículo 5.3.2 establece que las o los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con “recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que cada unidad disponga, con la finalidad de cumplir cabalmente con las funciones de su competencia de acuerdo con las disposiciones aplicables”;⁴⁷ de acuerdo con la Lic. Mireles para cumplir con lo anterior se requieren en cada sala: dos médicos, un residente, dos enfermeras, tres asistentes, un trabajador social y un psicólogo, sin embargo, de acuerdo a lo expresado por la responsable de trabajo social de la institución, esto no se puede llevar a cabo debido a la falta de presupuesto asignado a la CPDENP.

1.3. ¿Qué son los trastornos psicosociales?

Desde el punto de vista psicodinámico, la adaptación es “la serie de cambios que se presentan en un individuo con la finalidad de alcanzar determinados objetivos en relación a la satisfacción de sus necesidades personales y a las realidades del medio ambiente;”⁴⁸ alguna inadecuación en este proceso tiene como consecuencia la alteración de las distintas funciones psíquicas. La mayoría de las manifestaciones clínicas de los trastornos psíquicos son el “resultado de la interacción compleja de fuerzas biológicas, psicológicas y socioculturales, y la expresión de un fallo en el proceso de adaptación.”⁴⁹

Los trastornos psicosociales son, en gran medida, constructos culturales. Los tipos de síntomas que experimentan las personas, las formas de expresarlos y la manera en que las otras personas responden ante la persona que sufre de esos síntomas varían de una cultura a otra y a lo largo del tiempo; cada generación crece en una sociedad diferente y, cada sociedad varía en sus actitudes, amenazas ambientales, estructuras familiares, normas sexuales y en muchas otras formas. Por todo lo anterior, la cultura no solamente influye en los tipos de síntomas que las personas manifiestan sino también en las decisiones de los clínicos acerca de lo que debe configurarse como un trastorno o no. Twenge comenta que diferentes estudios y teorías en

⁴⁷ NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, 5.3.2.

⁴⁸ CODERCH, Joan, *Psiquiatría dinámica*, Herder, Barcelona, 1991, p. 22.

⁴⁹ *Ídem*.

psicología reconocen la variación de ambientes entre continentes y regiones produce diferencias en la personalidad, las emociones, la percepción y el comportamiento de las personas.^{50 51}

Por ello, al verse involucradas distintas esferas de la vida cotidiana que interactúan diariamente entre sí, se decidió reemplazar el término trastorno mental y utilizar el término trastorno psicosocial, ello con la finalidad de dar un enfoque más integral y visibilizar que el tener una enfermedad mental no solamente tiene una afectación a nivel de la salud personal, sino también existe un cambio en toda la dinámica sociocultural; así mismo, se busca comenzar a reducir el estigma que existe alrededor de los términos enfermedad mental y trastorno mental.

A continuación, se describirán los trastornos a los que hace alusión esta investigación divididos en tres grandes secciones de acuerdo a la clasificación que se realiza en la CPDENP, en esta clasificación se incluyen los diferentes trastornos psicosociales que padecen las personas que fueron entrevistadas para realizar el piloteo del instrumento de medición.

1.3.1. Trastornos afectivos

El afecto es el sentimiento interno de un individuo en un momento o una circunstancia específica, es un término comúnmente utilizado para describir un estado emocional; los afectos fundamentales son: alegría, tristeza, serenidad, miedo, ansiedad, depresión, amor y odio.

En los trastornos afectivos se encuentra exageración, disminución o mezcla de los afectos, así como una ausencia aparente de los mismos. Los criterios de anormalidad o normalidad se basan en la profundidad, duración y coherencia de los afectos y se tiene como principal rasgo en la patología de la afectividad es la incongruencia o desarmonía de los sentimientos.

Dentro de los trastornos afectivos que se manejan en esta investigación se encuentran la ansiedad, la depresión y el trastorno afectivo bipolar.

En un estudio que realizó Twenge – entre los años de 1952 y 1993 – afirma que, a lo largo de las últimas décadas, parece que la gente se ha vuelto más ansiosa, preocupándose por la seguridad, la aceptación social y la seguridad laboral más que en el pasado. Por ello, algunos

⁵⁰ GRAY, Peter, *Psicología. Una nueva perspectiva*, Trad. Susana Pontón, María Elena Ortiz y María de Lourdes Reyes, McGraw Hill, México, D.F., 2008, pp. 581-583.

⁵¹ TWENGE, Jean, “The Age of Anxiety? Birth Cohort in Anxiety and Neuroticism, 1953-1993” in *Journal of Personality and Social Psychology*, no. 6, Nashville, 2000, p. 1007.

autores han etiquetado al siglo XX como “la era de la ansiedad”. Si los niveles de ansiedad han cambiado en un lapso de 30 años, la causa más probable son los cambios en el ambiente sociocultural. En la actualidad la gente visita más al médico por ansiedad que por infección de vías respiratorias y es un factor que predispone a depresión y potencialmente, suicidio.⁵²

La ansiedad se define clásicamente como un miedo sin objeto; es un “estado afectivo desagradable, de intensidad muy variable, caracterizado por inquietud, sensación de amenaza o de peligro inminente y, en determinados casos, modificaciones somáticas acompañantes;”⁵³ no se enfoca en alguna inquietud o amenaza específica, sino que se manifiesta en varias amenazas reales o imaginarias.⁵⁴ Con la ansiedad, se han relacionado una gran variedad de síntomas físicos que incluyen, asma, enfermedad coronaria, intestino irritable, úlceras y enfermedad inflamatoria intestinal⁵⁵, por ello, es más común que la gente con estos síntomas acudan antes a un médico que atiende problemas físicos y después con un psicólogo o psiquiatra. Su origen está en el inconsciente y la persona que la sufre no tiene conocimiento de las razones por las cuales se encuentra en ese estado emocional. Cuando los niveles de ansiedad se incrementan, traen consecuencias en la salud mental y física puesto que los síntomas físicos persistirán mientras no se trate el origen del problema, la ansiedad.

Generalmente la depresión está relacionada con el duelo, que en un proceso normal es la reacción consecutiva a una pérdida dolorosa; en este proceso se vive un periodo de tristeza, inhibición, pérdida del deseo de vivir, falta de apetito, sentimientos de debilidad, impotencia, insomnio, entre otros, y, progresivamente, se va restaurando el interés por la vida, por las propias capacidades y por el mundo externo. El cuadro de depresión se presenta cuando esta reacción emocional es inadecuada, con sentimientos de culpa y hostilidad hacia el objeto perdido y la intensidad de las emociones no puede ser regulada por el individuo; la existencia de impulsos hacia la destrucción es la característica más importante de la depresión, los intentos de suicidio no siempre significan que el individuo quiera perder la vida, pueden tener el significado de peticiones de ayuda o de coacción hacia los que lo rodean. Clínicamente se caracteriza por sensaciones prolongadas de tristeza, culpa, falta de valor y ausencia de placer, a estas

⁵² TWENGE, Jean, *op. cit.*, pp. 1007-1008.

⁵³ CODERCH, Joan, *op. cit.*, p. 49.

⁵⁴ GRAY, Peter, *op. cit.*, p. 590.

⁵⁵ TWENGE, Jean, *op. cit.*, p. 1008.

sensaciones se pueden sumar la disminución o incremento del sueño, disminución o incremento del apetito y síntomas motores que pueden ser retardados o agitados. Los síntomas no son atribuibles a un evento o experiencia específicos, pero pueden ser desencadenados por dicho evento o experiencia.⁵⁶

Dentro del cuadro depresivo se tienen dos tipos, la depresión reactiva se da cuando el factor que desencadenó los síntomas es una pérdida concreta, objetivable y conscientemente conocida por el individuo; por el contrario, en la depresión endógena o funcional, no puede detectarse con precisión la pérdida sufrida y se supone que se trata de un proceso que, con relativa independencia de las circunstancias sociales, culturales, familiares, laborales, del individuo, se puso en marcha. Por ello, existe un desconocimiento consciente por parte de la persona que padece este tipo de depresión de qué es lo que se ha perdido.⁵⁷

El trastorno afectivo bipolar está caracterizado por oscilaciones en el estado de ánimo, es decir, episodios depresivos – de los cuales se habló en los párrafos anteriores – y episodios maníacos. Estos episodios están caracterizados por sentimientos efusivos de euforia, autoestima elevada, mayor locuacidad, menos necesidad de dormir y mayor entusiasmo. En las etapas iniciales este incremento de energía y confianza conlleva al aumento de productividad en el trabajo, sin embargo, conforme el episodio progresa, el juicio se vuelve pobre y la conducta inadaptada. Cabe mencionar que no toda la gente con trastorno afectivo bipolar experimenta el estado de manía como eufórico, algunos lo experimentan como una etapa de irritabilidad, suspicacia y/o ira excesiva.⁵⁸

Dentro del trastorno afectivo bipolar se identifican dos variantes principales. El trastorno bipolar I caracterizado por al menos un episodio maniaco y uno depresivo; el trastorno bipolar II es similar al anterior, teniendo como diferencia que su fase maniaca es menos extrema presentándose como hipomanía en lugar de manía.⁵⁹

⁵⁶ GRAY, Peter, *op. cit.*, p. 596.

⁵⁷ CODERCH, Joan, *op. cit.*, pp. 50-52.

⁵⁸ *Ibidem.*, pp. 601-602.

⁵⁹ *Ídem.*

1.3.2. Esquizofrenia⁶⁰

La esquizofrenia representa el porcentaje más alto de la población de los hospitales psiquiátricos, las estadísticas de los organismos de salud internacionales coinciden en que su prevalencia alcanza el 1% de la población, con una leve preponderancia en hombres; este trastorno, de acuerdo a las evidencias de los últimos 20 años, se origina en múltiples perturbaciones en el desarrollo cerebral en donde están involucrados genes y proteínas que dan sustento a la constitución y el funcionamiento de amplias redes neuronales.⁶¹ La esquizofrenia “supone una escisión entre procesos mentales como la atención, la percepción, la emoción, la motivación y el pensamiento, de modo que esos procesos operan en relativo aislamiento uno del otro, lo que da lugar a pensamientos y acciones desorganizadas y estrafalarias.”⁶² Para el diagnóstico, el individuo debe presentar una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos – ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado y comportamiento motor catatónico – como negativos – aplanamiento afectivo, alogia y abulia – que han estado presentes gran parte del tiempo en un periodo de un mes. Estos signos y síntomas manifiestan en la persona una disminución importante en la capacidad para trabajar, cuidar de sí misma y establecer comunicación social con los demás; desde el punto de vista clínico, el diagnóstico es un desafío complejo que requiere un amplio conocimiento de psicopatología clínica para realizar una acertada interpretación de los signos y síntomas que se derivan de una disfunción que afecta de manera esencial los aspectos cognitivos, afectivos y sociales.⁶³

En la esquizofrenia se suele usar el término psicosis, que se refiere al conjunto de características esenciales de signos y síntomas que se mencionaron anteriormente, ideas delirantes, cualquier alucinación manifiesta, lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. Debido a la complejidad del trastorno y al gran porcentaje de

⁶⁰ Todo el subtítulo está extraído de: GRAY, Peter, *op. cit.*, p. 608-610; LÓPEZ – IBOR, Juan y VALDÉS, Manuel, *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, Elsevier Masson, Barcelona, 2002, pp. 334-337; GARCÍA, Ricardo *et. al.*, “Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos” en *Revista colombiana de psiquiatría*, núm. 3, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colombia, 2018, pp.170-173.

⁶¹ GARCÍA, Ricardo *et. al.*, *op. cit.*, p. 171.

⁶² GRAY, Peter, *op. cit.*, p. 609.

⁶³ GARCÍA, Ricardo *et. al.*, *op. cit.*, p. 171

pacientes con esquizofrenia que se encuestaron en esta investigación, se definirán brevemente los signos y síntomas esenciales de la enfermedad.

Las ideas delirantes, un síntoma catalogado dentro de los síntomas positivos, son creencias falsas que habitualmente implican una mala o falsa interpretación de las percepciones o las experiencias, ésta creencia se mantiene firmemente a pesar de estar presente la evidencia que demuestra lo contrario. El contenido más común de estas ideas puede incluir: persecución, siendo la más frecuente de todas, el individuo cree que los demás conspiran contra él o que está siendo molestado, seguido, engañado, espiado o ridiculizado; ideas autorreferenciales, en donde la persona cree que ciertos gestos, comentarios, periódicos, párrafos de libros, canciones o cualquier elemento del entorno están especialmente dirigidos hacia ella; las ideas delirantes de ser controlado implican el hecho de creer que sus pensamientos y movimientos son controlados por ondas de radio o por alambres invisibles como si fuera títere; el delirio de grandeza el individuo tiene la idea de que es extraordinariamente importante en el mundo.

Las alucinaciones, otro síntoma positivo, son percepciones sensoriales falsas que pueden ocurrir en cualquier modalidad de los sentidos, sin embargo, las más comunes son las auditivas en donde el individuo escucha voces, conocidas o desconocidas, y las percibe como distintas de su propio pensamiento. Las alucinaciones y los delirios por lo general operan juntos como un apoyo.

En la clasificación de síntomas positivos se encuentra también el pensamiento y lenguaje desorganizado, algunos expertos consideran este síntoma simple como el más importante de la esquizofrenia en el cual, el sujeto puede presentar descarrilamiento o pérdida de las asociaciones, las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi imposible de comprender.

El comportamiento gravemente desorganizado puede presentarse de varias formas y en actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene, en general, en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin. Comprende desde la actitud infantil hasta la agitación impredecible. La persona puede presentarse despeinado, vestir de forma poco

corriente, presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado, tener una reacción exagerada, impredecible e inmotivada, etc.

El último síntoma positivo de la esquizofrenia es el comportamiento motor catatónico en donde el sujeto presenta una gran disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de inatención, manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido. Por un extremo puede asumir una falta de movimiento por largos periodos de tiempo en una postura inapropiada, extraña o incómoda; el otro extremo puede incluir una actividad motora excesiva que no tiene ni significado en relación con el ambiente, ni propósito o estímulo que la provoque.

Los síntomas negativos, por su naturaleza, son más difíciles de detectar y evaluar, pues ocurren en el plano de la normalidad, son relativamente inespecíficos, no resultan ser tan estrafalarios o llamativos como los positivos y pueden ser consecuencia de otros factores como depresión, desmoralización o efecto secundario de algún medicamento.

El aplanamiento afectivo se refiere a la reducción o ausencia de la expresión emocional, inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del individuo, contacto visual pobre y reducción del lenguaje; la alogia es la pobreza del habla la cual se manifiesta a través de las respuestas breves, lacónicas y vacías, la persona presenta una disminución de los pensamientos reflejándose en el descenso de la fluidez y la productividad del habla; por último, la abulia se caracteriza por la incapacidad para iniciar y continuar actividades que van dirigidas a un fin, generalmente la persona muestra poco o nulo interés en acudir al trabajo o en participar en actividades sociales, por ello, puede permanecer sentada por periodos muy largos.

Existe también, dentro de la esquizofrenia, la cognición social que es el conjunto de operaciones mentales que subyace a las interacciones sociales e involucra todos los procesos que están relacionados con la interpretación y el desarrollo de respuestas a las intenciones y conductas de los demás. Ésta es independiente de la neurocognición – funciones ejecutivas, lenguaje, atención – y juega el papel de moderador entre el comportamiento social y la neurocognición en personas con esquizofrenia.⁶⁴

⁶⁴ *Ídem.*

1.3.3. Trastornos mentales orgánicos⁶⁵

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) promovido por la OMS, considera como Trastornos Mentales Orgánicos – en adelante TMO – al conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales originados por la pérdida o por una anormalidad de la estructura y/o de la función del tejido cerebral. Esta disfunción está clasificada como primaria y secundaria; la primaria son enfermedades, daños o lesiones que afectan al cerebro de modo directo y selectivo; en la clasificación secundaria otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinan la disfunción cerebral, en este grupo entran también el consumo de sustancias y de alcohol.

Las personas que sufren de TMO presentan, además de los síntomas propios de la enfermedad orgánica representados por fallas a nivel somático, síntomas psicológicos y/o psiquiátricos como son: alteraciones del estado de la conciencia como incapacidad para fijar la atención y desorientación en todas las esferas; alteraciones de las funciones cognoscitivas que incluyen memoria, inteligencia, deterioro intelectual, capacidad de aprendizaje, falta de juicio y comprensión; falla en el proceso de adaptación; actitudes inadecuada de dependencia, regresión, negación de la enfermedad y rechazo al tratamiento. De manera muy leve o moderada se puede presentar ansiedad, depresión, fobia, obsesión y psicosis. Dentro de esta investigación se encuestó a personas que tienen TMO secundario a abuso de sustancias, meningitis, epilepsia y retraso mental.

1.4. Estigma

Erving Goffman afirma que la sociedad, en el intercambio cotidiano, establece de manera inconsciente medios para categorizar a las personas y a sus atributos que las llevan a percibirse como normales o como alguien diferente, en este último caso, el ser dueño de esos atributos lo convierte en alguien menos apetecible y lo vuelve menospreciado. El estigma es pues, un atributo profundamente desacreditador.⁶⁶ Es importante señalar que el estigma se puede dar en un individuo o en un grupo de personas que compartan un atributo, una categoría o ambas.

Las primeras apariencias, juegan un papel importante en la creación del estigma de una persona a otra pues permiten prever en qué categoría se halla una persona o un grupo de personas

⁶⁵ CÁCERES, Andrés y ALVA, José, “Trastornos mentales orgánicos” en Alberto Perales (Ed.), *Manual de psiquiatría “Humberto Rotondo”*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1998, consultado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-10.htm

⁶⁶ GOFFMAN, Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Trad. Leonor Guinsberg, Amorrortu, Buenos Aires – Madrid, 2006, pp. 11-13.

y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social.⁶⁷ En este primero encuentro, para complementar la información que se acerca de una persona, se buscan signos o símbolos, algunos son buscados y recibidos de manera rutinaria como el prestigio, honor o posición, otros, sin embargo, se utilizan para “llamar la atención sobre una degradante incongruencia de la identidad”⁶⁸, éstos son denominados símbolos de estigma y son capaces de romper una imagen totalmente coherente, disminuyendo como consecuencia el valor de la persona o del grupo.⁶⁹ En el caso de las personas con discapacidad psicosocial, los símbolos que se les otorgan comúnmente son de eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad.⁷⁰

Entonces, la identidad social estigmatizada de la persona o del grupo, destruye atributos y cualidades del sujeto, ejerce el control de las acciones internas y refuerza el deterioro de la identidad social, enfatizando las diferencias físicas o comportamentales. De esta manera, es la sociedad quien rechaza a las personas o grupos que estigmatiza y los lleva a la pérdida de la confianza personal, social, y también se encarga de reforzar el carácter simbólico y marcar la representación social de que ellos, los estigmatizados, son considerados perjudiciales para la sociedad, lo cual conlleva a que el estigma se internalice y el estigmatizado tenga creencias de desvaloración y discriminación y afecte su calidad de vida, su autoestima, su autoeficacia y, en el caso de las personas con discapacidad psicosocial, el agravamiento de los síntomas. Así, la sociedad también refuerza también el símbolo de lo nocivo e irrecuperable para ocultar así la dominación del sistema.^{71 72}

Las personas con discapacidad psicosocial normalmente se enfrentan a una doble problemática: los síntomas de la propia enfermedad y el estigma. Ello debido a que la enfermedad mental no solo trae como consecuencia las dificultades propias de los síntomas, sino también lleva a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos o la falta de información de los diversos trastornos mentales resultan en el

⁶⁷ *Ídem.*

⁶⁸ *Ibidem.*, p. 58.

⁶⁹ *Ídem.*

⁷⁰ MASCAYANO, Franco *et. al.*, “Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones” en *Salud Mental*, núm. 1, México, enero-febrero 2015, p. 54.

⁷¹ *Ídem.*

⁷² MELO, Zélia, “Los estigmas: el deterioro de la identidad social” en *Revista Symposium*, núm. 1, Pernambuco, enero-junio 1999, p. 47.

estigma,⁷³ es decir, no se enfrenta un prejuicio y/o estigma dirigido hacia su persona, sino, a la aceptación inconsciente de la sociedad a una serie de prejuicios todas las personas que padecen discapacidad psicosocial.⁷⁴

Siguiendo la teoría del etiquetamiento de Bruce Link, por medio del lenguaje se aprenden y se internalizan conceptos con respecto a las personas con discapacidad psicosocial, estos conceptos posteriormente se transforman en etiquetas con las cuales se clasifica y se discrimina; estas etiquetas implican una separación entre el “yo” y el “otro”. Cuando las etiquetas, el estereotipo, la separación, la pérdida del status y la discriminación ocurren a la par bajo una situación de poder, existe una estigmatización. El grupo estigmatizador tiende a estar en una situación de mayor poder que el grupo estigmatizado.⁷⁵

En consecuencia, el conjunto de los símbolos de estigma, la identidad social estigmatizada, el etiquetamiento y la discriminación producen el fenómeno del estigma el cual es contraproducente para lograr la inclusión social, laboral y/o familiar de las personas con discapacidad psicosocial, pues, “se ha observado que, frecuentemente dichas personas no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, ni tampoco pueden establecer relaciones de amistad o de pareja”⁷⁶

“La convicción de que [...] la psiquiatría, como generadora de un conocimiento, se encuentra sujeta a la propia dinámica interna de la ciencia pero también a los condicionamientos económicos, políticos, religiosos o jurídicos en los que se ve inmersa”⁷⁷ lleva a una problemática que va de la mano con el estigma y que afecta no solo a las personas con discapacidad psicosocial, sino a las personas que trabajan en el ámbito y a las instituciones que prestan este tipo de servicios especializados es la discriminación estructural, ello tiene que ver con que ciertas instituciones, públicas o privadas, que de forma intencionada o no, restrinjan oportunidades a un grupo de personas.⁷⁸ Lo anterior se puede ejemplificar con la asignación de recursos públicos que se le otorgan en San Luis Potosí a las enfermedades somáticas que son

⁷³ ARNAIZ, Ainara y URIARTE, José, “Estigma y enfermedad mental” en *Norte de Salud Mental*, núm. 26, España, 2006, p. 50.

⁷⁴ GOFFMAN, Erving, “Estigma...”, *op. cit.*, p. 57.

⁷⁵ MASCAYANO, Franco *et. al.*, *op.cit.*, p. 54.

⁷⁶ *Ibidem.*, p. 53.

⁷⁷ SACRISTAN, Cristina, “Historiografía de la locura...” *op. cit.*, p. 24.

⁷⁸ ARNAIZ, Ainara y URIARTE, José, *op. cit.*, p. 53.

atendidas por el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones” (en adelante HC) y a las enfermedades mentales que son atendidas por la CDENP, éstos recursos provienen de dos instituciones, los Servicios de Salud del Estado y el Seguro Popular. Comenzando por el HC en el año 2018 atendió a un total de 230,216 personas y recibió por parte de los Servicios de Salud del Estado \$194,500,000.00 y por el Seguro Popular \$248,632,073.42 – éstos recursos se asignaron a la mejora de la infraestructura – dando un total de \$498,641,781.86. Por otro lado, la CPDENP en el mismo año atendió a 28,828 personas y recibió por parte de los Servicios de Salud del Estado \$21,557,762.56 y por el Seguro Popular \$12,200,055.60 – ningún recurso se dedicó a la mejora de la infraestructura – sumando un total de \$33,757,219.16 – es relevante mencionar que los números mencionados no son 100% confiables pues se solicitó la información tres veces, mismas veces que la información proporcionada reporta diferentes cifras –.⁷⁹ Si se hace un análisis sucinto de la diferencia de asignación de recursos se puede observar que a las enfermedades somáticas se les están dedicando \$2,165.97 por paciente, mientras que a las enfermedades que aquejan a la mente se les dedica \$1,170.98 por persona; por otro lado, si bien la mejora de la infraestructura en el HC era urgente, la CPDENP tiene desde el año 2011 una obra a mitad de construcción por falta de recursos y de la que aún no se tiene fecha para su terminación. Lo anterior ejemplifica de manera clara la discriminación estructural que existe hacia la salud mental y sus instituciones, si bien, el análisis profundo de todos estos tipos de estigma y discriminación estructural hacia llevaría toda una investigación que excede los límites de la presente, se considera relevante dejar un precedente de lo que se ha vivido en cuestión de asignación de recursos del año 2018.

El profesional de la salud mental – así como sus cuidadores primarios, familiares, amigos y cierto público en general – tiene una actitud más positiva hacia las enfermedades mentales y las personas que la padecen, sin embargo, las actitudes paternalistas o asistencialistas son muy frecuentes y pueden llevar a cierto tipo de autoritarismo, en donde se tiene la creencia de que las personas con discapacidad psicosocial son espíritus libres y rebeldes y por ello son irresponsables y otros deben tomar sus decisiones vitales,⁸⁰ actitudes como éstas, atienden a la identidad social estigmatizada de Goffman y a la teoría del etiquetamiento de Link mencionadas

⁷⁹ Anexo

⁸⁰ ARNAIZ, Ainara y URIARTE, José Juan, “Estigma y enfermedad mental” en *Norte de Salud Mental*, núm. 26, España, 2006, p. 52.

anteriormente. Lo anterior podría traer como consecuencia, en cierta medida y sin ser malintencionada, una anulación del sujeto como actor social y poseedor de derechos, no solamente durante los momentos de crisis, sino también cuando la persona está clínicamente estable.

El estigma, además de condicionar discriminación a personas o grupos de personas, dificulta el acceso a la atención profesional en salud mental puesto que se tiene implícito el miedo al efecto que pueda surgir en el entorno social, que el seguir el tratamiento los lleve a ser etiquetados, estigmatizados y discriminados⁸¹ y con ello puedan tener mayores dificultades para establecer relaciones en la vida social, familiar y laboral.

⁸¹ *Ibidem.*, pp. 54-55.

CAPÍTULO SEGUNDO

HACIA UNA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA LIBERACIÓN DESDE LOS DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA

2.1. La filosofía de la liberación como fundamento de los derechos humanos en América Latina⁸²

En América Latina, la población mayoritaria está compuesta por las mayorías populares, las cuales son las que tienen niveles de vida en donde apenas son capaces, o definitivamente no lo son, de satisfacer sus necesidades básicas; viven estructuralmente en condiciones de opresión y represión por lo que no gozan equitativamente de los recursos disponibles que tiene actualmente la humanidad. Debido a esto, es importante la existencia de una filosofía latinoamericana que nazca desde su propia realidad histórica y que desempeñe una función liberadora con respecto a esta realidad. Atendiendo a esta necesidad, la filosofía de la liberación nace con la finalidad principal de la liberación de esas mayorías populares, pero no desde fuera sino desde esas mayorías mismas pues “mientras haya pobres, la liberación vendrá de los pobres.”⁸³

Para poder lograr ello, la filosofía de la liberación se constituye como la razón del Otro. El otro como denominación de exterioridad, que no se encuentra dentro de la totalidad del ser fundada en el capital. El otro que se presenta como lo extremadamente distinto, lo no cotidiano, lo extraordinario, como el empobrecido, el oprimido y/o el victimizado por los sistemas, que al revelar su sufrimiento desafía a la totalidad. Como resultado de lo anterior, el otro es, entonces, la alteridad de todos los sistemas. Por ende, el lugar epistemológico desde donde trabaja la filosofía de la liberación es la perspectiva de la víctima, ya sea un grupo mayoritario como un grupo social o los pobres socioeconómicamente o una minoría como algún grupo indígena o algunas culturas de ciertos países, en este lugar epistemológico no es relevante el grupo cuantitativamente, sino que, al final, este grupo haya sido excluido, oprimido y explotado por el sistema hegemónico globalizado. En esta filosofía y desde su lugar epistemológico, se busca que los diversos grupos y culturas dialogantes, desde su propia realidad, su propio lugar histórico y sus propias tradiciones, enriquezcan tanto a los procesos de los derechos humanos

⁸² Cf. ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos desde América Latina*, Itaca, México, D.F., 2013.

⁸³ ELLACURÍA, Ignacio, “En torno al concepto y a la idea de liberación”, en *Escritos teológicos*, tomo I, p. 645 cit. por ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., p. 53.

como a ellas, mismas tomando siempre en cuenta la subjetividad propia de cada grupo y cultura.⁸⁴

2.1.1. Fundamento de la Alteridad.

Debido a que en todo proceso de liberación, y más desde la filosofía de la liberación, es importante que el grupo victimizado, oprimido y empobrecido, es decir, el otro, se constituya como sujeto de su propia transformación, historia y liberación, la subjetividad se debe constituir siempre en el encuentro con el otro, por ello, Enrique Dussel introduce la alteridad como un elemento fundamental dentro de la filosofía de la liberación; alteridad como ese elemento que se encarga de constituir subjetividades tanto personales como colectivas. Y es debido a este elemento que la filosofía de la liberación se constituye en parte como recuperación de la razón del otro. La alteridad en la filosofía de la liberación se hace notar en las siguientes seis categorías que propone Dussel: proximidad, totalidad, mediaciones, libertad situada, exterioridad y enajenación y de las cuales se hablará sucintamente.

2.1.1.1. Proximidad

Dussel explica que proximidad no es simplemente ir hacia alguna cosa, sino que se refiere a “aproximarnos en la fraternidad, acortar distancia hacia alguien que puede esperarnos o rechazarnos, darnos la mano o herirnos, besarnos o asesinarlos, aproximarse en la justicia es siempre un riesgo porque es acortar distancia hacia una libertad distinta.”⁸⁵ El ser humano no nace en la naturaleza, nace en el otro y el nacimiento siempre se produce dentro de una totalidad simbólica, por lo que es recibido dentro de una cultura en donde desplegará su mundo de sentido. Por ello, “anterior al ser está la realidad del otro; anterior a toda anterioridad está la responsabilidad por el débil, por el que todavía no es, que tiene el que procrea hombres nuevos (los padres) o sistemas nuevos (los héroes y los maestros liberadores).”⁸⁶

De lo mencionado con anterioridad, se desprende “la proximidad inequívoca, que es la que se da ante el rostro del oprimido, de la víctima, del que es exterior a todo sistema. Es la proximidad ante el que clama justicia, [...] es la que se establece con el que necesita servicio, porque es débil, miserable, necesitado.”⁸⁷

⁸⁴ ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., pp. 57 y 65.

⁸⁵ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación*, Nueva América, Bogotá, 1996, p. 30.

⁸⁶ *Ibidem.*, p. 32.

⁸⁷ ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., p. 70.

Por lo descrito, Dussel afirma que la base de la praxis y desde donde toda responsabilidad por el otro y específicamente por el otro que es víctima del sistema hegemónico parte, es la proximidad.⁸⁸

2.1.1.2. Totalidad

Es la forma en cómo se presentan las cosas al ser humano. Las cosas – sentido, entes, no nos rodean de una manera caótica, forman parte de un mundo. Mundo es el horizonte cotidiano dentro de donde vivimos, es una totalidad instrumental, es la totalidad de los entes con sentido. Todo mundo, sea cual sea el mundo en el que nos desenvolvamos, es una totalidad, la cual indica el límite de límites. Entonces, el mundo es la totalidad fundamental, la totalidad de los entes, es la totalidad de totalidades; por ello, cuando se habla de totalidad se habla de mundo.⁸⁹

Así, el mundo es “sistema de todos los sistemas que tienen al hombre como su fundamento. Los sistemas económicos, políticos, sociológicos, matemáticos, psicológicos, etc., son sólo subsistemas de un sistema de sistemas: el mundo.”⁹⁰ “En nuestra sociedad, la totalidad del ser se funda en el valor, en el capital. Desde el fundamento del capital se despliega el “mundo” como totalidad concreta, histórica.”⁹¹ Dentro de todo este lineamiento, “el ser humano comprende o abarca al mundo como totalidad; dicha totalidad está vigente en todo acto humano concreto.”⁹²

Decir mundo es enunciar un proyecto temporalmente futuro; es igualmente afirmar un pasado dentro de una espacialidad que por ser humana significa ser centro del mundo, pero dicho mundo puede que sea periférico de otros mundos. Por ello nuestra filosofía de la liberación fijará su atención sobre el pasado del mundo y sobre la espacialidad, para detectar el origen, la arqueología de nuestra dependencia, debilidad, sufrimiento, aparente incapacidad, atraso.⁹³

⁸⁸ *Ídem.*

⁸⁹ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación...*, op. cit., pp. 36-37.

⁹⁰ *Ibidem.*, p. 38.

⁹¹ *Ibidem.*, p. 37.

⁹² ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., p. 71.

⁹³ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación...*, op. cit., p. 40.

2.1.1.3. Mediaciones

Las mediaciones son aquello que empuñamos para alcanzar el objetivo final de la acción. Ellas hacen posible el acercamiento a la inmediatez y la permanencia en ella, constituyen, en sus partes funcionales a la totalidad. Los entes pueden aparecer como mediaciones o posibilidades para un proyecto, y forman parte del mundo.⁹⁴

El modo cotidiano de enfrentarse a los productos, es usarlos dentro de la dinámica de la vida cotidiana. Gracias a esta interacción en la vida práctica de todos los días, el mundo cotidiano de los entes, productos u objetos, adquieren un sentido no solo teórico sino de praxis también. Ésta cosa aparece en el mundo como fenómeno y, después del proceso de otorgar un significado práctico a cada cosa, el fenómeno se vuelve un ente con sentido; el sentido del ente siempre es cotidiano y existencial, es la manera de cómo se puede integrar algo para la acción, por lo tanto, no hay fenómeno sin constitución de sentido. El fenómeno o ente con sentido puede ser comprendido de dos formas: si se lo comprende en su constitución real, el sentido literal dice la relación a la realidad; si se interpreta en diversos sentidos, se le constituye en su referencia al mundo, el sentido determina la relación a la totalidad del mundo, es decir, se le puede dar más que un sentido literal, un sentido práctico.⁹⁵

Los fenómenos con sentido pueden ser o no estimado en su valor, es decir, la posibilidad o mediación tiene valor en cuanto es posibilidad o mediación. El sentido y el valor de los entes se adquieren por tener referencia al mundo, a la totalidad de interpretaciones que se crean desde el hombre y no desde la constitución real de la cosa.

2.1.1.4. Libertad situada

Todo ser humano que realiza una acción, lo hace por un proyecto el cual, determina las mediaciones que serán utilizadas para poderlo realizar. Cuando una persona se encuentra dentro de este proyecto, se va a ver llena de diferentes opciones y decisiones que tomar, por lo que debe estar abierto a que las diferentes posibilidades puedan abrirse o cerrarse, a que la equivocación puede llegar a ocurrir en un momento determinado, o a que la incertidumbre puede estar presente, ello conlleva a crear mediaciones y a otorgarles valor. A todos los procesos anteriores, Dussel los denomina libertad.

⁹⁴ ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., p. 71.

⁹⁵ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación...*, op. cit., pp. 47-51.

El ser humano entonces, se realiza a lo largo de su vida por determinaciones electivas y la elección de alguna posibilidad hace imposible todas las demás; la libertad es posible porque al hacer una elección y que ésta tenga como consecuencia la imposibilidad de las otras, ninguna mediación cumple del todo el proyecto humano. Así, la mediación es posibilidad para una libertad pues la cosa se vuelve ente al ser interpretada en sentido y valor y es escogida para ser utilizada en algún proyecto.⁹⁶

2.1.1.5. Exterioridad

El punto de partida de la exterioridad es el reconocimiento del hecho de que, dentro de todo el conjunto de entes, el que más sobresale y se distingue entre los demás es el rostro de los otros seres humanos. Y de esta forma, al ser ente, forma parte de la totalidad, de los sistemas, del mundo, pero el rostro de los otros seres humanos nos lleva a la proximidad, cuando el otro se revela como exterior al sistema hegemónico, desde la periferia. De esta forma, el otro es la alteridad de todo sistema, es lo no habitual, el oprimido, el empobrecido y el victimizado por los sistemas y que, fuera del mundo, muestra un rostro que sufre y que desafía a la totalidad hegemónica.⁹⁷

Para el sistema, el otro es algo diferente que pone en peligro la unidad de lo hegemónico, por lo que dentro de la lógica de la exterioridad, se tiene que establecer el discurso desde la libertad del otro.⁹⁸

Para Dussel, es la categoría más importante de la filosofía de la liberación, pues ésta no se pregunta por el ser o por su valor, sino por la responsabilidad por el otro, por quien padece la injusticia, quien es víctima del sistema. La aceptación del otro como otro es una opción ética y una elección y compromiso moral.

2.1.1.6. Alienación

El otro, que no es diferente sino distinto, tiene su historia, cultura, exterioridad, pero no ha sido respetado, no se le ha dejado ser otro; en este momento se da la alienación, cuando al otro se le niega su calidad de otro, cuando el sistema, para incorporar al otro, le hace perder su ser:

⁹⁶ *Ibidem.*, pp. 54-55.

⁹⁷ ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., pp. 73-77.

⁹⁸ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación...*, op. cit., p. 67.

Cuando el fruto del trabajo no es recuperado por un pueblo, por el trabajador, por la mujer, por el hijo, su ser queda alienado; es decir: cuando el fruto del trabajo del otro dominado, totalizado, se lo apropia sistemáticamente el dominador; cuando dicha apropiación deviene habitual, institucional, histórica, en ese momento la alienación es real, cierta, efectiva: es un modo de producción injusto.⁹⁹

En el sistema actual capitalista, el trabajador asalariado es un momento del capital. El capital aliena al otro, lo compra y le paga por su capacidad de trabajo, y así, lo subsume en el propio sistema, no le otorga la libertad de ser lo que el trabajador quiera ser.

Debido a que el otro pone en peligro la unidad de “lo mismo”, a su rostro se le manipula como cosa, se le coloca una máscara que no interpela, que es simplemente una cosa más del entorno. Con esta máscara a la totalidad le es muy fácil etiquetar y clasificar: un indígena, un negro, un enfermo, un obrero. Así al otro se le degrada en su dignidad humana y se le constituye como mano de obra, instrumento, cosa útil. Esta cosificación permite que los sistemas manejen a los pueblos como pluralidad o multitud, pero no como hombres con realidades propias, historias, culturas y costumbre.¹⁰⁰

De acuerdo con el fundamento de alteridad y las categorías anteriores, la filosofía de la liberación trabaja en la praxis y pone especial cuidado en las herramientas que se utilizan para lograr la liberación, trabaja en acortar la distancia, en el actuar hacia el otro en cuanto otro; se pregunta por la responsabilidad por el otro que se estructura desde el “cara-a-cara” con el otro, desde la proximidad que hay con el pobre, el oprimido, la víctima. Trabaja con quien padece la injusticia, con quien es víctima del sistema, con el inequívocamente otro. Por ello, el punto de partida de la filosofía de la liberación como filosofía de la praxis es el otro como negado, oprimido, afectado y excluido, recuperando al ser humano como se hace presente en la realidad de las mayorías populares. En este sentido, no se tiene que sacrificar por otros, ni sacrificar a los otros, sino se tiene que descubrir que solo en comunidad con los otros es que se puede vivir.¹⁰¹

⁹⁹ ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit., p.79.

¹⁰⁰ DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación...*, op. cit., pp. 70-71.

¹⁰¹ HINKELAMMERT, Franz, *El sujeto y la ley. El retorno del sujeto reprimido*, EUNA, Heredia de Costa Rica, 2005, p. 495 cit. por ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. p. 87.

Por lo anterior, uno de los fundamentos de los derechos humanos desde la filosofía de la liberación es la alteridad, “el encuentro con el otro, como condición para que el ser humano se constituya en sujeto. [...] Esto posibilita que quienes están ubicados en la exterioridad, quienes son el otro inequívoco, se conviertan en sujetos para exigir sus derechos para romper con la totalidad que los tiene alienados.”¹⁰²

2.1.2. Los Derechos Humanos desde la praxis de liberación

En este sentido, se tiene que entender a la liberación como un proceso de conversión en donde cada ser humano va ejerciendo su libertad y se va haciendo cada vez más libre debido a su estructura abierta. Por ello, la libertad es una posibilidad real para los seres humanos, en donde ellos van siendo autores de su propio proceso de liberación. En esta dirección, Dussel comenta que la praxis de la liberación “es la acción posible que transforma la realidad (subjetiva y social) teniendo como última referencia siempre a alguna víctima o comunidad de víctimas.”¹⁰³ El principal sujeto de la praxis de la liberación es la víctima que cuando va adquiriendo consciencia de su realidad comienza a dialogar con otros víctimas y así, lleva a cabo acciones para superar la situación de opresión e injusticia que le niega las posibilidades de una vida digna, sin embargo, cualquier persona puede ser sujeto de la praxis de liberación en cuanto es solidario con el oprimido y, en conjunto con las víctimas, emprende acciones, forma actores sociales, organiza instituciones, cambia sistemas, transforma relaciones y tramas sociopolíticas para que las víctimas puedan disfrutar y ejercer sus derechos humanos.

A partir del fundamento de la alteridad de la filosofía de la liberación, se puede entender porque las luchas y protestas sociales son criminalizadas en nuestra sociedad; el inequívocamente otro, ese otro que para la totalidad es extraño y ajeno resulta ser peligroso para el sistema, pues, al exigir la satisfacción de sus necesidades, necesidades que son iguales a los mismos que están dentro de la totalidad, al ser ajenos al sistema mundo no se les considera merecedores legítimos de las necesidades básicas y, por ende, cualquier intento de exigencia de éstas se considera un acto criminal.¹⁰⁴

¹⁰² ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. p. 88.

¹⁰³ DUSSEL, Enrique, *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*”, Trotta, Madrid, 1998, cit por ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. p. 102.

¹⁰⁴ Cf. ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit.

Por ello, el fundamento de alteridad es el fundamento central de la filosofía de la liberación pues la ética de solidaridad es el inicio de esta filosofía y en este sentido resulta básica la comprensión de que la ética es asumir la responsabilidad por el otro, otro en cuanto negado – oprimido, en cuanto afectado – excluido.¹⁰⁵

Entonces, la importancia de la filosofía de la liberación como fundamento de derechos humanos, radica en que tienen que ir fundamentados desde la alteridad, sirviendo como herramientas de lucha para las víctimas del sistema; los derechos humanos tienen que traspasar la fase del mero discurso y transformarse en praxis en donde sean subversivos, transformadores y revolucionarios. Tienen que recuperar al ser humano real en la alteridad, en el encuentro con el otro y en la intersubjetividad, no como ser individual; deben de posibilitar a los externos de la totalidad ser actores en la exigencia de sus propios derechos, dignidad, necesidades básicas y de su liberación, en donde la lucha por los derechos humanos, sea la lucha del victimizado, empobrecido y oprimido; en donde exista una libertad en tanto una posibilidad real del ser humano, una libertad para ser lo que se quiere ser.

Ellacuría realiza una conceptualización de la liberación como un proceso que supone cuatro modalidades:¹⁰⁶

- a) Liberación de la opresión material: liberación de las necesidades básicas, cuya satisfacción es necesaria para una vida humana.
- b) Libertad ante la represión: liberación de las ideologías y de las instituciones jurídico – políticas deshumanizantes.
- c) Liberación de las dependencias: liberación personal y colectiva de todo tipo de dependencia que impida una autodeterminación plena.
- d) Liberación de sí mismo: “consiste en el encuentro con el otro, en la alteridad, en la praxis como aproximación. La liberación se encuentra en la constitución del sujeto intersubjetivo.”¹⁰⁷

¹⁰⁵ DUSSEL, Enrique, *Ética de la liberación...*, op. cit. p. 417 cit. por ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. p. 81.

¹⁰⁶ Cf. ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. pp. 104 y 105; ELLACURÍA, Ignacio, “En torno al concepto y a la idea de liberación” en *Escritos teológicos*, tomo I, UCA, San Salvador, 2000, pp. 645 y 646 cit. por ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos...*, op. cit. pp. 104 y 105.

¹⁰⁷ *Ibidem.*, p. 105.

La liberación a la que se refiere la filosofía de la liberación, es aquella que es ética, política y que:

Proviene de la misma estructura dinámica de la realidad. Una realidad que a través de la historia va dando más de sí, y donde también el ser humano va liberándose. [...] Se trata de una liberación integral que supone la unidad del género humano, su materialidad y su universalidad, [...] que comprende la pluralidad tanto de las condiciones materiales de los pueblos como de los diversos procesos de praxis liberadora que requieren.¹⁰⁸

Por lo tanto, los derechos humanos no se tienen que contemplar solamente como momentos jurídicos, sino también como momentos ideológicos, sociales y políticos. Alejandro Rosillo a través de Helio Gallardo afirma que el fundamento de derechos humanos no es *solamente* filosófico sino *también* sociológico; el fundamento está en la sociedad, en su dinámica liberadora emergente, en sus movimientos y movilizaciones sociales contestatarias. La importancia de la filosofía de la liberación en tanto filosofía de la praxis, radica en que es un elemento para darle sustento y fundamento teórico – filosófico a la fundamentación de los derechos humanos a partir de la praxis emergente liberadora de la sociedad civil, la cual, es asumida por el pensamiento de la liberación desde el aspecto sociológico y desde el horizonte filosófico.¹⁰⁹ Aquí, se considera que habita su riqueza.

2.2. Estudios sobre la Liberación. Teología de la Liberación

La Teología de la Liberación (en adelante TL) surge en América Latina en las décadas de 1950 y 1960 y su surgimiento está ligado a la situación socioeconómica que se vivía en la época, por lo que, ante el panorama de pobreza, opresión y dependencia hacia los países ricos, los movimientos de liberación se hicieron presentes en América Latina, ello se visualizó con la toma de conciencia de la opresión y dependencia en que los países latinoamericanos se encontraban en relación con los países desarrollados. Sin embargo, la toma de conciencia y los movimientos de liberación no eran suficientes para que la teología se hiciera presente en América Latina que, a pesar de ser un territorio en su mayoría católico/cristiano, se preguntaba, ¿cómo se puede ser cristiano ante tal panorama de injusticias y opresiones? Y así, con el objetivo

¹⁰⁸ *Ibidem.*, p. 107.

¹⁰⁹ *Ibidem.*, pp. 108-110.

de responder las preguntas que estaban surgiendo y con el propósito de replantear de manera positiva como se deben concebir la praxis y la fe cristianas en este momento y contexto histórico de injusticia y opresión, con una situación estructural en el que los países pobres dependen directamente de los países ricos, nace la Teología de la Liberación.¹¹⁰

La característica fundamental de la TL – al igual que en la filosofía de la liberación – es la praxis “ver-juzgar-actuar”. Ver es ir a las raíces de la opresión haciendo un análisis de la realidad en conjunto con las ciencias sociales y humanas; en el juzgar, característica teológica, se analiza desde la fe cristiana lo que se tiene que decir acerca de esa realidad; en el actuar se regresa a la praxis y se proponen estrategias, proyectos, programas para visibilizar y cambiar esa realidad injusta y llegar al camino hacia la liberación; justicia y libertad es la clave de interpretación, con esta unión se logra la trascendencia de lo histórico y se ahonda y totaliza; por ello, los derechos humanos deben ser considerados como parte de esta clave “justicia-libertad”. De esta manera es como la TL “busca responder a los desafíos de opresión e injusticias que marcan la realidad latinoamericana”¹¹¹ y los derechos humanos alcanzan validez universal, pues “es desde los pueblos oprimidos y desde las mayorías populares para o en busca de su liberación”¹¹²; son las colectividades estructuralmente en desventaja desde donde se debe dar prioridad al cumplimiento de los derechos humanos ya que solamente haciendo justicia a las clases oprimidas es que se puede hablar de unos derechos humanos universales.¹¹³

Ignacio Ellacuría relaciona los derechos humanos con el bien común. El bien común se lleva a cabo dentro de la sociedad y es dentro de ella en donde el individuo se constituye como tal, entonces, “la sociedad no puede ser lo que es, ni hacer lo que debe hacer si no cuenta con suficientes recursos *materiales*, que estén a disposición de todos y cada uno de los

¹¹⁰ CELAM, *Documento de Medellín*, Paz, 1 cit. por ROSILLO, Alejandro, *Liberación y justicia social...*, op. cit., p. 53; ROSILLO, Alejandro, *Liberación y justicia social. Derechos Humanos desde la teología de la liberación*, CENEJUS, UASLP Maestría de Derechos Humanos, Educación para las Ciencias en Chiapas, Aguascalientes, San Luis Potosí, San Cristóbal de las Casas, 2012, pp. 50-53.

¹¹¹ ROSILLO, Alejandro, *Liberación y justicia social...*, op. cit., p. 75.

¹¹² ELLACURÍA, Ignacio, “El mal común y los derechos humanos”, en *Escritos filosóficos*, tomo III, UCA Editores, San Salvador, 1999, p. 433 cit. por LÓPEZ, Francisco, “Acercamiento a la concepción del sujeto de derechos humanos desde la filosofía de Ignacio Ellacuría”, en ROSILLO, Alejandro y PÉREZ, Ramón (Coords.), *Historizar la justicia*, CENEJUS, Maestría en Derechos Humanos de la UASLP, Aguascalientes, San Luis Potosí, 2015, p. 72.

¹¹³ ROSILLO, Alejandro, “Liberación y justicia social...”, op. cit., pp. 57 y 61; ROSILLO, Alejandro y PÉREZ, Ramón (Coords.), “Historizar la justicia”, op. cit., pp. 72-73.

individuos.”¹¹⁴ Cuando las condiciones para un bien estructural se generen, se irán generando de la misma manera las condiciones para el bien común de la sociedad. Por ello, para Ellacuría es importante dirigir todos los esfuerzos para construir el bien estructural y de esta manera, poder alcanzar el bien común, por lo tanto, los derechos humanos, desde esta perspectiva, tienen como finalidad atender y modificar las condiciones estructurales que producen las desigualdades en los diferentes niveles – local, estatal y global – para lograr el bien común, pues éste es un conjunto de condiciones estructurales que finalmente se expresan en la clave “justicia-libertad”. Es así como los derechos humanos y el bien común se complementan: “el bien común otorga a los derechos humanos un marco de referencia y un fundamento y, [...] los derechos humanos le dan al bien común su condición de obligatoriedad, así como un principio de concreción, [...] y *de esta manera el bien común cuenta con un imperativo de cumplimiento que emerge de la juridicidad e institucionalidad.*”¹¹⁵

Para poder lograr el bien estructural y por lo tanto el bien común, se debe ver a los derechos humanos como herramientas para lograr el derecho a la vida y a los medios de vida, como son la salud, la integridad física, la seguridad social, la alimentación, el trabajo, la vivienda, la educación y las libertades. Es por lo anterior que “los derechos humanos implican una limitación de los privilegios de los poderosos – y no sólo del Estado – a favor de los derechos de los más débiles, a fin de que se pueda crear y disfrutar de una vida social más justa y fraterna.”¹¹⁶

Al igual que en la filosofía de la liberación, en la TL se busca conseguir tanto el cambio en las personas, como el cambio en las estructuras sociohistóricas y ello se consigue a través de la liberación integral de todos los seres humanos, no individual o de algunos cuantos. La liberación integral no puede realizarse al margen de los cambios globales, los procesos de desarrollo y los cambios políticos en el mundo, pues, aunque hoy en día la sociedad es injusta, no se puede olvidar que al final se vive dentro de ella, por lo tanto, se propone la historia como

¹¹⁴ ELLACURÍA, Ignacio, “Historización del bien común y de los derechos humanos en una sociedad dividida”, en *Escritos filosóficos*, tomo III, UCA Editores, San Salvador, 1999, p. 208 cit. por LÓPEZ, Francisco, “Acercamiento a la concepción del sujeto de derechos humanos desde la filosofía de Ignacio Ellacuría”, en ROSILLO, Alejandro y PÉREZ, Ramón (Coords.), *Historizar la justicia*, CENEJUS, Maestría en Derechos Humanos de la UASLP, Aguascalientes, San Luis Potosí, 2015, p. 68.

¹¹⁵ LÓPEZ, Francisco, “Acercamiento a la concepción del sujeto de derechos humanos desde la filosofía de Ignacio Ellacuría”, *op. cit.*, p. 68 y 69. Cursivas son mías.

¹¹⁶ ROSILLO, Alejandro, “Liberación y justicia social...”, *op. cit.*, p. 107.

carácter de liberación, pues al contextualizar históricamente todas las luchas que se han dado y que se siguen dando, los derechos humanos se pueden comprender como aspiraciones, como parte de la realidad histórica, que siempre están abiertos y en constante cambio, y se van actualizando conforme los procesos de lucha de los pueblos en honor a su dignidad, buscando que su realidad humana se pueda expresar libremente. La liberación es un proceso colectivo por lo que el hacerse cargo de la realidad, la responsabilidad por la vida y por su calidad es la base del proceso de liberación integral; debe de estimular la imaginación para construir nuevos caminos de transformación y para superar las diferentes formas de opresión que van apareciendo a lo largo de la historia.¹¹⁷

La TL otorga especial importancia al concepto de “Pueblo de Dios”, por lo tanto, “busca recuperar el sentido de este concepto, donde “pueblo” se entiende fundamentalmente como el pueblo de los pobres por opresión: es preferencialmente un pueblo de pobres, constituido a favor de los pobres, y cuya opción preferencial es la liberación de los pobres.”¹¹⁸

2.2.1. La Opción por los Pobres

La Opción por los Pobres es uno de los mayores aportes de la TL; nacida en América Latina en la década de los ochentas, se presenta como una forma de vivir y actuar en el mundo y de ser simplemente un ser humano, es un modo de ver la historia, reaccionar ante ella y de vivir con ella. Es salvación pues asume y enfrenta la presencia de quienes han sido invisibilizados de las estructuras sociales, políticas y económicas, tomando la decisión de encarnarse en el mundo de los pobres y asumir la causa de su liberación a través de su realidad histórica, así pues, comprende e interpreta la realidad y la historia desde el lugar social del pobre, del oprimido y de la víctima y busca alternativas para su liberación.¹¹⁹ “Es al mismo tiempo un acto de fe en

¹¹⁷ ROSILLO, Alejandro, “Liberación y justicia social...”, *op. cit.*, pp. 87-92; ROSILLO, Alejandro, “El pensamiento jurídico de Ignacio Ellacuría: hacia la construcción de una teoría crítica de derechos humanos” en *Revista Latinoamericana de Teología*, núm. 78, El Salvador, 2009, p. 262.

¹¹⁸ ROSILLO, Alejandro, “Liberación y justicia social...”, *op. cit.*, p. 89.

¹¹⁹ SOBRINO, Jon, “Opción por los pobres” en *Servicios Koinonía de la agenda latinoamericana*, <http://servicioskoinonia.org/relat/251.htm>, consulta: 26 de marzo de 2019; ROSILLO, Alejandro, *Liberación y justicia social...*, *op. cit.*, p. 93 y 94; LOIS, Julio, “Opción por los pobres. Síntesis doctrinal” en VIGIL, José Ma. (Ed.), *La opción por los pobres*, Sal Terrae, Santander, 1991, p. 9.

el Dios de los pobres y una opción ética y humanizante por la justicia (la de los pobres y la de Dios simultáneamente).”¹²⁰

Esta opción surge de un acontecimiento histórico reciente: la irrupción de los pobres. Ello se refiere a la presencia de quienes estaban ausentes en la sociedad y en la Iglesia. Ausentes en tanto tenían poca o nula importancia y no tenían la posibilidad de manifestar mediante su propia voz los sufrimientos que viven y proyectos y esperanzas. A partir de este acontecimiento, los pobres se han ido convirtiendo poco a poco en actores activos de su destino. En la opción por el pobre y la TL se comenzó a hablar de injusticia gracias a la visibilización de los pueblos dominados, las clases sociales explotadas, las razas despreciadas y las culturas marginadas.¹²¹

Pobreza, que en última instancia significa muerte, es un concepto que involucra diferentes factores: “carencia de alimento y de techo, imposibilidad de atender debidamente a necesidades de salud y educación, explotación del trabajo, desempleo permanente, falta de respeto a la dignidad humana e injustas limitaciones a la libertad personal en el campo de la expresión, en lo político y en lo religioso, sufrimiento diario.”¹²²

“Ser pobre es un modo de vivir, de pensar, de amar, de orar, de creer y esperar, de pasar el tiempo libre, de luchar por su vida;”¹²³ por ello, se habla de pobres en tanto injusticiados que viven con la carencia de lo mínimo necesario para vivir con dignidad, que viven con la injusticia social que despoja a la mayoría y que viven con el desconocimiento y el acceso nulo o limitado de los derechos humanos. El término pobre puede llegar a describir realidades muy diversas.

Los pobres de los que se habla en la opción, son antes que nada y en directo aquellos seres humanos para quienes el hecho básico de sobrevivir es una dura carga, para quienes dominar la vida a sus más elementales niveles de alimentación, salud, vivienda, etc., es una ardua tarea y la tarea cotidiana que emprenden en medio de una radical incertidumbre, impotencia e inseguridad. Pobres son aquellos

¹²⁰ VIGIL, José Ma., “La Opción por los Pobres es Opción por la Justicia, y no es preferencial. Para un reencuadramiento teológico-sistemático de la OP.” en *Servicios Koinonía de la agenda latinoamericana*, <http://servicioskoinonia.org/relat/371.htm>, consulta: 26 de marzo de 2019.

¹²¹ Cf. GUTIERREZ, Gustavo, “Pobres y opción fundamental” en Ignacio Ellacuría y Jon Sobrino (Eds.), *Mysterium liberationis. Conceptos fundamentales de la teología de la liberación*, Vol. I, UCA Editores, San Salvador, 1993.

¹²² *Ibidem.*, p. 304.

¹²³ *Ibidem.*, p. 305.

encorvados, doblegados (anaw) por la vida misma, automáticamente ignorados y despreciados por la sociedad.¹²⁴

Coincidiendo con la definición de Sobrino, Enrique Dussel realiza una definición de pobre como el miserable que sufre en su corporalidad la traumática opresión y exclusión de los beneficios de la totalidad – entendiéndose totalidad como la minoría rica, privilegiada, la clase dominante –. De esta manera, el pobre es el otro: América Latina como continente periférico, las clases oprimidas, las mujeres, las juventudes, los negros, los hispanos, los ancianos, las personas con discapacidad psicosocial....¹²⁵

Por ello, la Opción por los Pobres va destinada a todos los injusticiados, sean pobres económicos o no; esta injusticia es teóricamente independiente de la realidad socio-económica, sin embargo, en el Tercer Mundo, en la América Latina, recae dentro de la pobreza socio-económica, por lo que estos grupos resultan siendo doblemente pobres. En la actualidad, se le llama Opción por los Pobres pues los pobres a nivel socio-económico son el primer analogado de la injusticia y su expresión máxima, por ello es lo que mejor describe la pobreza en el mundo, que, además, se acentúa y se agrava por la opresión que proviene de determinados grupos opresores y de determinadas discriminaciones.¹²⁶

Cualquier problemática humana que provenga de la injusticia, aunque no tenga que ver con la pobreza en sentido económico, es objeto de la Opción por los Pobres; la discriminación étnica, de género, cultural, por padecer un trastorno psicosocial, son objeto de la Opción por los Pobres, en tanto formas de injusticia y no en tanto formas de pobreza económica – que como se mencionó hace unos momentos, si se cruza con forma de pobreza socio-económica, se es doblemente pobre –.¹²⁷

Se habla de que para la Opción por los Pobres la perspectiva del pobre, del oprimido y de la víctima es fundamental, pues es desde su realidad, su lugar social y su historia desde donde debe venir la liberación. Los pobres de los que se habla en esta opción, “son sujetos de derechos

¹²⁴ SOBRINO, Jon, “Opción por los pobres”, *op. cit.*

¹²⁵ DUSSEL, Enrique, *Historia de la filosofía y filosofía de la liberación*, Ed. Nueva América, Bogotá, 1994, p. 163.

¹²⁶ SOBRINO, Jon, “Opción por los pobres...”, *op. cit.*; VIGIL, José Ma., “La Opción por los Pobres...”, *op. cit.*

¹²⁷ *Ibidem.*

capaces de constituirse en subjetividades emergentes que luchan por su autorrealización.”¹²⁸ El uso de las libertades debe procurar ser desde el lugar social de los pobres.

2.3. Psicología Social Comunitaria: hacia una Psicología de la Liberación

La Psicología Comunitaria (en adelante PSC) proporciona el enfoque en donde los sujetos tengan la capacidad de decisión, el control de sus propias acciones y la responsabilidad por sus consecuencias¹²⁹, y los profesionales de la salud – o cualquier persona directamente relacionada con la persona o con la comunidad – fungen el rol de agente de cambio, y “ese rol estará ligado a aspectos de detección de potencialidades, de auspicio de las mismas y de cambio en los modos de enfrentar la realidad, de interpretarla y de reaccionar ante ella”¹³⁰ No se habla solamente de tener control y responsabilidad en el sentido de lo que es específicamente su situación de desventaja, sino también de todas las consecuencias ambientales que pueden llegar a suceder y cómo enfrentarlas.

Al igual que la Filosofía de la Liberación y la Teología de la Liberación, la PSC surge en América Latina en las décadas de los sesenta y setenta del siglo pasado gracias a los movimientos sociales por la disconformidad ante la situación de opresión y pobreza por la que pasaban los países latinoamericanos en la época, en estos movimientos se difundieron ideas políticas y económicas que influirán directamente en el quehacer de las ciencias sociales. Propiamente, la psicología comunitaria enfrenta la disconformidad del quehacer de la psicología social en donde predominaba el individualismo y no se daba respuesta a los problemas sociales que aquejaban a las personas; por ello, en Latinoamérica se creó la psicología comunitaria como aquella que trata de la comunidad y que es realizada desde la comunidad, con la característica primordial que lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad y su participación como agente activo con voz, voto y veto, es decir, como actor social. Por ende, su surgimiento se debe a la necesidad de tratar eficazmente los problemas sociales.¹³¹

¹²⁸ ROSILLO, Alejandro, “Liberación y justicia social...”, *op. cit.*, p. 100.

¹²⁹ MONTERO, Maritza, *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*, Paidós, Buenos Aires, 2006, p. 143.

¹³⁰ MONTERO, Maritza, “La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos” en *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 3, Bogotá, 1984, p. 390.

¹³¹ MONTERO, Maritza, *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*, Paidós, Buenos Aires, 2006, pp. 19 – 35.

Si bien ya se venían realizando esfuerzos por dar una definición clara a esta nueva rama de la psicología, no es hasta 1982 cuando Maritza Montero¹³² define por primera vez la Psicología Social Comunitaria como la “rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.”¹³³

La columna vertebral de esta nueva rama de la psicología es el desarrollo de la participación comunitaria en donde se busca la movilización de un grupo específico para el enfrentamiento y solución de sus problemas, es decir, desarrollar una comunidad autogestora. La PSC para poder lograr sus objetivos, estudia las relaciones de poder y de control de la comunidad sobre sus circunstancias de vida, el efecto que tiene sobre los procesos psicosociales y, en la realidad latinoamericana, está orientada hacia la intervención crítica para la transformación social, facilitando y fortaleciendo los procesos psicosociales que hacen posible el desarrollo de las comunidades; la PSC, al trabajar con comunidades, cuestiona la teoría y la adapta a una realidad determinada mediante la praxis, ello para poder analizar desde diferentes horizontes las relaciones de poder que existen en la comunidad, su dinámica y como han enfrentado los problemas hasta ese momento, pues solo así se podrá visibilizar que todos los actores comunitarios, dependiendo de su realidad, se mueven bajo lógicas distintas.¹³⁴

Por lo anterior, el método de la psicología comunitaria es investigación acción-participativa, pues de esta manera se pueden generar nuevas vías de estudio, medición e intervención y se podrán detectar las potencialidades de los miembros de la comunidad, favorecerlas y, por ende, cambiar los modos de hacer frente e interpretar la realidad y como se reaccionará ante ella. La intervención partirá, para comenzar, de la planificación de estrategias para realizar intervención durante crisis, desarrollo de habilidades individuales, socialización y

¹³² Licenciada en Psicología por la Universidad Central de Venezuela, Magíster en Psicología por la Universidad Simón Bolívar y Doctora en Sociología por la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de la Universidad de París. Profesora titular jubilada en la Universidad Central de Venezuela; se dedicó a la investigación en psicología comunitaria utilizando la metodología de investigación acción-participativa y estudiando el fenómeno de la polarización política.

¹³³ MONTERO, Maritza, “Introducción a la psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 32.

¹³⁴ RIVERA, Miryam *et. al.*, “La praxis en la formación en Psicología Comunitaria: una mirada ética” en *Revista de Psicología*, núm. 1, Lima, 2019, p. 34; MONTERO, Maritza, “Introducción a la psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 35.

educación general, desarrollo de agencias de ayuda social y acción política con grupos en situación de desventaja. Con esta intervención se producirá no solo el cambio comunitario, sino también en el agente de cambio involucrado en la situación.¹³⁵

Es prioritario hacer énfasis que el desarrollo buscado en las comunidades no es el que se entiende en el mundo hegemónico, es un desarrollo que va más allá del sujeto individual; se busca, además del cambio psicológico en las personas, impactar en su realidad cotidiana y en las relaciones individuo – grupo y grupo – sociedad y, de esta manera, generar cambios a nivel cualitativo y cuantitativo en donde estas relaciones se posicionarán en otro nivel. Existirá entonces un movimiento de acción transformadora en donde ambos campos de la dinámica se ven transformados puesto que cualquier cambio que realice la comunidad producirá automáticamente cambios en su ambiente y viceversa. Así, se plantea el desarrollo en una relación dialéctica de transformaciones mutuas en la comunidad. Esta transformación social se define desde la situación específica de cada comunidad y la incorporación de aspectos externos que proponga el interventor como consideraciones de salud mental, salud comunitaria, avances tecnológicos, aspectos políticos o culturales, etc, deben ser conocidos, discutidos, reflexionados y aceptados o no por la comunidad.¹³⁶

Bajo esta perspectiva, el sujeto deja de ser visto como sujeto pasivo en sus problemas, o el beneficiario inerte de las acciones que las instituciones paternalistas realizan. Cualquier transformación se debe dar en el ámbito social y en el ámbito individual y las soluciones serán soluciones en tanto exista la participación de los individuos y/o comunidades a quienes van destinadas.¹³⁷

Siguiendo las ideas de la TL y teniendo como referente teórico – psicológico la PSC, Ignacio Martín-Baró¹³⁸ generó la idea de la Psicología de la Liberación (en adelante PL) en 1986 en El Salvador; presenciando la injusticia, la pobreza y la opresión social en su país, propone

¹³⁵ MONTERO, Maritza, “La psicología comunitaria...”, *op. cit.*, pp. 392-394.

¹³⁶ *Ibidem.*, p. 390; MONTERO, Maritza, “Introducción a la psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 32.

¹³⁷ MONTERO, Maritza, “La psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 391.

¹³⁸ Seguidor de la Teología de la Liberación y padre de la Psicología Social de la Liberación, Martín-Baró fue psicólogo, filósofo y sacerdote jesuita español que dedicó su vida a la investigación de la realidad social y política de El Salvador. Fue catedrático de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), responsable del departamento de psicología y educación y posteriormente vice-rector. Fundó el Instituto de Opinión Pública; luchó por los Derechos Humanos, la igualdad y la justicia social en El Salvador.

que la psicología latinoamericana debería de tener como objetivo la liberación, enfocándose en la búsqueda de prácticas que sirvieran para liberar a las personas oprimidas de sus cargas espirituales, emocionales y sociales; se trata de una nueva versión de la psicología que es relevante para los grupos oprimidos pues está fundamentada en las realidades latinoamericanas y hace referencia al conjunto de condiciones particulares históricas – como la lucha diaria por satisfacer las necesidades básicas para la supervivencia – y tradiciones intelectuales. Esta nueva psicología articula una nueva alternativa para entender a la humanidad, sobre todo a las mayorías oprimidas, e ilumina diferentes posibilidades para un bienestar sostenible; la ventaja de este enfoque es que tiene una aplicación general y puede aplicarse en todas las regiones, comunidades o grupos en donde prevalecen teorías y prácticas hegemónicas.¹³⁹

Para Martín – Baró había tres cosas prioritarias: en primer lugar, buscar la verdad desde las masas populares y no desde la influencia de países capitalistas como Estado Unidos; crear una praxis psicológica para la transformación de sociedades y personas a partir de sus potencialidades negadas; y, por último; dedicar más tiempo a resolver los problemas de las mayorías latinoamericanas.

Al buscar la verdad desde las masas populares, Martín – Baró se refirió a esta tarea como la potenciación de las virtudes populares, la cual, es una variante del principio de la opción preferencial por los pobres de la TL. En este sentido, se hace especial énfasis en valorar las virtudes y los conocimientos de las mayorías otorgándole de esta manera preferencia a las perspectivas de las personas en comunidades oprimidas y reconociéndolas como una fuente de conocimientos valiosa para comprender su realidad social y que, a partir de ello, se generen ideas para su propia liberación. Privilegiando las perspectivas de las comunidades, se puede replantear la patología y la marginalización que los discursos dominantes tienen a generar como una virtud.

El discurso dominante, ya sea institucional, gubernamental o religioso, lleva inconscientemente a considerar que la realidad es lo que se ha dado y nada más que eso, lleva a aceptar sin más una realidad natural y ahistórica y a consagrar como natural el orden existente.

¹³⁹ ADAMS, Glenn y ESTRADA-VILLALTA, Sara, “La Psicología de la Liberación: un caso paradigmático de «Teoría desde el Sur»” en *Teoría y Crítica de la Psicología*, núm. 6, Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, 2015, p. 199-200.

Asumir los modelos de la universalidad del ser humano y su carácter ahistórico, que fueron elaborados en circunstancias diferentes a las de los pueblos latinoamericanos, como la realidad natural puede conducir a una grave distorsión de lo que en realidad son los pueblos y las comunidades latinoamericanas. Por el contrario, el dar preferencia a la perspectiva de las comunidades lleva a la recuperación de la memoria histórica y a la verdad de las comunidades, que en conjunto construyen una narrativa del pasado hacia el presente y futuro y les ofrece a los actores el propósito colectivo de que las prácticas, políticas y proyectos se piensen como una intervención que la comunidad misma debe realizar para llevar a cabo la visión colectiva de liberación.¹⁴⁰

La PL debe realizarse desde las necesidades de las mayorías, desde los problemas reales que aquejan a los propios pueblos y cuyo problema principal es la situación de miseria opresiva, la dependencia marginante hacia los dominantes hegemónicos que les imponen una satisfacción a sus necesidades básicas muy limitada y en ocasiones nula y, por lo tanto, una existencia inhumana, despojándolos del derecho de definir su propia vida, y no desde los problemas que pueden preocupar en otras latitudes. La verdad de las mayorías populares hay que hacerla, no buscarla, por eso, no se trata de que se piense por ellos, de que se les transmitan los esquemas que se han aceptado como verdaderos o de resolver sus problemas, por el contrario, se trata de desarrollar e impulsar sus propias capacidades de reaccionar críticamente a distintas circunstancias de opresión para generar formas de conocimiento y de reacción que puedan transformar sus condiciones de vida¹⁴¹; se trata de que se piense y se teorice con ellos y desde ellos, pues, solo desde el mismo pueblo o grupo oprimido será posible descubrir y construir su verdad existencial y, a partir de ella, las estrategias e intervenciones para su liberación.¹⁴²

La Psicología de la Liberación invita a trabajar en torno a las problemáticas de las grandes mayorías de nuestros pueblos: a trabajar el conflicto, donde antes solo se

¹⁴⁰ *Ibidem.*, p. 202; MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación” en *Boletín de Psicología*, núm. 22, Departamento de Psicología. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), San Salvador, 1986, p. 223 y 229.

¹⁴¹ MONTERO, Maritza, “Construcción, deconstrucción y crítica: teoría y sentido de la psicología social comunitaria en América Latina” en De Freitas, Regina Helena *et. al.*, *Paradigmas em psicología social. A perspectiva Latino-americana*, Vozes, Petrópolis, 2002 cit. por DOBLES, Ignacio, “Psicología de la liberación y psicología comunitaria latinoamericana. Una perspectiva” en *Teoría y Crítica de la Psicología*, núm. 6, Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, 2015, p. 127.

¹⁴² Cf. MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación”, *op. cit.*

veía la adaptación, a trabajar el desempleo, donde antes solo se veía la selección del personal, a trabajar los devastadores efectos de la guerra y la represión, donde antes se presumía la estabilidad y la homogeneidad, a trabajar la exclusión, donde antes se asumía una aparente igualdad, a trabajar las heridas sociales y colectivas (trauma psicosocial), donde antes solo se veía el trauma individual, a volver a retomar el extraviado (en la psicología) tema de las necesidades, cuando solo se avizora el consumo.¹⁴³

También, retoma las tareas de enfrentar al individualismo, tan popular en la psicología hegemónica, afirmando la construcción de esfuerzos colectivos; de trabajar en la relación del ser humano con la naturaleza, la sustentabilidad y la protección de los recursos naturales; de poner en primer lugar el abordaje, teórico y metodológico de los problemas sociales reales de cada pueblo que amenazan su existencia humana y sus posibilidades de tener una vida digna; de articular el desarrollo de un saber y de una acción colectiva con el quehacer de los sectores sociales y populares que luchan por una vida más digna y justa para todos, buscando modelos organizativos y colectivos que eviten la reproducción de esquemas verticales y autoritarios; de buscar el establecimiento de trabajo interdisciplinario para generar diálogos con campos como la economía, el derecho, las ciencias políticas, y que se establezca como prioridad el desarrollo comunitario y el respeto a la diferencias; y, de ir más allá de las determinaciones externas de las acciones humanas y sociales trabajando los significados emocionales que matizan los acontecimientos humanos.¹⁴⁴

2.3.1. Intersecciones entre la Psicología Social Comunitaria y la Psicología de la Liberación

Si bien la corriente de la PL incorpora elementos ya presentes en la PSC, al mismo tiempo la complementa, pues le añade el carácter liberador como impulso para el cambio social y sigue con el lineamiento de que la transformación social tiene que venir desde los grupos oprimidos fortaleciendo a la sociedad civil en la participación y responsabilidad en la toma de decisiones

¹⁴³ DOBLES, Ignacio, “La reconstrucción de un pensamiento y una praxis crítica en la psicología latinoamericana” en *Realidad: Revista De Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 121, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), San Salvador, 2017, p. 582. Las cursivas son mías.

¹⁴⁴ Cf. DOBLES, Ignacio, “La reconstrucción de un pensamiento...”, *op. cit.*

sobre su comunidad, su bienestar y su calidad de vida, teniendo como valor principal la solidaridad social.

En este sentido, la liberación “coloca su base de acción en las víctimas de opresión, en quienes sufren carencias, en quienes han sido excluidos de los bienes sociales y de los servicios originados de ellos, de las decisiones que les conciernen, del concierto de voces que son escuchadas en la sociedad.”¹⁴⁵

La PL rescata el carácter histórico de la comunidad y la historización de la praxis de los procesos sociales, respetando siempre la diversidad y teniendo un enfoque intercultural para que de esta manera se puedan utilizar los recursos que las comunidades poseen – recursos que muchas veces son invisibilizados debido a condiciones históricas, culturales y/o sociales – para lograr la transformación social.

Ambas corrientes psicológicas trabajan desde la praxis, pues el trabajo desde el otro “no es una tarea simplemente teórica, sino primero y fundamentalmente práctica”¹⁴⁶, tiene que ser capaz de situarse y de anclarse en los contextos específicos, con posicionamientos sociopolíticos y responsabilidades históricas definidas, siempre en interlocución con los actores populares para lograr pensar y hacer desde donde es. Es fundamental para el agente de cambio que trabaja con la comunidad que se inserte en los procesos sociales y políticos de la comunidad, “no se trata [...] de adherencias político-partidistas, ni de endorsar visiones románticas e ingenuas de los sectores populares, sino de posicionamientos y lecturas situadas, que implican un discernimiento ético-político.”¹⁴⁷

El agente de cambio debe de comprometerse con las víctimas de sistemas injustos que posean la motivación y la capacidad para trabajar con disciplina y autocrítica puesto que la víctima puede recomponerse, potenciarse y buscar la transformación de sistemas injustos, pero también puede no hacerlo y en ese caso, bajo el fundamento de que el cambio debería que venir

¹⁴⁵ MONTERO, Maritza, “Relaciones entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: una respuesta latinoamericana” en *Psyche*, núm. 2, Santiago, noviembre 2004, p. 23.

¹⁴⁶ MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación”, *op. cit.*, p. 224.

¹⁴⁷ DOBLES, Ignacio, “Psicología de la liberación y psicología comunitaria latinoamericana. Una perspectiva” en *Teoría y Crítica de la Psicología*, núm. 6, Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, 2015, p. 130.

de la comunidad misma, el agente de cambio tiene poco por hacer de momento. Esto cambiará cuando la comunidad decida que es momento de tomar las riendas de su propio destino.

La institucionalización de la salud mental ha ido poco a poco cerrando el paso a nuevas propuestas; las ideas autoritarias actuales se ponen la máscara de liberación, por lo que se necesita de la crítica – en tanto reconocimiento de que las cosas pueden ser de forma distinta a la reconocida o establecida y pueden tener varias facetas o posibilidades – para distinguir ideas dominantes o impositoras.¹⁴⁸ Por lo anterior, resulta imperativa la necesidad de comenzar a construir instrumentos que nos permitan, desde la perspectiva de la persona con discapacidad psicosocial como actor y constructor social, visibilizar las características del mundo en el que viven mientras se encuentran dentro de una institución y, de esta manera, al tener la perspectiva institucional y la perspectiva de la persona que ha estado institucionalizada, poder llevar a cabo planes de acción para que las personas con discapacidad psicosocial puedan ser partícipes de su propia recuperación y reinserción en la vida social.

Se busca pues, una psicología que responda a los problemas de las comunidades afectadas por la desigualdad, opresión y exclusión; que contribuya a desarrollar en los ciudadanos una conciencia de sus motivaciones, compromisos, deberes y derechos, una reflexión sobre sus actos y la consecuencia de ellos para que de esta forma se pueda fijar un rumbo hacia la transformación social y la liberación.¹⁴⁹

2.4. Praxis de liberación y salud mental

El conocimiento de todos los seres humanos, está condicionado por los límites de la propia realidad socialmente impuestos; para poder transformar ese conocimiento es necesario ubicarnos en la perspectiva del pueblo y pensar en actividades transformadoras de la realidad que permitan conocerla en lo que es, lo que no es y, a través de ello, intentar orientarla hacia lo que debe ser. En la PL la investigación acción-participativa es prioritaria pues, como refiere Fals Borda, solamente participando se produce “el rompimiento voluntario y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia, implícita en el binomio sujeto/objeto.”¹⁵⁰ Cuando el agente se involucra dentro de todo el proceso comunitario, ha tomado una posición a favor de

¹⁴⁸ MONTERO, Maritza, “Relaciones entre Psicología Social Comunitaria, *op. cit.*, pp. 20 y 27.

¹⁴⁹ *Ibidem.*, p. 27.

¹⁵⁰ MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación”, *op. cit.*, p. 226.

ciertas alternativas y aprende no solamente de la observación, sino del trabajo mismo que realizan las personas con quienes se identifica.¹⁵¹

Regularmente el trabajo en comunidades se desarrolla en un ámbito micro, sin embargo, quien actúa en este ámbito, está obligado a realizar la lectura macro, pues poco a poco se van necesitando espacios cada vez mayores para seguir apoyándose en las luchas y delinear los valores y las transformaciones macros deseables; por lo anterior, el desarrollo comunitario debe ser visto como una etapa para las luchas siguientes y no como un fin en sí mismo.

Debido a todo lo anterior:

Son necesarios, tanto el conocimiento de las luchas sociales, como la identificación del cientista con esas luchas, a la vez que comprender que aún en el ámbito más pequeño de trabajo comunitario (comedor popular, merendero, Junta de acción comunal, olla comunitaria) no se pueden perder de vista las potencialidades de articulación de estos micro-procesos con los macro-procesos de transformación.¹⁵²

La realidad histórica en la praxis de liberación es fundamental pues a través de ella se pueden producir nuevas estructuras más humanizantes, negando en primer lugar la negación de los seres humanos. Que, hablando específicamente de las personas con discapacidad psicosocial, frecuentemente son negadas y anuladas en su persona social y jurídica; por lo tanto, lo que se busca discutir son los fundamentos teóricos – filosóficos de la construcción de los derechos humanos desde la perspectiva del pobre que, como se describió a lo largo de este capítulo, se refiere pobre en tanto sean personas o grupos que hayan sufrido algún tipo de violación a sus derechos humanos y a su dignidad.

Se busca que el concepto de derechos humanos sea un concepto historizado pues así, los derechos humanos pueden surgir de situaciones y a comunidades concretas y adquirir diversos significados según sea la situación de ese momento histórico en esa comunidad esa comunidad en específico en el cual se proclaman verdaderos; esta verdad se puede verificar en sus

¹⁵¹ DOBLES, Ignacio, “Psicología de la liberación y psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 133.

¹⁵² HERRERA, N., *La IAP y la psicología. Reflexiones suscitadas por la experiencia de IAP con las organizaciones barriales de Matadero (CABA)*, Tesis, Buenos Aires, Maestría en Psicología Social Comunitaria, Universidad de Buenos Aires, 2009 cit. por DOBLES, Ignacio, “Psicología de la liberación y psicología comunitaria...”, *op. cit.*, p. 133.

resultados y su contenido puede ir cambiando dependiendo de la evolución de la historia, y al mismo tiempo, puede seguir manteniendo su sentido esencial.

Erving Goffman llama a los hospitales psiquiátricos, instituciones totales puesto que absorbe parte del tiempo y de los intereses sus miembros y en cierto sentido les proporciona un mundo propio pues al estar conformada por obstáculos que pueden interponerse en la interacción social con el mundo exterior – como puertas cerradas o altos muros – crean una tendencia absorbente.¹⁵³

Un hecho innegable que existe dentro de las instituciones totales, es el manejo de muchas necesidades básicas humanas mediante la organización burocrática, ello se comienza manifestando en la clara división entre el gran grupo manejado que Goffman llama internos, los cuales viven dentro de la institución y su contacto con el mundo exterior es limitado, y entre un pequeño grupo de personal supervisor el cuál generalmente cumple con una jornada laboral de 8 horas y está socialmente integrado con el mundo exterior. Dentro de las investigaciones que Goffman realizó, encontró la tendencia del personal a sentirse superior y justo, situación que puede llegar a mermar el verdadero reconocimiento de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas como personas sociales y jurídicas; así mismo, el paso de la información con respecto a las decisiones que se toman sobre el caso de los internos está restringido, por lo que generalmente la persona institucionalizada está en total ignorancia sobre su propio destino. Un punto a destacar cuando una persona ingresa en una institución total el impacto que la imposición de un reglamento por parte del personal supervisor invade la vida del interno, sobre todo en el periodo inicial de su estadía; aunque esta imposición de normas y reglas es normal en una sociedad organizada, se tiende a olvidar hasta que punto puede hacerse minucioso y estrictamente restrictivo en las instituciones totales, tanto que puede llegar a violar la autonomía del propio acto de tomar decisiones.¹⁵⁴

Todo lo anterior desemboca en que los internos de las instituciones tienen todo el día planificado – ya sea en el cumplimiento de sus terapias, la administración de sus medicamentos, el tiempo de recreo, etc – lo cual significa que el personal también habrá planeado el

¹⁵³ GOFFMAN, Erving, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Trad. María Anotnia Oyuela de Grant, Amorrortu, Buenos Aires, 2012, p. 20.

¹⁵⁴ *Ibidem.*, pp. 22-51.

cumplimiento o no de sus necesidades básicas y, a su vez, esto tiene implicación directa en el reconocimiento de sus Derechos Humanos.¹⁵⁵

Cuando se entra en el análisis de la historia de la salud mental en México y de las instituciones de salud mental, se puede concluir que estas estructuras institucionales han venido violando históricamente los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial y, como parte de una realidad impuesta, se ha ido normalizando y aceptando; esta violencia va más allá de la violencia física incluye también la discriminación, la negación de oportunidades, la anulación de su persona jurídica, entre otras; sin embargo, esta situación va más allá de la sola organización de la institución de salud mental pues,

[C]uando la situación estructural de un país, el conjunto de su organización económica, de su organización jurídica y de su organización política, llevan durante un tiempo prolongado a la negación de los derechos fundamentales de la persona, tales como el derecho a la vida, el derecho a la alimentación y a la salud, el derecho a la educación, el derecho a la libertad, el derecho a un juicio justo, el derecho a no ser apresado injustamente y a no ser torturado, el derecho a la organización política, el derecho a la libre expresión, etc., entonces, estamos ante estructuras evidentemente injustas y ante la violencia institucionalizada.¹⁵⁶

Por ello, lo que se busca es la transformación y la liberación que ambas suponen “un proceso de lucha por la justicia, que debe conducir al ejercicio auténtico de derechos humanos de todas las personas,”¹⁵⁷ en donde la principal preocupación en América Latina es salir del estado de explotación que se ocasiona por el capitalismo periférico y por el imaginario de las clases dominantes en donde las personas tienen que cumplir con ciertas condiciones para ser consideradas parte de la sociedad.

Ellacuría señala que los derechos humanos deben comprenderse como la exigencia de que todos los seres humanos cuenten con la satisfacción de las necesidades que hacen viables a la especie humana y a sus modos de convivencia social y política. Unas pocas personas que niegan

¹⁵⁵ *Ibidem.*, p. 25.

¹⁵⁶ ELLACURÍA, Ignacio, “Comentarios a la Carta Pastoral” en *Escritos políticos*, Tomo II, UCA Editores, San Salvador, 1993, p. 725 cit. por ROSILLO, Alejandro, “El pensamiento jurídico de Ignacio Ellacuría...”, *op. cit.*, pp. 256 y 257.

¹⁵⁷ ROSILLO, Alejandro, “El pensamiento jurídico de Ignacio Ellacuría...”, *op. cit.*, p. 258.

o hacen difícil el acceso a los bienes a una parte de su población, que sus propias instituciones generan la violencia que destruye la vida humana, o que su concepto de bienestar pone en riesgo la vida y el desarrollo de las especies por razones económicas o cuales fueren, no puede ser considerada una comunidad humana que busque el cumplimiento de los derechos humanos pues no es capaz de satisfacer las necesidades socio-político-biológicas de sus miembros.¹⁵⁸

No está de más reiterar que la participación de la persona con discapacidad psicosocial que ha estado institucionalizada es fundamental, puesto que hasta la fecha se han llevado a cabo diversos estudios acerca del cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas que han sido muy valiosos y cuyos resultados han marcado diferencias importantes dentro de las instituciones, sin embargo, estos estudios comúnmente se llevan a cabo desde la visión de las instituciones o de un visitador externo, lo cual conlleva a que la distancia entre el “yo” y el “otro” sea cada vez más marcada. Ello puede traer como consecuencia la despersonalización del propio sujeto reduciéndolo únicamente a sujeto de investigación. Cuando esto pasa, el investigador crea un grupo que suele responder exactamente a sus exigencias, y éste indaga, imagina, determina, busca y encuentra, examina y luego se traduce a términos numéricos y a categorías.¹⁵⁹ Una vez traducido y logrado el objetivo del investigador, a este grupo se le archiva y se sigue con la búsqueda de un grupo nuevo de investigación. Debido a que la finalidad era la investigación y no el cambio en el grupo, no se guió a los sujetos a ser actores en su propio ambiente y, por lo tanto, no se generó un cambio verdadero que modifique el ambiente y la estructura en la que vive el grupo.

Por ello la propuesta de la PL es tener una perspectiva desde abajo, desde ese grupo oprimido y estigmatizado; realizar un trabajo en donde el profesional sea el agente de cambio que acompañe a este proceso de cambio ambiental y estructural y que el trabajo sea desde ellos y no para ellos.¹⁶⁰

¹⁵⁸ *Ibidem.*, p.260.

¹⁵⁹ MONTERO, Maritza, “Construcción del Otro, liberación de sí mismo” en *Utopía y Praxis Latinoamericana*, núm. 7, Maracaibo, marzo 2002, p. 42.

¹⁶⁰ MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación” en *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, núm. 2, San Salvador, agosto 2006, p. 12.

2.5. Ética del Discurso. Breve recorrido por las ideas de Karl – Otto Apel, Jürgen Habermas y Adela Cortina

El paradigma de la acción comunicativa o del entendimiento de Habermas propone que “los sujetos son capaces de lenguaje y acción y se entienden entre sí sobre algo en el mundo; pueden servirse para sus propios fines del sistema de reglas gramaticales”¹⁶¹; el paradigma del entendimiento, tiene que ser recíproco, no solo se quiere expresar una idea sino que se busca que ésta sea entendida o comprendida; debido a que el mundo de la vida es entendido en una doble vertiente, como recurso del que se nutre la acción comunicativa y como producto de esa misma acción.¹⁶²

El giro lingüístico de la filosofía ha ofrecido los insumos conceptuales con los cuales se puede plantear este nuevo paradigma del entendimiento, de la racionalidad comunicativa y dialógica, situada lingüísticamente.¹⁶³

Para que la realidad se refleje correctamente en el paradigma de la acción comunicativa, tiene que existir un sistema simbólico bueno.¹⁶⁴ Por ello el uso del lenguaje está determinado por un conjunto de reglas o principios convencionales o pragmáticos¹⁶⁵ (reglas con las que Apel también coincide, pues señala que en cualquier acto de habla existen ciertas reglas para permitir el entendimiento.)¹⁶⁶. Para que la idea que se desea compartir al dar el mensaje llegue correctamente y sea interpretada de una manera adecuada, se tienen que seguir las reglas del lenguaje, Apel considera ésta es la regla universal de la ética argumentativa:

(...) quien argumenta ha testificado in actu y, por lo tanto, ha aceptado que la razón es práctica, es decir, responsable del obrar humano; lo cual significa que las pretensiones éticas de validez de la razón, del mismo modo que sus pretensiones de verdad, pueden y deben resolverse mediante argumentos; es decir, que las reglas ideales de la argumentación en una comunidad de comunicación, ilimitada por principio, de personas que se reconocen recíprocamente como teniendo los mismos

¹⁶¹ RIVAS, Ricardo, “Aproximación a la “ética del discurso” de Apel y Habermas, como ética racional ante la crisis de la razón” en *En-claves del Pensamiento*, núm. 1, Monterrey, junio 2007, p. 67.

¹⁶² *Ibidem.*, p. 68.

¹⁶³ *Ídem.*

¹⁶⁴ *Ídem.*

¹⁶⁵ *Ibidem.*, p. 69.

¹⁶⁶ *Ibidem.*, p. 72.

derechos, constituyen las condiciones normativas de posibilidad a la hora de decidir sobre las pretensiones éticas de validez mediante la formación del consenso; y que, por lo tanto, en principio, puede producirse un consenso sobre todas las cuestiones éticas relevantes de la praxis vital, en un discurso sometido a las reglas de la argumentación de la comunidad ideal de comunicación.¹⁶⁷

Tenemos que mencionar que en esta regla se trata de recordar a los seres racionales, que cuando actúan racionalmente, han aceptado automáticamente una norma.”¹⁶⁸

Además de las reglas lingüísticas, la subjetividad tiene mucho peso en esta teoría, puesto que cada uno de nosotros creció en ambientes diferentes, con personas diferentes y tenemos personalidades y experiencias diferentes, lo anterior lo explica Habermas en el llamado mundo vida.

Habermas llama “mundo vida” a la cultura, la sociedad y la personalidad, cada uno de estos factores “hace referencias a pautas interpretativas o suposiciones sobre cómo la cultura ejerce una influencia sobre la acción, sobre cómo se van estableciendo pautas determinadas en las interacciones sociales de los sujetos y finalmente como se estructura un modo de ser de los individuos”.¹⁶⁹ Logrando la realización y comprensión de cada uno de estos elementos, posibilita la reproducción de los mundos vida de los sujetos y refuerza a la cultura como un subsistema de representación de la vida social.¹⁷⁰

A través de este sistema lingüístico, se busca hacer interpretaciones de la realidad, sin embargo, debido a la subjetividad y al “mundo vida” de cada sujeto resulta complicado (prácticamente imposible) transmitir una realidad verdadera; lo que se transmite son realidades subjetivas, que al establecer un diálogo, difícilmente va a ser interpretado de la misma manera por ambos sujetos, pero al seguir las reglas y establecer una acción comunicativa, se pueden crear relaciones interpersonales, puesto que “la acción comunicativa es la interacción entre dos

¹⁶⁷ CORTINA, Adela, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Salamanca, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1985, p. 156

¹⁶⁸ *Ibidem.*, p. 157

¹⁶⁹ GARRIDO, Luis, “Reseña de “La Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos” de J. Habermas” en *Razón y Palabra*, núm. 75, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Estado de México, febrero-abril 2011, p. 7.

¹⁷⁰ *Ibidem.*, pp. 7-8.

sujetos capaces de comunicarse lingüísticamente y de efectuar acciones para establecer una relación interpersonal.”¹⁷¹

Al hablar de las intersubjetividades, Apel argumenta que “la fundamentación de la validez del conocimiento, entendimiento y consenso, tiene que apoyarse sobre las posibles evidencias de conciencia de los sujetos cognoscentes competentes y sobre las reglas a priori (que para Apel significa que no es necesario recurrir a la experiencia para conocer que un enunciado es verdadero)”¹⁷² intersubjetivas de un discurso argumentativo, en cuyo contexto las evidencias tienen que lograr validez intersubjetiva.¹⁷³ Esto significa que ambos sujetos que desean establecer un diálogo, conocen las reglas lingüísticas y son sujetos que tienen capacidad cognoscitiva para entender, analizar e interpretar el enunciado de la otra persona; “en una comunidad ideal de comunicación los hablantes no están condicionados más que por intereses emancipatorios, de modo tal que la autorreflexión permite establecer modos de comunicación haciendo razonables las interpretaciones.”¹⁷⁴ Sin embargo, “cada uno debe poder anticipar en la autocomprensión que realiza mediante el pensamiento el punto de vista de una comunidad ideal de comunicación que todavía tiene que construirse en la comunidad real.”¹⁷⁵ Por ello, Adela Cortina propone añadir:

[La] *ética de la responsabilidad convencida* o de la *convicción responsable*, porque no se trata con ella de renunciar a las convicciones, sino todo lo contrario: se trata de ser responsable de las consecuencias que pueden acercarnos a una meta cuyo valor estamos convencidos, o bien alejarnos de ella. En el caso de la ética discursiva esto significa que la aplicación del principio tiene que venir mediada por el uso de la *racionalidad estratégica*, siempre que se pretendan con ello dos metas:

1. La conservación del sujeto hablante y de cuantos dependen de él.

¹⁷¹ *Ibidem.*, p. 9.

¹⁷² RIVAS, Ricardo, “Aproximación a la “ética del discurso” de Apel y Habermas..., op. cit., p. 73.

¹⁷³ *Ibidem.*, p. 73.

¹⁷⁴ FERRATER, José, *Diccionario de filosofía*, Ariel, Barcelona, 1994, cit. por. OUTOMURO, Delia, “Algunas observaciones sobre el estado actual de la bioética en Argentina” en *Acta Bioethica*, núm. 2, Santiago, 2003, p. 237.

¹⁷⁵ APEL, Karl-Otto, *La transformación de la filosofía. Tomo I. Análisis del lenguaje, semiótica y hermenéutica*, Trads. Adela Cortina et. al., Taurus, Madrid, 1985 cit. por RIVAS, Ricardo, “Aproximación a la “ética del discurso” de Apel y Habermas..., op. cit., p. 74.

2. Poner las bases materiales y culturales para que algún día sea posible actuar comunicativamente sin que con ello peligre la conservación propia y ajena.¹⁷⁶

De esta manera. El nuevo imperativo ético dialógico diría así: “Obra siempre de tal modo que tu acción vaya encaminada a sentar las bases (en la medida de lo posible) de una comunidad ideal de comunicación”.¹⁷⁷

Entonces, Adela Cortina, citando a Apel y Habermas, explica el objetivo de la ética del discurso: “Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión.”¹⁷⁸ La persona se nos presenta como un interlocutor válido que tiene que ser reconocido por cuantos pertenecen a la comunidad de hablantes; la idea de igualdad se torna ahora comunicativa, en la medida en que ninguna persona, ningún interlocutor válido puede ser excluido a priori de la argumentación cuando ésta versa sobre temas que le afectan.¹⁷⁹ En palabras de Habermas, “solo son válidas aquellas normas de acción con las que podrían estar de acuerdo todos los posibles afectados como participantes en un discurso práctico.”¹⁸⁰

El punto de partida de la reflexión no será ya los juicios sintéticos a priori de la física y las matemáticas o los imperativos como proposiciones prácticas sintéticas a priori, sino el hecho irrefutable del lenguaje, expresivo de la intersubjetividad humana.¹⁸¹

¹⁷⁶ CORTINA, Adela, “El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas” en *Isegoría*, núm. 13, 1996, pp. 126 -127.

¹⁷⁷ *Ídem*.

¹⁷⁸ APEL, Karl-Otto, *La transformación de la filosofía. Tomo II. El a priori de la comunidad de la comunicación*, Trads. Adela Cortina et. al., Taurus, Madrid, 1985 cit. por CORTINA, Adela, “El estatuto de la ética aplicada...”, op. cit., p. 125.

¹⁷⁹ *Ibidem.*, p. 126.

¹⁸⁰ HABERMAS, Jürgen, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Edicions 62 Barcelona, 1985 cit. por CORTINA, Adela, “El estatuto de la ética aplicada...”, op. cit., p. 125.

¹⁸¹ CORTINA, Adela “Introducción”, en APEL, Karl-Otto, *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Paidós/ICE-UAB, Barcelona, 1991, cit. por RIVAS, Ricardo, “Aproximación a la “ética del discurso” de Apel y Habermas...”, op. cit., p. 71.

2.4.1. Ética del discurso y salud mental

Pero, ¿qué es lo que pasa cuando los sujetos – a decir, las personas con discapacidad psicosocial – no encajan como sujetos cognoscentes competentes, no siguen las reglas lingüísticas y no comprenden el “mundo vida”? Si bien, no tienen la capacidad de comunicación lingüística, no se les puede anular como seres humanos, puesto que – a mi punto de vista – al no contar con las capacidades lingüísticas adecuadas, entran en la comunidad real de comunicación, y necesitan a alguien que los represente. “Puesto que los individuos toman más conciencia de sus derechos y exigen a las instituciones que los respeten, que se moralicen. Tal vez, las personas nos vamos percatando de que somos interlocutores válidos en las cuestiones que nos afectan y deseamos ser tenidos en realmente en cuenta en los distintos ámbitos de la vida social.”¹⁸² Los trastornos que padecen, los alejan de la realidad o les hace más difícil tomar decisiones, sin embargo no siempre se encuentran en ese estado de ausencia. Por lo que durante el tiempo en que no estén clínicamente aptos para establecer un diálogo, un representante lo establecerá por ellos; siempre con el objetivo de la mejora del paciente.

¿Por qué buscamos comunicarnos? ¿Qué es eso tan importante que para comunicarlo tenemos que seguir una serie de reglas y entender diferentes paradigmas (que obviamente están ya implícitos en el inconsciente del ser humano que es un sujeto cognoscente capaz)?

La comunidad de los hombres desea encontrar una respuesta para sus más variados intereses y satisfacción para sus diversas necesidades; pero para que esta comunicación no se vuelva algo peligroso o egoísta, en donde solamente se tomen en cuenta las necesidades propias y no las del prójimo y el desprotegido, debemos adoptar la ética de la humanidad, “Kant propone el principio supremo de toda moralidad; este principio es fundamental en la ética de la humanidad, pues configurará simultáneamente la actitud que cualquier hombre debe asumir ante la vida.”¹⁸³ Para que esta ética funcione, Adela Cortina señala el “principio imperativo científico de la autorrenuncia”¹⁸⁴, que en este caso me gustaría extender no solamente a la comunidad científica que busca el conocimiento de la verdad, sino a todas las comunidades que tienen un objetivo en común, y que ese objetivo en común está basado en la solidaridad y ayuda hacia los que no tienen las herramientas para utilizar su propia voz. En el principio de autorrenuncia “se

¹⁸² CORTINA, Adela, “Introducción”, *op. cit.*, p.120.

¹⁸³ CORTINA, Adela, “El estatuto de la ética aplicada...”, *op. cit.*, p. 155 – 156.

¹⁸⁴ *Ibidem.*, p. 157.

tiene la obligación de renunciar a los propios intereses egoístas; sin embargo tiene la condición de que el destinatario de la norma se encontrara interesado en la verdad, y si está interesado en la verdad, debe someterse al diálogo en la comunidad;”¹⁸⁵ debido a esta condición, Adela Cortina argumenta que este principio es hipotético pues “una norma que se dirija a cuantos argumentan, en tanto que argumentantes, afecta en realidad a los seres racionales en tanto que racionales. Ciertamente, el rechazo de la propia racionalidad es una posibilidad abierta, porque la voluntad humana puede optar en contra de las razones.”¹⁸⁶ Sin embargo, este trabajo busca fundamentar el cumplimiento de los derechos humanos y el respeto de la dignidad de los pacientes psiquiátricos a través de la ética del discurso, en donde los CPI se responsabilizan de que los derechos y el respeto de la dignidad del paciente se cumplan. Por lo tanto, asumimos que todo CPI debido a que adquiere este trabajo sin remuneración alguna, está dispuesto a cumplir el principio de autorrenuncia; así que teóricamente, el CPI renuncia a sus propios intereses egoístas y el destinatario, que en este caso es cualquier persona que esté involucrada en el tratamiento del paciente, está interesado en conocer la verdad (la mejora del paciente psiquiátrico), y de esta manera, consecuentemente establecen un diálogo para que los objetivos principales se cumplan.

Por lo anterior, para fundamentar mis argumentos, cito la perspectiva de Adela Cortina en su debate con Enrique Dussel; ella explica que tiene que existir una ética mínima, cívica y pluralista que incluya a todas las personas: una ética mínima de justicia e igualdad; esto es, actuar bajo el concepto de hacer las cosas bien o actuar benévolamente para el bienestar de todos, no el bienestar personal. Lo bueno es lo justo y la justicia puede exigirse a todo el mundo. Es por ello que la ética del discurso se encarga de la dimensión de lo exigible, como la justicia. Por lo tanto, el paso siguiente (cuando el enfermo no tiene las condiciones clínicas para establecer un diálogo) es que la persona que si encaja como sujeto cognoscente (en este caso el CPI) tiene la obligación de procurar los elementos necesarios para que esa persona pueda formar parte del diálogo. Los elementos necesarios serían entonces todas las acciones que conllevan a la recuperación del paciente como el tipo de tratamiento, la medicación, la rehabilitación, etcétera; mientras los enfermos mentales no tengan voz el cuidador tiene la responsabilidad de representarlos, tomando las decisiones que los enfermos tomarían y no las que el CPI cree

¹⁸⁵ *Ídem.*

¹⁸⁶ *Ídem.*

mejores; para ello se asume (y es necesario) que el CPI conoce bien a la persona enferma y conoce sus deseos; esta representación es con la finalidad de que se traten de elevar las condiciones sociales y culturales y en este caso de salud, para que la persona pueda tomar sus propias decisiones; no se busca el que el paciente sea representado toda su vida, únicamente se le representa mientras el CPI tiene la obligación de empoderarlo con los elementos necesarios para poder establecer un diálogo.¹⁸⁷

La ética del discurso, señala Adela Cortina continuando en su debate con Enrique Dussel, “es un presupuesto contrafáctico pragmático del habla; una idea regulativa en sentido kantiano, pues es una situación que no se sabe si pueda darse, pero tampoco nadie asegura que no puede darse, por lo que los que trabajan bajo la línea de la ética del discurso, trabajan racionalmente, pues esa idea regulativa es una orientación para la acción y un canon para la crítica. Debido a que las situaciones de conflicto y de intolerancia no han hecho ninguna diferencia en la vida de los oprimidos, pero un buen diálogo radical en donde se acepte que todos los afectados tienen que tomarse en cuenta, puede ayudar a mejorar enormemente situación. Por lo tanto, los que son ser interlocutores potenciales, pasan a ser interlocutores actuales por razón de justicia.”¹⁸⁸ Esta ética no pretende ser sino el fundamento para producir respuestas éticas perfectamente materiales.¹⁸⁹

Los interlocutores actuales, serían los CPI, que por razón de justicia, buscan las mejores condiciones para aquellas personas que nos las pueden exigir por sí mismas; buscan que no se les anule, ni se ignore su sufrimiento

Esta ética de la que habla Adela Cortina, no es solamente teórica, sino que va en función de una ética aplicada, “que goza de la circularidad propia de una hermenéutica crítica, ya que es en los distintos ámbitos de la vida social donde detectamos como trasfondo un principio ético (el del reconocimiento de cada persona como interlocutor válido) que se modula de forma distinta según el ámbito en que nos encontremos.”

¹⁸⁷ CORTINA, Adela, “Debate Adela Cortina y Enrique Dussel”, debate pronunciado en el *Foro de Inferioridad y crisis del futuro humano*, Puebla (Mex), s.a., <https://www.youtube.com/watch?v=zRGj8dlJYBE&t=12s>, consulta: 21 de marzo de 2018.

¹⁸⁸ *Ídem*.

¹⁸⁹ ANAYA, Gerardo, *Humanismo cristiano y ética. Una aportación para la formación integral de la persona*, Universidad Iberoamericana, México, 2001, p. 64.

Para ello, es necesario practicar la *interdisciplinariedad*, puesto que la realidad hoy nos enseña a ser muy modestos y a buscar junto con los especialistas de cada campo qué *principios de alcance* y qué *valores* se perfilan en él y cómo deben aplicarse en los distintos contextos; pero siempre tomando en cuenta que el elemento coordinador será la ética del discurso.¹⁹⁰

¹⁹⁰ CORTINA, Adela, “Introducción”, *op. cit.*, p. 128.

CAPITULO TERCERO

DERECHO A LA SALUD

3.1. Derechos económicos, sociales y culturales

En la actualidad, el discurso de los Derechos Humanos ha trascendido los límites de los abogados y las leyes, ahora están dentro de las motivaciones de las personas que impulsan los programas políticos, las decisiones gubernamentales y las movilizaciones sociales y ciudadanas, ello debido a que lo que se busca es que favorezcan a los sujetos cuyas necesidades se encuentran amenazadas o insatisfechas por su posición económica, política, social o cultural que ocupan dentro de su comunidad.¹⁹¹ Dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, se encuentra el derecho a la salud que está directamente relacionado con la calidad de vida que llevan las personas con discapacidad psicosocial; no está solamente relacionado a nivel de discurso sino que son reconocidos en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas dentro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 14 que está titulada El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ello da cuenta de que estos derechos son vinculantes y de aplicación inmediata, lo que quiere decir (hablando del tema del derecho a la salud) es que, si alguien enferma o su salud se ve deteriorada, el Estado o en su caso las instituciones de salud, públicas o privadas, tienen la obligación de atender al individuo. Para ilustrar este punto, Miguel Carbonell ejemplifica de la siguiente manera,

[L]os establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados, la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública. Si no lo hiciera se podría configurar el delito de omisión de auxilio que prevén los códigos penales de la República.¹⁹²

¹⁹¹ APARICIO, Marco y PISARELLO, GERARDO, “Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas” en Jordi Bonet y Víctor Sánchez (Coords.), *Los derechos humanos en el siglo XXI: continuidad y cambios*, Huygens, Barcelona, 2008, pp. 5 – 9.

¹⁹² CARBONELL, Miguel, “El derecho a la salud como derecho fundamental”, en su libro *El derecho a la salud: una propuesta para México*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013, p. 2.

Antes de abordar de lleno el derecho a la salud, es necesario definir qué es lo que se entiende por salud; la OMS define salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁹³. Observando que la OMS incluye a la sociedad y a la mente como parte de una salud integral, por una parte, nos apegamos a lo que comenta Carbonell del componente no solo individual del concepto de salud, sino también colectivo o social, acerca de esto él dice que la salud tiene una dimensión individual pues cada persona puede o no tenerlo; pero

[T]iene también una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etcétera. La salud como un bien social colectivo solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención primaria adecuada.¹⁹⁴

La importancia de que la salud sea tomada como un derecho humano es que se traduce en la igualdad de las personas, el que reciban un trato justo y digno, sin importar su condición social, raza, nacionalidad, sexo o cultura. Sin embargo “la inaceptable desigualdad en salud vislumbrada en el escenario internacional ha aumentado con la globalización.”¹⁹⁵

Tratar la salud como derecho humano universal significa entenderla como el resultado de una construcción que posee una dimensión histórica y política con impactos sociales reales.¹⁹⁶

El cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (en general e incluyendo el derecho a la salud) es algo que aún se encuentra en discusión pues ¿cómo puede el Estado asegurar estos derechos? Esto “dependería de múltiples variables, entre las cuales estarían las condiciones económicas y culturales de las personas. Así, los derechos sociales

¹⁹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Preguntas más frecuentes”, en *Organización Mundial de la Salud*, <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, consulta: 29 de noviembre de 2017.

¹⁹⁴ CARBONELL, Miguel, *op. cit.*, p. 3.

¹⁹⁵ MANCHOLA, Camilo *et al.*, “El acceso a la salud en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos” en *Ciência & Saúde Coletiva*, núm. 22, Río de Janeiro, 2017, pp. 2157-2158.

¹⁹⁶ *Ídem.*

dependen de las acciones positivas del Estado, las que a su vez dependen de las condiciones actuales de la sociedad, las cuales, normalmente se traducen en políticas públicas.”¹⁹⁷

3.1.1. Derecho a la salud

La OMS define salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁹⁸. Observando que la OMS incluye a la sociedad y a la mente como parte de una salud integral, se mantiene lo que comenta Carbonell del componente no solo individual del concepto de salud, sino también colectivo o social, acerca de esto él dice que la salud tiene una dimensión individual pues cada persona puede o no tenerlo; pero

[T]iene también una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etcétera. La salud como un bien social colectivo solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención primaria adecuada.¹⁹⁹

La importancia de que la salud sea tomada como un derecho humano es que se traduce en la igualdad de las personas, el que reciban un trato justo y digno, sin importar su condición social, raza, nacionalidad, sexo o cultura. Sin embargo “la inaceptable desigualdad en salud vislumbrada en el escenario internacional ha aumentado con la globalización.”²⁰⁰

Tratar la salud como derecho humano universal significa entenderla no solo como el resultado de una construcción que posee una dimensión histórica y política con impactos sociales reales, sino también un lugar desde donde acontecen los hechos fundamentales de la vida humana pues constituye una cualidad previa para poder satisfacer cualquier necesidad o aspiración.²⁰¹ Esto significa, que “la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los

¹⁹⁷ FIGUROA, Rodolfo, “El derecho a la salud” en *Estudios Constitucionales*, núm. 11, Santiago, 2013, p. 298.

¹⁹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Preguntas más frecuentes”, *op. cit.*

¹⁹⁹ CARBONELL, Miguel, *op. cit.*, p. 3.

²⁰⁰ MANCHOLA, Camilo *et al.*, “El acceso a la salud en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, núm. 22, Brasilia, 2017, pp. 2157 – 2158.

²⁰¹ *Ídem*; HERRERA, Agustín *et. al.*, *El derecho a la salud: Desde el derecho internacional de los derechos humanos para México*, s.e., México, 2018, p.74.

grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades. [...] Es la condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona.”²⁰²

La salud entonces, no solamente tiene que ver con el plano corporal del ser humano, sino también con el plano psíquico y social, es un bien que no se trata solamente de conservar y recuperar, también es un bien que debe ser disfrutado. “No se trata de un fin en sí mismo, sino de una condición necesaria para una vida plena, autónoma, solidaria y humanamente feliz.”²⁰³

Hoy en día se pueden hablar de diferentes elementos y percepciones desde donde se puede concebir la salud, los más importantes para la finalidad de esta investigación son:²⁰⁴

- a) **La salud somática:** es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas.
- b) **La salud psíquica:** es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.)
- c) **La salud social:** Es condición necesaria para la salud física y mental. La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o a la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle.

Entonces, se puede decir que estos tres tipos de concepción de la salud son inherentes el uno del otro, con la ausencia de alguno, la salud integral no se puede realizar, pues, al final, está condicionada por factores físicos, sociales y culturales. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse no solamente como al bienestar físico y psíquico, sino también como el derecho a disfrutar facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios, que el Estado debe de proveer, para alcanzar el nivel más alto posible de salud. Es importante mencionar que con este derecho se busca preservar la vida, no imponer ni definir cómo debe de ser vivida.

²⁰² HERRERA, Agustín *et. al.*, *El derecho a la salud: Desde el derecho internacional de los derechos humanos para México*, s.e., México, 2018, p.75.

²⁰³ *Ídem.*, p.77.

²⁰⁴ Siguiendo párrafo extraído de: *Ibidem.*, p.80.

En este punto, es necesario hacer hincapié en la distinción entre el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social,²⁰⁵ que, si bien, están directamente relacionados pues el cumplimiento de este derecho depende del ejercicio de otros derechos como el derecho a los alimentos, al agua, a la no discriminación, entre otros, jurídicamente recaen sobre escalones diferentes.

El cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (en general e incluyendo el derecho a la salud) es algo que aún se encuentra en discusión pues ¿cómo puede el Estado asegurar estos derechos? Esto “dependería de múltiples variables, entre las cuales estarían las condiciones económicas y culturales de las personas. Así, los derechos sociales dependen de las acciones positivas del Estado, las que a su vez dependen de las condiciones actuales de la sociedad, las cuales, normalmente se traducen en políticas públicas.”²⁰⁶

3.1.1.1. El derecho a la salud desde una perspectiva de igualdad

A pesar de todos los esfuerzos el acceso a la salud para las personas con alguna discapacidad sigue siendo complicado y en consecuencia limitado, regularmente las personas con discapacidad tienen que contar con una persona que los ayude o guíe durante el proceso de acceso a este derecho; el derecho a la salud no se limita a la salud física – como ya se ha mencionado con anterioridad – sino que, como la naturaleza humana, va más allá pues comprende aspectos externos, como la salud física, e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo.²⁰⁷

Gordon Allport señala que el prejuicio se expresa en grados y formas diferentes: hablar mal, evitar el contacto, la discriminación, el ataque físico y el exterminio.²⁰⁸

Existen instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan por la inclusión y mejora de los servicios, sin embargo, “en el país los cambios para lograr la integración son lentos. Romper el círculo vicioso de estigmas y prejuicios en la población es el mayor reto frente al mundo de la discapacidad. Un infierno de creación colectiva que podría dejar de serlo.”²⁰⁹

²⁰⁵ Por motivos de extensión de esta tesis, no se hablará acerca del derecho a la seguridad social.

²⁰⁶ FIGUEROA, Rodolfo, “El derecho a la salud”, en *Estudios Constitucionales*, núm. 11, México, 2013, p. 298.

²⁰⁷ HERRERA, Agustín *et. al.*, *op. cit.*, p. 97.

²⁰⁸ CONAPRED, *Prohibido discriminar*, 2004, pp. 22 – 24.

²⁰⁹ *Ídem.*

La situación de la salud en el mundo ha mejorado en términos de lo que se “puede” hacer pero, al mismo tiempo ha empeorado por el respeto por el derecho a la salud porque son pocos los que realmente pueden acceder a estos avances²¹⁰; la dificultad para acceder a estos avances pueden ser por las mismas causas de las cuales deberían de ser universales, éstas son, género, nacionalidad, situación económica, cultura, etcétera; así como los diferentes trastornos y grados de profundidad también serían factores condicionantes para el acceso o no al derecho a la salud. Ello se podría explicar cómo vulnerabilidad.

Lo anterior Leticia Vito hablando sobre Carlos Lema Añón lo puede explicar con las siguientes palabras

La discapacidad es el espacio de lo diverso y por lo tanto no todas las personas con discapacidad tendrán el mismo grado de vulnerabilidad: la pertenencia a una u otra clase social, la posibilidad de integrarse o no en ciertos espacios educativos o laborales, la calidad de los mismos serán, entre otros factores, condicionantes de trayectorias diferentes aún entre dos personas con discapacidades similares.²¹¹

Aunque los malos tratos son particularmente frecuentes en los grandes hospitales psiquiátricos y otras instituciones donde residen personas por largos periodos, es creciente también la información que existe sobre las violaciones de derechos humanos de que son víctimas las personas con discapacidad mental en los servicios comunitarios. Inevitablemente, a medida que los países vayan adoptando un sistema de asistencia y apoyo basado en la comunidad, las violaciones cometidas en este contexto serán más numerosas a menos que se establezcan salvaguardias adecuadas. La interacción entre las limitaciones personales y sociales lo que da lugar a la discapacidad, que a menudo priva a las personas afectadas de la igualdad de oportunidades para ejercer una amplia serie de derechos humanos y libertades fundamentales.²¹²

La salud, es un derecho humano social, y como cada uno de los derechos tiene personalidad propia y un sujeto de protección jurídica particular por lo tanto se “[Se] debe tener como referente la aceptación de los derechos humanos, con las implicaciones que conlleva,

²¹⁰ Leticia Vita, sobre: Carlos Lema Añón, *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud*, Madrid, Dykinson, 2012, 116 p.

²¹¹ *Ibidem.*, p. 47.

²¹² *Ídem*

como aceptar al sujeto titular de derechos humanos (situación que pocas veces ocurre en las personas con discapacidad psicosocial), la necesidad de un marco de exigibilidad jurídica y, ante todo, una definición del bien jurídico que se busca proteger.”²¹³

El derecho a la salud involucra algunos otros derechos como son: el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional; deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación; deben ser físicamente accesibles y estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, especialmente de los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables tomando siempre en cuenta la parte económica. El Estado debe de hacer todo lo posible, a pesar de la limitación de los recursos, para hacer efectivo el derecho a la salud, pues algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, como es el de garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna.²¹⁴

La finalidad de esta concepción igualitaria de los derechos humanos, y en específico el derecho a la salud, es que se garantice su acceso a través de una reconstrucción que Gerardo Pisarello la describe como

Una reconstrucción democrática de las garantías de los derechos sociales que sea más participativa y menos institucionalista. Esta reconstrucción tendría que descansar en el principio de que, más allá de las diferentes mediaciones jurídico – institucionales que pueden establecerse, las garantías de cierre en materia de derechos sólo pueden ser garantías sociales, es decir, formas de tutela que involucren a los propios titulares de los derechos en la defensa y conquista de los mismos.²¹⁵

En palabras más simples, las garantías del cumplimiento de los derechos tendrían que involucrar directamente a los titulares de los derechos, o sea, las personas que padecen alguna

²¹³ HERRERA, Agustín, “El derecho a la salud...” *op. cit.*, p.86.

²¹⁴ *Ibidem.*, pp. 92-93.

²¹⁵ PISARELLO, Gerardo, “Los derechos sociales y sus garantías: por una reconstrucción democrática, participativa y multinivel”, en su libro *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*, Madrid, Editorial Trotta, 2007, pp. 112 – 113.

enfermedad mental, darles a conocer cuáles son sus derechos en su totalidad y de este modo empoderarlos. En caso de que su enfermedad no les permita desempeñarse en esta actividad, el cuidador primario sería en este caso su representante.

3.2. Legislación nacional

El cambio en el país es lento y actualmente no existe ningún organismo que regule el cumplimiento del derecho humano a la salud en los pacientes psiquiátricos. En este caso la pregunta es ¿qué hace el Estado para que se estudie más el tema? Se tienen varias respuestas a este planteamiento como son, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Plan de Desarrollo Nacional 2013 – 2018 y la Ley General de Salud.

Comenzando por el artículo 4º de la Constitución Política que dice que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”²¹⁶

En el Plan de Desarrollo Nacional 2013 – 2018, el máximo representante del país, el Presidente Enrique Peña Nieto, expone que el desarrollo sería a través de diferentes áreas una de las cuales es el México Incluyente, que propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales, y cerrar las brechas de desigualdad social que aún nos dividen.

En el Plan Nacional de Desarrollo se generaron objetivos para cerrar la brecha de exclusión, los siguientes son:

En el objetivo del tránsito hacia una sociedad equitativa e incluyente, una línea de acción es fortalecer a los actores sociales que promueven el desarrollo social de los grupos en situación de vulnerabilidad y rechazo.

En el objetivo de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal una acción a tomar es garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

²¹⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4.

En el objetivo de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad la acción que más interesa es el garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.²¹⁷

La Ley General de Salud en temas generales de acceso a la salud establece:

- Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
 - I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus actividades;
 - II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana;
 - III. La protección y el acercamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
 - IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
 - V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
 - VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
 - VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Por su parte la Ley General de Salud contribuye a este tema dedicando el capítulo siete a la salud mental, de este capítulo se pueden resaltar varios puntos importantes:

- Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario.

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de estos servicios.²¹⁸
- Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de

²¹⁷ GOBIERNO DE LA REPÚBLICA MEXICANA, “México Incluyente”, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018*. México, Gobierno de la República, 2012, pp. 43 – 53 y 115 – 120.

²¹⁸ Ley General de Salud, art. 72.

salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención;

VII. La participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud.²¹⁹

- Artículo 75.- Las autoridades sanitarias deberán coordinarse con los organismos públicos de protección a los derechos humanos para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas.²²⁰

De manera internacional en los tratados firmados por México, se procura el derecho a la salud de la siguiente manera:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el artículo 12 establece:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños;
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

²¹⁹ Ley General de Salud, art. 73, frac. IV y VIII.

²²⁰ Ley General de Salud, art. 75.

- d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.²²¹

La Carta de las Naciones Unidas en el capítulo IX, artículo 55 establece que:

“Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá:

- a. Niveles de vida más elevados, trabajos permanentes para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;
- b. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y
- c. El respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.”²²²

Por otro lado, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad:

j. Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso.²²³

Establece en el artículo 4 que:

- Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la siguiente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.²²⁴

²²¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

²²² Carta de las Naciones Unidas, capítulo IX, art. 55.

²²³ Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo, inciso j.

²²⁴ *Ibidem.*, art. 4.

En el artículo 25 establece que:

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estado Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de las misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un conocimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán porque esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”²²⁵

²²⁵ *Ibidem.*, art. 25.

CAPÍTULO CUARTO

CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

4.1. ¿Qué es un instrumento de medición?

“Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente.”²²⁶ En la actualidad no existe ningún organismo que cuente con un instrumento validado en México que mida el cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas desde la perspectiva del paciente. Derechos Humanos en salud mental es complejo y por esto poco estudiado.

En los fenómenos psicológicos o sociales, es muy común que el fenómeno de interés resulte muy complejo y presente características en diferentes niveles, en donde las definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías que no se pueden especificar,²²⁷ por lo tanto, los instrumentos de medición adquieren particular importancia cuando la variable a medir es subjetiva, es decir, la definición de la entidad a medir y sus componentes presentan un alto nivel de variabilidad;²²⁸ por ello es necesario agrupar las características en factores o dominios. Por este motivo, los instrumentos de medición son centrales para clasificar las observaciones.

Los instrumentos de medición adecuados son aquellos que capturan verdaderamente la “realidad” que el investigador desea capturar; registran datos observables que representen realmente las variables que el investigador propone.

La investigación cuantitativa con un instrumento de medición, se divide en dos fases: la fase de construcción y la fase de validación.

4.2. Revisión de otros instrumentos de medición

Se realizó una revisión de instrumentos de medición que tuviese una temática similar, ello con la finalidad de confirmar que el instrumento en desarrollo es innovador y mide cosas que, hasta

²²⁶ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto *et. al.*, *Metodología de la Investigación*, McGraw – Hill Interamericana, México, 2004, pp. 92 y 132.

²²⁷ *Ibidem.*, p. 304.

²²⁸ LAMPREA, Julio Alejandro y GÓMEZ – RESTREPO, Carlos, “Validez en la evaluación de escalas” en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, núm. 2, Bogotá, 2007, p. 340.

el momento, en México, no se miden. El resultado de la investigación se ilustra en la siguiente tabla:

Nombre del instrumento	Autores y año de publicación	Constructo que mide	Limitaciones
Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una Interrupción Legal del Embarazo (ILE), con base al indicador de trato digno	Verónica Maricruz De la Fuente-Maldonado, Vanesa Omaña-Martínez, E. Mahuina Campos-Castolo, Etelvina Zavala-Suárez. (2010).	El trato digno es una dimensión de los principios éticos de una atención con calidad y se define abarcando los siguientes rubros: <ul style="list-style-type: none"> • El respeto a los derechos humanos y a las características de la persona. • La información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de ella. • Interés manifiesto en la persona, sus mensajes, Sensaciones y sentimientos. • Amabilidad en el trato. Existen factores que predisponen a una deficiencia en el trato digno, como son el exceso de procesos burocráticos, excesiva carga de trabajo del personal y la tendencia a la desprofesionalización, derivando a modo de consecuencia, en que la mujer no sea vista como ser biológico, psicológico, social y espiritual. 	Se enfoca en mujeres que acuden a ILE.
Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes	Joan Guix Oliver / Joan Fernández Ballart / Joan Sala Barbany. (2006).	En 1973 nace la primera declaración explícita de derechos de los pacientes formulada por la Asociación Americana de Hospitales. Los pacientes, mediante documentos como la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes del año 2003, también se han definido respecto a temas como el respeto a los valores y la autonomía del paciente, la relación médico-enfermo, la participación de los pacientes en las decisiones y prioridades, y el respeto y la confianza mutua entre médicos y pacientes.	Se enfoca en pacientes, enfermeras y médicos
Percepción del usuario del trato digno por	Citlali García-Gutiérrez,	“Trato Digno por Enfermería” (TDE), se define como “la	Se enfoca en trato digno

enfermería en un hospital del Estado de México	Irma Cortés-Escarcéga. (2012).	percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”.	hacia pacientes por parte de personal de enfermería.
Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa del hospital general de zona 11 del IMSS.	Martha Elvia Sánchez Chiñas. (2012).	“Trato digno. Es el derecho de los usuarios a ser tratados como persona, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratadas cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema.	Enfocado a pacientes de la consulta externa.

4.3. Concepto de Derechos Humanos: de la teoría a la práctica

En la fase inicial se comenzó con el desarrollo del constructo del instrumento, para ello se buscaron las acciones específicas del fenómeno que se busca medir, es decir, que elementos intervienen en la definición de Derechos Humanos. Para llevar a cabo lo anterior, se realizó una revisión teórica de los elementos que componen el concepto de Derechos Humanos; los elementos que se revisaron fueron dignidad, discapacidad psicosocial, trato digno, derecho humano a la salud, necesidades.

4.3.1. Dignidad Humana

Desde la fundamentación de la metafísica de las costumbres de Kant argumenta que, “[Todo] tiene o un precio o una dignidad. Lo que tiene un precio puede ser sustituido por otra cosa como equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite equivalente, posee dignidad.”²²⁹ Inspirándose en Kant, Habermas cita el concepto de dignidad humana como el requerimiento moral que exige tratar a toda persona como un fin en sí mismo; sin embargo, Habermas, en cierto sentido, visibiliza que el concepto de dignidad – que es inherente a los Derechos Humanos puesto que “la defensa de los derechos humanos se nutre de la indignación de los humillados por la violación de su dignidad humana”²³⁰ – es difícilmente universal, debido a que, aunque todo ser humano al tener un valor tiene una dignidad y tiene derechos, el reconocimiento de ellos comúnmente tiene que ser otorgado socialmente, expresa que:

²²⁹ KANT, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Trad. Manuel García Morente, Ediciones Encuentro, Madrid, 2003 cit. por HABERMAS, Jürgen, “El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos” en *Diánoia*, núm. 64, México, mayo 2010, p. 5.

²³⁰ *Ibidem.*, p. 6.

La dignidad humana que es una y la misma en todas partes y para todo ser humano, fundamenta la indivisibilidad de todas las categorías de los derechos humanos, [...] es el eje conceptual que conecta la moral del respeto igualitario de toda persona con el derecho positivo y el proceso de legislación democrático, de tal forma que su interacción puede dar origen a un orden político fundado en los derechos humanos.²³¹

Y continúa diciendo que “la dignidad universalizada que se predica de todas las personas por igual preserva la connotación del respeto propio (self-respect) que depende del reconocimiento social. [...] Requiere estar anclada a un estatus social; esto es, como pertenencia a una comunidad situada espacial y temporalmente.”²³² En otras palabras, “está asociada con la diferenciación jerárquica de rango y estatus, “dignidad” hoy en día transmite la idea de que todos los seres humanos pertenecen al mismo rango, que es, efectivamente, uno muy alto.”²³³

4.3.2 Discapacidad psicosocial

La discapacidad se produce porque la sociedad no tiene la forma de alojar a una persona con características diferentes y por ello no la habilita a desarrollar sus capacidades potenciales. Así, la discapacidad se produce entre la persona y la sociedad. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de los individuos, enfatizando la valoración de cada sujeto y el respeto de las diferencias. Sus principios son la vida independiente, la no discriminación y la accesibilidad universal, desde un enfoque de derechos humanos.²³⁴

La discapacidad psicosocial es “la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas.”²³⁵ Las disfunciones mentales que comúnmente se asocian a discapacidad psicosocial son depresión,

²³¹ *Ibidem.*, pp. 9-10.

²³² *Ibidem.*, p. 14.

²³³ WALDRON, Jeremy, “Dignity and Rank” en *European Journal of Sociology* en *European Journal of Sociology*, núm. 2, Cambridge, diciembre 2007, p. 201.

²³⁴ ARDILA – GÓMEZ, Sara *et. al.*, “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales” en *Salud Colectiva*, núm. 2, Buenos Aires, 2006, p. 267.

²³⁵ Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, “Salud Mental y Discapacidad Psicosocial” en *Gobierno*, <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial>, consulta: 9 de octubre de 2018.

trastorno de ansiedad, psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizo – afectivo y trastorno dual.²³⁶

Debido a que las personas con discapacidad psicosocial a lo largo de la historia han sido uno de los colectivos más discriminados, se ha planteado cambiar el paradigma bajo el cual son atendidos. “De un modelo asistencialista institucionalizante que se ha demostrado ineficaz, estigmatizante y violatorio de derechos humanos, a un modelo que reconozca la calidad de persona y su derecho a ser parte integrante de la sociedad, viviendo en la comunidad y recibiendo allí los cuidados y las ayudas necesarias.”²³⁷ Las personas con discapacidad psicosocial son discriminadas en todos los ámbitos, incluido el ámbito jurídico, pues en México comúnmente son excluidas del igual reconocimiento ante la ley, se les considera que carecen de capacidad jurídica, por lo tanto, son impedidas de ejercer sus derechos frente a terceros por esta supuesta incapacidad socialmente impuesta; comúnmente se sustituye su voluntad por la de un tutor, familiar o responsable legal que no siempre vela por los intereses de la persona que padece la discapacidad psicosocial.²³⁸ Como Mercedes Torres concluye:

Es por ello la importancia y la necesidad de observar, documentar, informar, concientizar y sensibilizar sobre la situación de extrema vulnerabilidad y sistemática violación a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial internadas en hospitales psiquiátricos y albergues donde parece ser la única opción disponible en nuestro país para las personas con esta realidad.²³⁹

4.3.3. Trato digno

Dentro de los principios éticos que componen la calidad de la atención se encuentra el trato digno, que se refiere al “derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la

²³⁶ *Ídem.*

²³⁷ TORRES, Mercedes, “Discapacidad psicosocial y derechos humanos en México” en *Consejo Nacional para la Prevenir la Discriminación*, https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=393&id_opcion=231&op=448, consulta: 9 de octubre de 2018.

²³⁸ *Ídem.*

²³⁹ *Ídem.*

extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad puede establecer.”²⁴⁰

Guadalupe Nava y Patricia Zamora del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, definen el trato digno como:

La percepción que tiene, el paciente o familiar de la relación y atención prestada por el personal durante su estancia hospitalaria. Es un aspecto esencial que se debe cuidar en la relación persona-persona, pues el personal está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguren una calidad de atención a los usuarios y familiares para el establecer trato humano, personalizado y profesional que se proporciona en cada intervención.²⁴¹

Continúan afirmando que es un elemento de la dimensión interpersonal que engloba el respeto, la información veraz y oportuna, el interés, la amabilidad, una buena atención médica y el respeto a los derechos humanos.

Dado que la dignidad es un concepto inherente a los Derechos Humanos, el trato digno tiene que reforzar la idea de que las personas con discapacidad tienen un papel en la sociedad y que, al igual que las enfermedades físicas, las enfermedades mentales se deben atender como un área más de la salud.

4.3.4. Derecho a la Salud

Parte de la lucha por los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial es el reconocimiento y el respeto del Derecho Humano a la salud, este derecho, es una de las premisas de la medicina social latinoamericana, y debido al complejo proceso de salud, enfermedad y cuidado se requiere de una “política de integralidad de derechos.”²⁴² En el proceso de cumplimiento de este derecho se deben tener en cuenta a cada sujeto, sus diferencias, el cumplimiento de sus necesidades básicas con calidad y dignidad – tener una buena atención

²⁴⁰ CARRILLO – MARTÍNEZ, Mónica *et. al.*, “Cumplimiento del indicador de calidad de trato digno proporcionado por el personal de enfermería” en *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, núm. 3, Monterrey, 2009, p. 140.

²⁴¹ NAVA, Ma. Guadalupe y ZAMORA, Patricia, “Percepción del trato digno de los familiares enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” en *Enfermería Neurológica*, núm. 1, México, 2010, p. 32.

²⁴² STOLKINER, Alicia, “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” en *Medicina Social*, núm. 1, Nueva York, marzo 2010, p. 92.

médica, estar suficientemente alimentado, tener alojamiento, libertad de movimiento, disfrutar de actividades recreativas, entre otras – y el trato digno.

El Derecho Humano a la salud se desprende de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante DESC), estos derechos son vinculantes y de aplicación inmediata, lo que quiere decir (hablando del tema del derecho a la salud) es que, si alguien enferma o su salud se ve deteriorada, el Estado o en su caso las instituciones de salud, públicas o privadas, tienen la obligación de atender al individuo.

En América Latina se ha hecho explícito el discurso sobre la salud como un Derecho Humano, con ello los países se comprometen a garantizar el acceso de todas las personas a los servicios médicos. “Muchos países han llevado este compromiso a la práctica incorporando principios y estándares de los derechos humanos en sus respectivas constituciones y legislaciones, junto con políticas y programas de salud.”²⁴³ Para el año 2014, “el derecho a la salud está incorporado en 18 constituciones de la región, y otros 5 países incluyeron la protección social para la salud como un principio básico del sistema de salud.”²⁴⁴

La importancia de que la salud sea tomada como un derecho humano es que se traduce en la igualdad de las personas, el que reciban un trato justo y digno, sin importar su condición social, raza, nacionalidad, sexo o cultura. Sin embargo “la inaceptable desigualdad en salud vislumbrada en el escenario internacional ha aumentado con la globalización. [...] Tratar la salud como derecho humano universal significa entenderla como el resultado de una construcción que posee una dimensión histórica y política con impactos sociales reales.”²⁴⁵

4.3.5. Necesidades básicas

La necesidad básica, citando a Wiggins, es aquello que “en todos los mundos posibles en donde existan las mismas leyes de la naturaleza, las mismas condiciones ambientales y una determinada constitución humana, los seres humanos sufrirían un daño si no tienen acceso a los

²⁴³ YAMIN, Alicia y FRISANCHO, Ariel, “Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina” en *MEDICC Review*, núm. 17, Cuba, 2015, p. S5.

²⁴⁴ *Ídem*.

²⁴⁵ MANCHOLA, Camilo *et al.*, “El acceso a la salud en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos” en *Ciência & Saúde Coletiva*, núm. 7, Río de Janeiro, 2017, pp. 2157 – 2158.

bienes que las satisfagan.”²⁴⁶ En otras palabras, serían “los factores objetivos indispensables para la supervivencia y la integridad psicofísica de los seres humanos.”²⁴⁷ Por lo que se puede decir que “las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos.”²⁴⁸

Siguiendo la teoría de Martha Nussbaum, entre las funciones humanas básicas destacan las siguientes: poder vivir hasta el final de una vida humana completa; tener buena salud, estar suficientemente alimentado, tener alojamiento y libertad de movimiento; evitar el dolor innecesario y perjudicial, tener experiencias placenteras; usar los cinco sentidos, imaginar, pensar y razonar; relacionarse con personas y cosas fuera de nosotros mismos, amar a quienes nos aman y se preocupan de nosotros, sentir pena por su ausencia; formarse una concepción del bien y comprometerse a una reflexión crítica acerca de la planificación de la propia vida; vivir con y para otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, comprometerse en varias formas de interacción familiar y social; vivir preocupado por animales, plantas, y el mundo de la naturaleza; reír, jugar, disfrutar de actividades recreativas; vivir la propia vida y la de nadie más en el propio entorno y contexto.²⁴⁹

4.3.6. Vulnerabilidad

“Los sujetos más vulnerables son aquellos cuyas necesidades o intereses se encuentran amenazados o insatisfechos a causa de la posición política, social, cultural o económica que ocupan en la comunidad.”²⁵⁰ Por lo anterior, las personas con discapacidad psicosocial, que normalmente se enfrentan a una doble problemática, los síntomas de la propia enfermedad y el estigma, son uno de los grupos con mayor vulnerabilidad puesto que “la sujeción y dependencia

²⁴⁶ DIETERLEN, Paulette, “Derechos, necesidades básicas y obligación institucional” en Alicia Ziccardi (Comp.), *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, 2001, p. 14.

²⁴⁷ RIECHMANN, Jorge, “Necesidades: algunas delimitaciones en las que acaso podríamos convenir” en Jorge Riechmann (Coord.), *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*, Los libros de la catarata, Madrid, 1998, p. 7.

²⁴⁸ MAX – NEEF, Manfred, *Desarrollo a escala humana*, Icaria, Barcelona, 1994 cit. por. RIECHMANN, Jorge, “Necesidades: algunas delimitaciones...”, *op. cit.*, p. 9.

²⁴⁹ Cf. NAUSSBAUM, Martha, “Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico” en Jorge Riechmann (Comp.), *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades básicas, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*, Los libros de la catarata, Madrid, 1998 cit. por. DIETERLEN, Paulette, *op. cit.*, pp. 15-16.

²⁵⁰ APARICIO, Marco y PISARELLO, Gerardo, “Los derechos humanos...” *op. cit.*, p. 147.

de otros, en definitiva, constituye un factor central para determinar las posiciones de vulnerabilidad y de poder en el ejercicio de los derechos y de los deberes.”²⁵¹

El tener necesidades básicas constituye una forma de vulnerabilidad, puesto que las personas que carecen de los medios necesarios de subsistencia, por las razones que fuesen, dependen del ejercicio de poder de aquellos que pueden proporcionarles o negarles los medios de vida, como es el caso de los cuidadores, familiares o responsables legales. Por ello, las personas que no pueden satisfacer sus necesidades básicas se encuentran en una situación de vulnerabilidad, pues estas necesidades reflejan falta de poder.²⁵²

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, reconoce la importancia de la protección de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas, debido a que por su situación de privación de libertad presentan una particular situación de vulnerabilidad.²⁵³

4.4. Desarrollo del constructo

Debido a que el cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial dentro de la institución psiquiátrica y desde el punto de vista del propio paciente es complicado de observar directamente y su operacionalización a partir de una revisión teórica implica muchas características particulares, se agruparon todos los elementos que componen el fenómeno en dominios más gruesos, es decir, características generales que por lo regular siempre están presentes. Los dominios con los que se observa el fenómeno del cumplimiento de los Derechos Humanos, de acuerdo con los elementos que se revisaron teóricamente, son:

1. Alimentación
2. Alojamiento y calidad de las instalaciones
3. Buena atención médica
4. Información veraz y oportuna
5. Libertad de movimiento

²⁵¹ *Ídem.*

²⁵² DIETERLEN, Paulette, *op. cit.*, p. 19.

²⁵³ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, a instancia de su Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad, <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>, consulta: 9 de octubre de 2018.

6. Respeto y amabilidad
7. Derecho humano a la salud

4.4.1. Revisión teórica de los dominios

Al igual que en los elementos que conforman el concepto de Derechos Humanos, se realizó una breve revisión teórica de cada uno de los dominios, para así, poder redactar los reactivos que componen el instrumento.

4.4.1.1. Alimentación

El servicio de alimentación de un establecimiento de salud es un elemento importante de la acogida institucional ofrecida al paciente hospitalizado y diversos estudios la han identificado como uno de los principales predictores de satisfacción. Factores como la temperatura, el sabor, la variedad y cantidad de los alimentos servidos, así como los horarios y el trato del personal pueden influir en la satisfacción.²⁵⁴

Cuando una persona está institucionalizada, es fundamental que el paciente consuma los alimentos adecuados a su situación y/o capacidad, utilizando todos los medios posibles como la alimentación convencional o los alimentos con una preparación adecuada a su problemática.²⁵⁵

4.4.1.2. Alojamiento y calidad de las instalaciones

“Cuando el Estado priva a una persona de la libertad está obligado a tratarla humanamente y con absoluto respeto a su dignidad, debe garantizar un nivel mínimo de bienestar respecto a las condiciones de alojamiento con las que deben contar las instituciones.”²⁵⁶ Ello se traduce en una “estancia digna, higiénica, con ventilación, instalaciones sanitarias adecuadas, planchas para dormir, iluminación natural y artificial, así como la exigencia para disponer de agua para el aseo personal.”²⁵⁷

²⁵⁴ MEZA, Jeniffer y ORTÍZ, Fabiola, *Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados*, tesis, Lima, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, 2017, p. 9.

²⁵⁵ ORTEGA, Rosa *et. al.*, “Alimentación oral en la mejora nutricional en hospitales y residencias. Innovaciones de la industria” en *Nutrición Hospitalaria*, núm. 4, Madrid, 2017, p. 16.

²⁵⁶ MECANISMO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA, “Informe de supervisión 1/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre lugares de privación de libertad que dependen del gobierno y de la fiscalía general del estado de Querétaro”, Querétaro, marzo 2018, p. 7.

²⁵⁷ *Ídem*.

Las personas con discapacidad psicosocial que se encuentren privadas de su libertad en una institución psiquiátrica “deberán disponer de espacio suficiente, exposición diaria a la luz natural, ventilación y calefacción apropiadas, según las condiciones climáticas del lugar de privación de libertad. Se les proporcionará una cama individual, ropa de cama apropiada, y las demás condiciones indispensables para el descanso nocturno.”²⁵⁸

Mientras se encuentren institucionalizadas, “tendrán acceso a instalaciones sanitarias higiénicas y suficientes, que aseguren su privacidad y dignidad.”²⁵⁹ Así mismo, la institución deberá proveer productos básicos de higiene personal, artículos indispensables para las necesidades propias de su sexo y agua para el aseo personal, conforme a las condiciones climáticas; y de igual manera el vestido que se les proporcione será adecuado a las condiciones del clima.²⁶⁰

Las personas con discapacidad psicosocial son exactamente iguales que otros enfermos, por lo que es imperativo que su entorno hospitalario se enfoque en la mejora del paciente y su objetivo, además de la mejoría del paciente, debería de orientarse hacia la prevención y promoción de la salud mental comunitaria.²⁶¹

4.4.1.3. Buena atención médica

Para los usuarios de las instituciones de salud, la calidad está representada por las características del proceso de atención en 45% de los casos (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico); por el impacto o el resultado en su salud, con 21%; por las características de la estructura física, humana y organizacional, con 18%, y por condiciones relativas a la accesibilidad, con 16%. Los motivos que definen la mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera (24%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%).²⁶²

²⁵⁸ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *op. cit.*, p. 11.

²⁵⁹ *Ibidem.*, p. 12.

²⁶⁰ *Ídem.*

²⁶¹ SÁNCHEZ, Natividad y DÍAZ, Estrella, “Adolf, Meyer, Grosvenor Atterbury y la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps, (...) devolviendo a la definición de hospital el significado completo de hospitalidad” en *Revista de Historia de la Psicología*, núm. 3/4, Valencia, octubre 2008, pp. 226-227.

²⁶² RAMÍREZ – SÁNCHEZ, Teresita *et. al.*, “Percepción de la calidad de la atención de los servicios médicos de salud en México: perspectiva de los usuarios” en *Salud Pública México*, núm. 1, Morelos, 1998, p. 7.

No hay que perder de vista que la vida y la salud del paciente dependen tanto del tratamiento y de los procedimientos como de la buena atención del personal de salud, por ello es fundamental garantizar la calidad de las instalaciones, procedimientos, terapias y atención médica.²⁶³

Los usuarios enfermos perciben que la calidad fue mala por los tiempos de espera, por el mal trato personal y por el nulo efecto de los medicamentos en su salud. Los cuidadores, familiares o responsables legales, refieren también que la calidad fue mala por los tiempos de espera, pero en segundo lugar informan los tiempos de consulta cortos.²⁶⁴

4.4.1.4. Información veraz y oportuna

Se refiere a que la información pertinente a la salud y atención de las personas esté completa, sea verídica y que sea recibida en el momento requerido o necesario. Tiene que ser susceptible de ser entendida por la persona con discapacidad psicosocial o por quienes lo acompañan.²⁶⁵ Es importante que la información sobre el diagnóstico y el tratamiento que el personal de salud otorgue contenga la información sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos.²⁶⁶

4.4.1.5. Libertad de movimiento

Los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, señala que “las personas privadas de libertad tendrán derecho a participar en actividades culturales, deportivas, sociales, y a tener oportunidad de esparcimiento sano y constructivo.”²⁶⁷

4.4.1.6. Respeto y amabilidad

Toda persona con discapacidad psicosocial tiene derecho a ser tratada con respeto y amabilidad. El trato por parte del personal de salud debe ser integral, en donde se respete su contexto social, económico y familiar, sus preferencias y necesidades específicas. Para lograrlo, la atención tiene que ser individual, debido a que el comportamiento variará de acuerdo al proceso de salud –

²⁶³ VARAS, Jorge *et. al.*, “Seguridad del paciente y calidad en atención hospitalaria: Desafíos permanentes” en *Rev. Obstet. Ginecol*, núm. 1, Santiago, 2008, p. 33.

²⁶⁴ *Ibidem.*, pp. 5, 7.

²⁶⁵ CARRILLO – MARTÍNEZ, Mónica *et. al.*, *op. cit.*, p. 140.

²⁶⁶ Ley General de Salud, art. 51, Bis 1.

²⁶⁷ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *op. cit.*

enfermedad; se tiene que enfatizar el respeto por la intimidad del paciente, así como sus valores, etnia y creencias religiosas. El personal de salud debe mostrar una actitud de atención e interés por servir a la persona con discapacidad psicosocial institucionalizada, en esta actitud tiene que predominar el respeto y la cordialidad.²⁶⁸

4.4.1.7. Derecho a la Salud: aplicabilidad

Tocado ya anteriormente, este punto se complementará mencionando que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH) a través de su documento de Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en su Principio X reconoce que las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas, al estar privadas de libertad:

Tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente del personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; [...] y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo.²⁶⁹

“En toda circunstancia, la presentación del servicio de salud deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico – paciente.”

Dentro de este mismo documento, el principio XX menciona que el personal que labore en los lugares donde se prive de libertad, recibirá capacitación periódica especializada, siempre con énfasis social, sobre derechos humanos, sobre los principios y reglas nacionales e internacionales relativos al uso de la fuerza, armas de fuego y contención física, y sobre derechos, deberes y prohibiciones en el ejercicio de sus funciones.

²⁶⁸ ORTEGA, Susan, *Opinión de los familiares sobre la calidad de la atención de enfermería al paciente psiquiátrico en los pabellones de pacientes agudos Hospital V. Larco Herrera*, tesis, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008, pp. 42-44.

²⁶⁹ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *op. cit.*

4.4.2. Constructo

Debido a que la variable que se busca medir con este instrumento no se identifica directamente, sino que se construye a partir de diferentes dimensiones o dominios,²⁷⁰ se definieron y se revisaron teóricamente las dimensiones fundamentales y sus categorías para poder representar en acciones el respeto de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas. Una vez realizada la revisión teórica, de acuerdo a las diversas fuentes, el constructo del instrumento de medición es: el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas es un proceso encaminado a fomentar conductas que generen un cambio en la concepción del trato digno a las personas con discapacidad psicosocial. Este proceso engloba, buena atención médica – tiempos de espera cortos, tiempo de consulta suficiente para satisfacer todas las inquietudes de las personas, cumplimiento de las expectativas de la persona con discapacidad psicosocial y/o cuidador primario informal, efectividad del medicamento, diagnóstico correcto, características de las instalaciones, elementos necesarios para la atención de su padecimiento –, estar suficientemente alimentado - que el paciente consuma los alimentos adecuados a su situación/capacidad; temperatura, el sabor, la variedad y cantidad de los alimentos servidos, así como los horarios –, tener alojamiento – calidad de las camas y de las áreas comunes, calidad de los baños y de su vestimenta –, libertad de movimiento – disfrutar de actividades recreativas –, el respeto, la información veraz y oportuna – que sea comprensible a la persona con discapacidad psicosocial y/o cuidador primario informal, que la información del tratamiento esté completa y sea la mejor opción – el interés, la amabilidad y el respeto a los derechos humanos.

De acuerdo a la definición anterior, el instrumento de medición será capaz de discriminar las actitudes que conforman el respeto a los derechos humanos de las personas con algún padecimiento mental. Con lo anterior se podrán diseñar los reactivos de cada dimensión que en su conjunto conformarán la escala DDH1.

4.5. Reactivos

Con base en lo mencionado en el apartado anterior, las dimensiones se conformaron de la siguiente manera:

1. Alimentación: 11 reactivos.

²⁷⁰ LAMPREA, Julio Alejandro y Gómez – Restrepo, Carlos, *op. cit.*, p. 348.

2. Alojamiento y calidad de las instalaciones: 13 reactivos.
3. Buena atención médica: 14 reactivos.
4. Información veraz y oportuna: 9 reactivos.
5. Libertad de movimiento: 9 reactivos.
6. Respeto y amabilidad: 19 reactivos.
7. Derecho humano a la salud: 10 reactivos

La siguiente tabla mostrará los reactivos por dimensión que conforman la escala inicial DDH1.

Buena atención médica	
1	Estuvo bien atendido dentro de la institución
2	Cuando llegó el personal se presentó
3	El médico platicó con usted sobre su estado de salud
4	En general el trato que recibió fue malo
5	El personal de salud se interesó por que su estancia fuera buena
6	En esta misma institución atendieron sus otros problemas de salud
7	Si alguna vez se sintió mal le dieron atención y tratamiento inmediato
8	Durante su estancia el dentista lo revisó
9	El tiempo de consulta duraba lo necesario
10	Cuando tuvo dudas el médico le respondió con paciencia
11	Si tiene dudas sabe que puede pedir la opinión de otro médico
12	Sabe lo que es el consentimiento informado
13	Se siente mejor de salud con el medicamento y las terapias
14	Sus familiares firmaron un consentimiento informado para su internamiento
Alimentación	
15	Le dieron de comer tres veces al día
16	Lo que le dieron de comer sabía rico
17	Le dieron de comer de acuerdo a sus necesidades de salud
18	Con la cantidad de comida que le daban se sentía satisfecho
19	Fue con el nutriólogo para saber lo que necesitaba comer
20	Le proporcionaron cubiertos a la hora de comer
21	Le sirvieron la comida a buena temperatura

22	Durante su internamiento le dieron una colación/refrigerio entre cada comida
23	Le dieron diferentes cosas para comer
24	Alguna vez le hizo daño la comida
25	La comida se veía rica y saludable
Alojamiento y calidad de las instalaciones	
26	Se pudo bañar con agua caliente todos los días
27	La ropa que se puso estaba limpia y en buenas condiciones
28	Usó ropa adecuada al clima
29	La cama en donde durmió estaba limpia y cómoda
30	Los baños estaban limpios
31	Durante su internamiento tuvo calcetines en buen estado
32	Usó ropa interior limpia y en buen estado
33	La institución le proporcionó artículos de aseo personal (rastrillos, toallas femeninas, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, etc)
34	Durante su internamiento, le dieron zapatos en buen estado
35	El comedor estaba limpio
36	Le apoyaron para cortarse las uñas de las manos y los pies
37	La ventilación de las áreas era adecuada
38	Las instalaciones en general eran adecuadas
Libertad de movimiento	
39	Pudo salir a los jardines
40	Dentro de la institución, hizo actividades físicas
41	Realizó actividades recreativas
42	Acudió a los talleres (terapia ocupacional)
43	Platicó con sus compañeros
44	La institución organizó actividades recreativas en las que pudo participar
45	Cuando su familia lo visitaba estaban en un lugar cómodo
46	Durante su internamiento tuvo acceso a la televisión y al radio
47	Tuvo suficiente espacio para caminar libremente dentro de su sala
Respeto y amabilidad	
48	El personal respetó su intimidad
49	Sus compañeros respetaron su intimidad

50	Recibió la información sobre su padecimiento en privado
51	Pudo hablar libremente durante su consulta
52	Le pusieron apodosos que no le gustaban
53	Alguna vez le hablaron con groserías
54	Se burlaron de usted
55	Algún paciente lo tocó de forma inapropiada
56	Si alguien lo molestaba el personal lo defendía
57	El personal hizo que otros se burlaran de usted o le pegaran
58	Alguien lo trató mal
59	El personal lo amenazó o castigó
60	Alguien del personal lo tocó de forma inapropiada
61	Respetaron sus creencias religiosas
62	Los doctores lo trataron bien
63	El personal le hablaba por su nombre
64	Los camilleros lo trataron bien
65	Los enfermeros lo trataron bien
66	Tuvo acceso al buzón de quejas, sugerencias y/o felicitaciones
Información veraz y oportuna	
67	El personal le permitió hacer preguntas
68	Le explicaron todos los procedimientos y los tratamientos
69	Le explicaron los efectos secundarios de los procedimientos y los tratamientos
70	Fue suficiente la información que recibió sobre su tratamiento
71	Sus familiares fueron informados acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar
72	Fue informado acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar
73	El personal les dijo a sus familiares lo que debían hacer para cuidarlo
74	Le explicaron cuál es su enfermedad
75	Le explicaron por qué estaba en la institución
Derecho humano a la salud	
76	Conoce sus derechos como paciente
77	Sus derechos como paciente fueron respetados
78	Conoce sus obligaciones como paciente

79	El seguro pagó el total de su estancia en la clínica
80	El seguro le proporcionó todos sus medicamentos
81	Las terapias dentro de la clínica las pagó el seguro
82	Se les dio más preferencia a los hombres por encima de las mujeres
83	Hubo preferencia hacia algunas personas por su clase social o económica
84	Las terapias le sirvieron para volver a la vida social, familiar y laboral
85	El personal de salud usó la fuerza excesiva

4.6. Piloteo

El instrumento desarrollado – el cual se muestra en la tabla de abajo – se piloteó en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”²⁷¹ a 73 pacientes de consulta externa de los cuales el 65.75% fueron hombres y el 34.24% fueron mujeres. Del 100% de las personas a las que se les aplicó la prueba, 32.87% tienen trastornos afectivos, 43.83% están diagnosticados con esquizofrenia y 23.28% tienen algún trastorno neuropsiquiátrico.

ESCALA DDH1		
Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____		
Cuándo fue su último internamiento: _____ Padece alguna enfermedad crónica: _____		
En su último internamiento, cuánto tiempo estuvo internado: _____		
Instrucciones:		
A continuación se presentan una serie de preguntas, pensando en su último internamiento, marque 1 si está de acuerdo y 0 si no está de acuerdo		
		0 1
1	Estuvo bien atendido dentro de la institución	
2	Le dieron de comer tres veces al día	
3	Se pudo bañar con agua caliente todos los días	
4	Pudo salir a los jardines	
5	El personal respetó su intimidad	
6	El personal le permitió hacer preguntas	
7	Conoce sus derechos como paciente	
8	Sus familiares firmaron un consentimiento informado para su internamiento	
9	El personal de salud usó la fuerza excesiva	
10	Fue informado acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar	
11	La ropa que se puso estaba limpia y en buenas condiciones	
12	Platicó con sus compañeros	
13	Le pusieron apodos que no le gustaban	
14	El seguro pagó el total de su estancia en la clínica	
15	Le sirvieron la comida a buena temperatura	
16	Durante su internamiento tuvo acceso a la televisión y al radio	
17	Alguien del personal lo tocó de forma inapropiada	
18	El comedor estaba limpio	
19	En esta misma institución atendieron sus otros problemas de salud	
20	Sus compañeros respetaron su intimidad	

²⁷¹ Ver capítulo 1.2.2

21	Alguien lo trató mal		
22	La institución organizó actividades recreativas en las que pudo participar		
23	La institución le proporcionó artículos de aseo personal (rastrillos, toallas femeninas, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, etc)		
24	Fue con el nutriólogo para saber lo que necesitaba comer		
25	El tiempo de consulta duraba lo necesario		
26	Le explicaron todos los procedimientos y los tratamientos		
27	Los doctores lo trataron bien		
28	Se les dió mas preferencia a los hombres por encima de las mujeres		
29	La cama en donde durmió estaba limpia y cómoda		
30	Sabe lo que es el consentimiento informado		
31	Se burlaron de usted		
32	Le explicaron cuál es su enfermedad		
33	Las terapias dentro de la clínica las pagó el seguro		
34	Dentro de la institución, hizo actividades físicas		
35	Si alguien lo molestaba el personal lo defendía		
36	La ventilación de las áreas era adecuada		
37	Sus familiares fueron informados acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar		
38	Le dieron diferentes cosas para comer		
39	El personal de salud se interesó por que su estancia fuera buena		
40	Acudió a los talleres (terapia ocupacional)		
41	Sus derechos como paciente fueron respetados		
42	Tuvo acceso al buzón de quejas, sugerencias y/o felicitaciones		
43	Usó ropa interior limpia y en buen estado		
44	La comida se veía rica y saludable		
45	Tuvo suficiente espacio para caminar libremente dentro de su sala		
46	Recibió la información sobre su padecimiento en privado		
47	Fue suficiente la información que recibió sobre su tratamiento		
48	El seguro le proporcionó todos sus medicamentos		
49	Los camilleros lo trataron bien		
50	Durante su internamiento, le dieron zapatos en buen estado		
51	Lo que le dieron de comer sabía rico		
52	En general el trato que recibió fue malo		
53	El personal hizo que otros se burlaran de usted o le pegaran		
54	Las terapias le sirvieron para volver a la vida social, familiar y laboral		
55	Cuando su familia lo visitaba estaban en un lugar cómodo		
56	Le apoyaron para cortarse las uñas de las manos y los pies		
57	Cuando tuvo dudas el médico le respondió con paciencia		
58	Pudo hablar libremente durante su consulta		
59	El médico platicó con usted sobre su estado de salud		
60	Con la cantidad de comida que le daban se sentía satisfecho		
61	Algún paciente lo tocó de forma inapropiada		
62	Realizó actividades recreativas		
63	Conoce sus obligaciones como paciente		
64	El personal lo amenazó o castigó		
65	Le proporcionaron cubiertos a la hora de comer		
66	Durante su estancia el dentista lo revisó		
67	Alguna vez le hablaron con groserías		
68	Le explicaron por que estaba en la institución		
69	Las instalaciones en general eran adecuadas		
70	Cuando llegó el personal se presentó		
71	Alguna vez le hizo daño la comida		
72	Durante su internamiento tuvo calcetines en buen estado		
73	El personal les dijo a sus familiares lo que debían hacer para cuidarlo		
74	Hubo preferencia hacia algunas personas por su clase social o económica		
75	Respetaron sus creencias religiosas		
76	Usó ropa adecuada al clima		
77	El personal le hablaba por su nombre		
78	Si alguna vez se sintió mal le dieron atención y tratamiento inmediato		
79	Le dieron de comer de acuerdo a sus necesidades de salud		
80	Los baños estaban limpios		
81	Le explicaron los efectos secundarios de los procedimientos y los tratamientos		
82	Si tiene dudas sabe que puede pedir la opinión de otro médico		
83	Los enfermeros lo trataron bien		
84	Durante su internamiento le dieron una colación/refrigerio entre cada comida		
85	Se siente mejor de salud con el medicamento y las terapias		

La finalidad de este piloteo es conocer si los reactivos propuestos miden realmente lo que tienen que medir y si, la prueba en conjunto puede medir el respeto a los Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial.

Llevando a cabo un análisis estadístico en el programa R los resultados psicométricos por subescala fueron los siguientes:

1. Alimentación: Con 8 reactivos de 11, un alfa de .48 es aceptable, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala para un análisis inicial.
2. Alojamiento y calidad de las instalaciones: Con 13 de 13 reactivos, un alfa de 0.75 indica que todos los reactivos miden lo mismo, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala.
3. Buena atención médica: con 9 de 14 reactivos, un alfa de .63 es razonable, por lo que puede proceder a utilizar la subescala para un análisis inicial.
4. Información veraz y oportuna: Con 9 reactivos, un alfa de 0.75 indica que todos los reactivos miden lo mismo, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala.
5. Libertad de movimiento: Con 7 de 9 reactivos, un alfa de 0.74 indica que todos los reactivos miden lo mismo, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala.
6. Respeto y amabilidad: Con 9 de 19 reactivos, un alfa de 0.65 es razonable, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala para un análisis inicial.
7. Derecho humano a la salud: Con 7 reactivos de 10, un alfa de 0.60 es razonable, por lo que se puede proceder a utilizar la subescala.

4.6.1. Relaciones entre dimensiones

- La dimensión de respeto/amabilidad no está relacionada con ninguna de las otras dimensiones.
- Respeto a los DH solo se relaciona fuertemente con Alimentación de forma positiva. Es decir, a mayor respeto por los DH, mayor alimentación ($r = .45$, $p = .001$).
- Se encontró una relación positiva fuerte entre movimiento y alimentación, alojamiento, y atención médica.
- Se encontró una relación positiva fuerte entre información y alimentación, alojamiento, y atención médica.

- Atención médica está fuertemente relacionada de forma positiva con alimentación, alojamiento, información, y movimiento.
- Alojamiento está fuertemente relacionado de forma positiva con alimentación, atención médica, información, y movimiento.
- Alimentación presenta relaciones positivas fuertes con alojamiento, atención médica, información, movimiento, y respeto por los derechos humanos.

4.6.2. Análisis de las regresiones

Se realizó un análisis escalonado descendente a partir del modelo máximo para determinar el modelo mínimo con la función drop1 del paquete Stats²⁷², que emplea el criterio de Aikaike para definir el “mejor modelo”²⁷³. Para evaluar la colinearidad entre las variables del modelo mínimo se calcularon los factores de inflación de la varianza (VIF). Se obtuvieron los cocientes de correlación (η^2) – ellos expresan la proporción explicada de la variación total de la variable de respuesta, por cada variable explicativa, manteniendo el resto constante –. También se calculó la R^2 de la regresión múltiple del modelo mínimo – que expresa la proporción explicada de la variación total de la variable de respuesta, por el conjunto de variables explicativas en el modelo mínimo –. Para evaluar la significancia de las variables predictoras incluidas en el modelo mínimo, se efectuó el análisis de varianza simultáneo con la función Anova²⁷⁴ en el paquete car. Para la comparación de las medias de la variable de respuesta correspondientes a los niveles de cada factor, se empleó la técnica de comparaciones múltiples.

4.6.3. Interpretación de las regresiones

En la regresión de alimentación hubo dos modelos mínimos significativos; el primero fue alimentación y hace cuánto fue su último internamiento en la cual la R^2 múltiple fue de 0.083, lo cual indica que el modelo explica el 8.3% de la variación total de alimentación a través del conjunto de variables predictoras incluidas en el modelo mínimo. Los valores de VIF indican que no hubo suficiente evidencia indicando colinearidad entre estas variables, por lo que se concluye que las variables explicativas son independientes. Los resultados del análisis de

²⁷² CHAMBERS, John & HASTIE, Trevor, *Statistical models in S*, Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, Florida, 1992.

²⁷³ CRAWLEY, Michael, *Statistical Computing. An Introduction to Data Analysis using S-plus*. John Wiley & Sons, West Sussex, England, 2002.

²⁷⁴ FOX, John, “Companion to Applied Regression. R package version 3.0-5” in *Cran R Project*, <https://cran.r-project.org/web/packages/car/index.html>, consulta : 15 de noviembre de 2019.

varianza indicaron que si el factor hace cuánto tiempo fue su último internamiento aumenta en una unidad, la alimentación se reduciría 0.0009; el segundo modelo mínimo de la regresión de alimentación es alojamiento y sexo masculino en la cual la R^2 múltiple fue de 0.044, lo cual indica que el modelo explica el 4.4% de la variación total de alimentación a través del conjunto de variables predictoras incluidas en el modelo mínimo. Los valores de VIF indican que no hubo suficiente evidencia indicando colinearidad entre estas variables, por lo que se concluye que las variables explicativas son independientes. Los resultados del análisis de varianza indicaron que alojamiento aumenta 0.083 en participantes hombres con respecto a las mujeres.

La siguiente regresión que se analizó fue la de movimiento y su modelo mínimo significativo fue movimiento y sexo masculino con días de internamiento en la cual la R^2 múltiple fue de 0.115, lo cual indica que el modelo explica el 11.5% de la variación total de la variable movimiento a través del conjunto de variables predictoras incluidas en el modelo mínimo. El análisis de las η^2 reveló que la variable explicativa más importante es días de internamiento que por sí sola explica el 6.32.8% de la variación total de movilidad, manteniendo constantes las demás variables predictoras. El sexo de los participantes mostró una η^2 de 5.14%. Los valores de VIF indican que no hubo suficiente evidencia indicando colinearidad entre estas variables, por lo que se concluye que las variables explicativas son independientes. Los resultados del análisis de varianza indicaron que, manteniendo las demás variables del modelo constantes, si los días de internamiento aumenta en una unidad, movimiento se incrementaría en 0.003 y si el participante es hombre, movimiento aumenta 0.12 unidades respectivamente.

Finalmente se analizó la regresión de respeto a los derechos humanos en la cual su modelo mínimo significativo fue respeto a los derechos humanos con diagnóstico y hace cuánto tiempo fue su último internamiento. La R^2 múltiple fue de 0.167, lo cual indica que el modelo explica el 16.7% de la variación total de la variable movimiento a través del conjunto de variables predictoras incluidas en el modelo mínimo. El análisis de las η^2 reveló que la variable explicativa más importante es hace cuánto tiempo fue su último internamiento que por sí sola explica el 9.66% de la variación total de movilidad, manteniendo constantes las demás variables predictoras. El diagnóstico de los participantes mostró una η^2 de 7.24%. Los valores de VIF indican que no hubo suficiente evidencia indicando colinearidad entre estas variables, por lo que se concluye que las variables explicativas son independientes. Los resultados del análisis

de varianza indicaron que, manteniendo las demás variables del modelo constantes, si hace cuánto tiempo fue su último internamiento aumenta en una unidad, respecto a los derechos humanos se reduciría en 0.0014. En cambio, por cada cambio en la categoría diagnóstico con respecto a los derechos humanos aumenta 0.08 y 0.15 respectivamente.

4.6.4. Análisis final y resultados

Al ser esta aplicación un primer piloteo para el análisis factorial, se eliminaron directamente los reactivos que el programa estadístico sugirió, sin embargo aún quedan reactivos que eliminar en ciertas subescalas pero dado que el programa no detecta cuáles son, en una segunda fase de piloteo se tendrá que aplicar la prueba con los reactivos sugeridos por el programa estadístico y volver a hacer el análisis para seguir con el proceso de eliminación hasta llegar a un resultado en donde la prueba realmente mide el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas.

La prueba DDH1 para un segundo piloto quedó de la siguiente manera:

ESCALA DDH1		
Edad: _____	Sexo: _____	Diagnóstico: _____
Cuándo fue su último internamiento: _____	Padece alguna enfermedad crónica: _____	
En su último internamiento, cuánto tiempo estuvo internado: _____		
Instrucciones:		
A continuación se presentan una serie de preguntas, pensando en su último internamiento, marque 1 si está de acuerdo y 0 si no está de acuerdo		
		0 1
1	Estuvo bien atendido dentro de la institución	
2	Se pudo bañar con agua caliente todos los días	
3	Pudo salir a los jardines	
4	El personal le permitió hacer preguntas	
5	Conoce sus derechos como paciente	
6	Conoce sus derechos como paciente	
7	Fue informado acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar	
8	La ropa que se puso estaba limpia y en buenas condiciones	
9	Platicó con sus compañeros	
10	Le pusieron apodos que no le gustaban	
11	El seguro pagó el total de su estancia en la clínica	
12	Durante su internamiento tuvo acceso a la televisión y al radio	
13	Alguien del personal lo tocó de forma inapropiada	
14	El comedor estaba limpio	
15	Alguien lo trató mal	
16	La institución organizó actividades recreativas en las que pudo participar	
17	La institución le proporcionó artículos de aseo personal (rastrillos, toallas femeninas, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, etc)	
18	Fue con el nutriólogo para saber lo que necesitaba comer	
19	El tiempo de consulta duraba lo necesario	
20	Le explicaron todos los procedimientos y los tratamientos	

21	Se les dió mas preferencia a los hombres por encima de las mujeres		
22	La cama en donde durmió estaba limpia y cómoda		
23	Se burlaron de usted		
24	Le explicaron cuál es su enfermedad		
25	Las terapias dentro de la clínica las pagó el seguro		
26	Dentro de la institución, hizo actividades físicas		
27	Si alguien lo molestaba el personal lo defendía		
28	La ventilación de las áreas era adecuada		
29	Sus familiares fueron informados acerca de su enfermedad y cómo se iba a tratar		
30	Le dieron diferentes cosas para comer		
31	El personal de salud se interesó por que su estancia fuera buena		
32	Acudió a los talleres (terapia ocupacional)		
33	Sus derechos como paciente fueron respetados		
34	Usó ropa interior limpia y en buen estado		
35	La comida se veía rica y saludable		
36	Recibió la información sobre su padecimiento en privado		
37	Fue suficiente la información que recibió sobre su tratamiento		
38	El seguro le proporcionó todos sus medicamentos		
39	Durante su internamiento, le dieron zapatos en buen estado		
40	Lo que le dieron de comer sabía rico		
41	El personal hizo que otros se burlaran de usted o le pegaran		
42	Le apoyaron para cortarse las uñas de las manos y los pies		
43	Cuando tuvo dudas el médico le respondió con paciencia		
44	El médico platicó con usted sobre su estado de salud		
45	Con la cantidad de comida que le daban se sentía satisfecho		
46	Algún paciente lo tocó de forma inapropiada		
47	Realizó actividades recreativas		
48	Conoce sus obligaciones como paciente		
49	Le proporcionaron cubiertos a la hora de comer		
50	Alguna vez le hablaron con groserías		
51	Le explicaron por que estaba en la institución		
52	Las instalaciones en general eran adecuadas		
53	Cuando llegó el personal se presentó		
54	Durante su internamiento tuvo calcetines en buen estado		
55	El personal les dijo a sus familiares lo que debían hacer para cuidarlo		
56	Usó ropa adecuada al clima		
57	Si alguna vez se sintió mal le dieron atención y tratamiento inmediato		
58	Le dieron de comer de acuerdo a sus necesidades de salud		
59	Los baños estaban limpios		
60	Le explicaron los efectos secundarios de los procedimientos y los tratamientos		
61	Durante su internamiento le dieron una colación/refrigerio entre cada comida		
62	Se siente mejor de salud con el medicamento y las terapias		

Atendiendo al análisis estadístico final de este primer piloteo factorial, se puede concluir que eliminando los reactivos que se sugieren, las subescalas y la prueba DDH1 en general mide realmente el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas. Es importante mencionar que es necesario un segundo piloteo factorial para seguir eliminando reactivos que pueden no estar aportando información relevante.

CONCLUSIONES

A lo largo de este corto recorrido por la historia de las enfermedades mentales y el estigma que aún en el siglo XXI se sigue presentando, se pudo evidenciar que, para poder crear algo que realmente produzca un impacto positivo en la vida de las personas con discapacidad psicosocial, es sumamente necesaria la interacción con otras disciplinas pues, al igual que los seres humanos, el trabajo intradisciplinario, con sus diferentes puntos de vista, enriquece las aportaciones que una ciencia en lo individual puede aportar. En el caso de esta investigación, la disciplina clave fue la filosofía.

Se sabe que todos los instrumentos de medición, y aún más en el área de la salud mental, son muy valiosos debido a que ayudan a dar luz y claridad a situaciones o problemáticas que son un poco borrosas a primera vista, por ello, se consideró como prioritaria la necesidad de construir un instrumento de medición que pudiese de alguna forma, otorgar información acerca del respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas pues mucho se ha avanzado en materia de defensa de los derechos pero cuando se enfoca a los derechos de las personas con enfermedades mentales automáticamente se piensa en que por su condición clínica no pueden emitir opinión clara y la defensa de sus derechos pasa a formar parte del quehacer de sus familias o de las instituciones, sin siquiera tomar en cuenta el sentir de las personas que viven esta violencia diariamente. Ahora, es importante hacer mención que la aplicación de este instrumento va dirigida a las personas con discapacidad psicosocial, no a sus familiares o a sus cuidadores primarios o a la misma institución, con este instrumento lo que se intenta rescatar es la voz de las personas con discapacidad psicosocial, esa voz que históricamente ha sido ahogada por parte de la sociedad, la familia y el Estado.

A lo largo de la investigación – que está en una primera fase – se deja entrevisto las dificultades que existen alrededor de las enfermedades mentales y lo complicado que puede ser llegar a acuerdos en pro de todas las personas afectadas, empero, ello no justifica que se anule su persona social y jurídica, si bien, se deben de tener ciertas precauciones y actuar con cautela debido a las propias características de la discapacidad, no se debe polarizar e intentar tomar un lugar que como sujetos otros no corresponde. Por esta razón, se trabajó de la mano con la filosofía de la liberación y la psicología de la liberación, pues éstas dos disciplinas otorgaron los cimientos que se necesitaban para la justificación y la importancia de comenzar a actuar desde

las personas con discapacidad psicosocial y no desde los familiares o las instituciones. El comenzar a pensar desde la liberación, la alteridad y de la opción por los pobres, resulta básico pues ahí es en donde se asume la responsabilidad por el otro en cuando negado y excluido, como lo son las personas con discapacidad psicosocial. Es aquí, en donde los Derechos Humanos, desde la filosofía y la liberación, son importantes pues comienzan a traspasar el mero discurso para poderse convertir en praxis liberatoria.

No se requiere solamente de la construcción de un instrumento de medición para cambiar el rumbo de la vida de las personas con discapacidad psicosocial, se requiere que se empiece a visibilizar la anulación sistemática se han tenido y este instrumento que se aplica desde su propia experiencia es un primer paso, no se pueden proponer acciones liberadoras desde el exterior o la periferia de la problemática, tiene que ser desde el mismo núcleo en donde la propuesta de liberación tiene que nacer. El empezar a entender cómo es que se sienten las personas dentro de una institución, como son tratadas y en qué medida fue respetada su dignidad abren diferentes caminos hacia donde se pueden construir nuevas propuestas, siendo siempre guiadas por los sujetos oprimidos.

Esta lucha se trata de conocer y comprender las necesidades, las violaciones y las negaciones que han tenido las personas con discapacidad psicosocial para que, una vez conociendo el panorama, se puedan aportar herramientas que faciliten el proceso de regresar esa voz ahogada que han tenido y crear puentes que conecten diferentes personas, disciplinas e ideas que hagan visible la necesidad de una praxis desde los propios sujetos y no desde donde una persona en la periferia cree que es lo correcto por hacer o lo que se debe de hacer.

Bien se comentó antes que se debe de actuar con precaución por las características clínicas de la discapacidad, por ello, durante la investigación se trabajó de la mano con instituciones que pudieron otorgar certeza de la estabilidad clínica de las personas a las que se les aplicaba el instrumento. Fueron personas con alguna discapacidad psicosocial que en algún momento de su vida estuvieron institucionalizadas y que, al momento de la entrevista, presentaban una estabilidad clínica de 3 meses; ello daba la seguridad de que sus respuestas fueran claras, orientadas y confiables. A lo largo de la aplicación de este primer instrumento se confirmó la idea de que comúnmente a las personas con discapacidad psicosocial les es negado el derecho para emitir una opinión, un juicio o una idea por un familiar o un cuidador, este resultado

visibiliza aún más la necesidad de empezar a otorgar el lugar que por el hecho de ser personas se merecen en la sociedad; con esta afirmación, no se descalifica ni minimiza la ayuda que reciben por parte de otras personas, al contrario, como se mencionó durante el capítulo segundo, es necesaria la ayuda y la responsabilidad de la sociedad por el más vulnerable, lo que se busca enfatizar es la necesidad de otorgar el lugar merecido y que sea desde ese lugar en donde la praxis liberatoria surja.

La aplicación de esta primera fase del instrumento, da luz a que realmente se está apuntando a donde se quiere llegar, esto es, el desarrollo de una escala que, pueda ser fácil de aplicar y replicar en diferentes instituciones para medir el nivel de respeto a los Derechos Humanos que se está teniendo hacia las personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas. Si bien, hace falta volver a correr una aplicación factorial para determinar los reactivos que van a ser seleccionados, este primer avance otorga certeza de que se está empezando a medir lo que se busca medir.

Por el título de esta tesis y por alguna parte del contenido se ha de mencionar que el propósito inicial era únicamente la creación de este instrumento de medición, sin embargo, a lo largo de la investigación y la lectura para su desarrollo, la autora cayó en cuenta de la falta de teoría que existe para poder llegar al punto que se buscaba, no existen estudios o escritos que muestren los antecedentes del porqué tomar en cuenta a las personas con discapacidad psicosocial y de ahí partir para desarrollar un trabajo, por ello, el estudio se empezó a ver modificado por la necesidad de generar teoría que pueda justificar la utilidad y la importancia de este instrumento. La autora tiene en cuenta que esta investigación está apenas comenzando y que el camino por recorrer es largo en ambas cuestiones, en la generación de teoría y en la aplicación práctica, por ello, se buscará seguir con la investigación para poder generar el impacto, el cambio social y la reivindicación de derechos que esta comunidad violentada sistemáticamente tanto necesita, no solamente para que puedan ser incluidos en la sociedad si no para que los esfuerzos por esta inclusión no sean solamente aislados, sino que se trabaje con un propósito y un fin común que genere más impacto.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- ANAYA, Gerardo, *Humanismo cristiano y ética. Una aportación para la formación integral de la persona*, Universidad Iberoamericana, México, 2001.
- BONET, Jordi y SÁNCHEZ, Víctor (Coords.), *Los derechos humanos en el siglo XXI: continuidad y cambios*, Huygens, Barcelona, 2008.
- CÁCERES, Andrés y ALVA, José, “Trastornos mentales orgánicos” en Alberto Perales (Ed.), *Manual de psiquiatría “Humberto Rotondo”*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1998.
- CARBONELL, Miguel, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013.
- CHAMBERS, John & HASTIE, Trevor, *Statistical models in S*, Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, Florida, 1992.
- CRAWLEY, Michael, *Statistical Computing. An Introduction to Data Analysis using S-plus*. John Wiley & Sons, West Sussex, England, 2002.
- CODERCH, Joan, *Psiquiatría dinámica*, Herder, Barcelona, 1991.
- CORTINA, Adela, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Salamanca, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1985.
- DUSSEL, Enrique, *Historia de la filosofía y filosofía de la liberación*, Ed. Nueva América, Bogotá, 1994.
- DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación*, Nueva América, Bogotá, 1996.
- ELLACURÍA, Ignacio y SOBRINO, Jon (Eds.), *Mysterium liberationis. Conceptos fundamentales de la teología de la liberación*, Vol. I, UCA Editores, San Salvador, 1993.
- FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
- GOFFMAN, Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Trad. Leonor Guinsberg, Amorrortu, Buenos Aires – Madrid, 2006.
- GOFFMAN, Erving, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Trad. María Anotnia Oyuela de Grant, Amorrortu, Buenos Aires, 2012.

- GRAY, Peter, *Psicología. Una nueva perspectiva*, Trad. Susana Pontón, María Elena Ortiz y María de Lourdes Reyes, McGraw Hill, México, D.F., 2008.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto *et. al.*, *Metodología de la Investigación*, McGraw – Hill Interamericana, México, 2004.
- HERRERA, Agustín *et. al.*, *El derecho a la salud: Desde el derecho internacional de los derechos humanos para México*, s.e., México, 2018.
- LÓPEZ – IBOR, Juan y VALDÉS, Manuel, *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, Elsevier Masson, Barcelona, 2002.
- MONTERO, Maritza, *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- MONTERNO, Maritza, *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Coord.), *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*, Organización Panamericana de la Salud, México DF, 2013 en LÓPEZ ARELLANO, Olivia y JARILLO – SOTO, Edgar, “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano” en *Cadernos de Saúde Pública*, núm. 2, Río de Janeiro, 2017, pp. 1-12.
- PISARELLO, Gerardo, *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*, Madrid, Editorial Trotta, 2007.
- POSTEL, Jacques y QUETEL, Claude (comps.), *Historia de la psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993, cit. por RÍOS, Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*, El Colegio de México, México, 2009.
- RIECHMANN, Jorge, (Coord.), *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*, Los libros de la catarata, Madrid, 1998.
- RÍOS, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*, El Colegio de México, México, 2009.

- ROSILLO, Alejandro, *Fundamentación de derechos humanos desde América Latina*, Itaca, México, D.F., 2013.
- ROSILLO, Alejandro, *Liberación y justicia social. Derechos Humanos desde la teología de la liberación*, CENEJUS, UASLP Maestría de Derechos Humanos, Educación para las Ciencias en Chiapas, Aguascalientes, San Luis Potosí, San Cristóbal de las Casas, 2012.
- ROSILLO, Alejandro y PÉREZ, Ramón (Coords.), *Historizar la justicia*, CENEJUS, Maestría en Derechos Humanos de la UASLP, Aguascalientes, San Luis Potosí, 2015.
- VIGIL, José Ma. (Ed.), *La opción por los pobres*, Sal Terrae, Santander, 1991.
- VITA, Leticia, sobre: Carlos Lema Añón, *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud*, Madrid, Dykinson, 2012.
- ZICCARDI, Alicia (Comp.), *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, 2001.

REVISTAS

- ADAMS, Glenn y ESTRADA-VILLALTA, Sara, “La Psicología de la Liberación: un caso paradigmático de «Teoría desde el Sur»” en *Teoría y Crítica de la Psicología*, núm. 6, Morelia, 2015, p. 196-216.
- ARDILA – GÓMEZ, Sara *et. al.*, “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales” en *Salud Colectiva*, núm. 2, Buenos Aires, 2006, pp. 265-278.
- ARNAIZ, Ainara y URIARTE, José Juan, “Estigma y enfermedad mental” en *Norte de Salud Mental*, núm. 26, España, 2006, pp. 49-59.
- CARRILLO – MARTÍNEZ, Mónica *et. al.*, “Cumplimiento del indicador de calidad de trato digno proporcionado por el personal de enfermería” en *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, núm. 3, Monterrey, 2009, pp. 139-142.
- CORTINA, Adela, “El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas” en *Isegoría*, núm. 13, 1996, pp. 119-134.
- DÍAZ DE ARCE, Juan, “*Libro de la vida del próximo evangélico exemplificado en la vida del venerable Bernardino Álvarez*”, Imprenta de Juan Ruiz, México, 1651 cit por., SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA. Revista de historia de la psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, pp. 9-33.

- DOBLES, Ignacio, “La reconstrucción de un pensamiento y una praxis crítica en la psicología latinoamericana” en *Realidad: Revista De Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 121, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), San Salvador, 2017, pp. 577-588.
- DOBLES, Ignacio, “Psicología de la liberación y psicología comunitaria latinoamericana. Una perspectiva” en *Teoría y Crítica de la Psicología*, núm. 6, Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, 2015, p. 122-138.
- FIGUEROA, Rodolfo, “El derecho a la salud”, en *Estudios Constitucionales*, núm. 11, México, 2013, pp. 283-330.
- GARCÍA, Ricardo *et. al.*, “Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos” en *Revista colombiana de psiquiatría*, núm. 3, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colombia, 2018, pp. 170-176.
- GARRIDO, Luis, “Reseña de “La Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos” de J. Habermas” en *Razón y Palabra*, núm. 75, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Estado de México, febrero-abril 2011, pp. 1-19.
- HABERMAS, Jürgen, “El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos” en *Diánoia*, núm. 64, México, mayo 2010, pp. 3-25.
- LAMPREA, Julio Alejandro y GÓMEZ – RESTREPO, Carlos, “Validez en la evaluación de escalas” en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, núm. 2, Bogotá, 2007, pp. 340-348.
- LÓPEZ – ARELLANO, Olivia y JARILLO – SOTO, Edgar, “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano” en *Cadernos de Saúde Pública*, núm. 2, Río de Janeiro, 2017, pp. 1-12.
- MANCHOLA, Camilo *et al.*, “El acceso a la salud en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos” en *Ciência & Saúde Colectiva*, núm. 7, Río de Janeiro, 2017, pp. 2151-2160
- MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación” en *Boletín de Psicología*, núm. 22, Departamento de Psicología. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), San Salvador, 1986, pp. 219-231.
- MARTÍN-BARÓ, Ignacio, “Hacia una psicología de la liberación” en *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, núm. 2, San Salvador, agosto 2006, pp. 7-14.

- MASCAYANO, Franco *et. al.*, “Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones” en *Salud Mental*, núm. 1, México, enero-febrero 2015, pp. 53-58.
- MELO, Zélia, “Los estigmas: el deterioro de la identidad social” en *Revista Symposium*, núm.1, Pernambuco, enero-junio 1999, pp. 45-59.
- MONTERO, Maritza, “Construcción del Otro, liberación de sí mismo” en *Utopía y Praxis Latinoamericana*, núm. 7, Maracaibo, marzo 2002, pp. 41-51.
- MONTERO, Maritza, “La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos” en *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 3, Bogotá, 1984, pp. 387-400.
- MONTERO, Maritza, “Relaciones entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: una respuesta latinoamericana” en *Psykhe*, núm. 2, Santiago, noviembre 2004, pp. 17-28.
- NAVA, Ma. Guadalupe y ZAMORA, Patricia, “Percepción del trato digno de los familiares enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” en *Enfermería Neurológica*, núm. 1, México, 2010, p. 32-38.
- NIGENDA, Gustavo, “El seguro popular de salud en México. Desarrollo y retos para el futuro” en *Nota Técnica de Salud. Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 2, México, abril 2005, pp. 1-20.
- ORTEGA, Rosa *et. al.*, “Alimentación oral en la mejora nutricional en hospitales y residencias. Innovaciones de la industria” en *Nutrición Hospitalaria*, núm. 4, Madrid, 2017, pp. 13-18.
- OUTOMURO, Delia, “Algunas observaciones sobre el estado actual de la bioética en Argentina” en *Acta Bioethica*, núm. 2, Santiago, 2003, pp. 229-238.
- RAMÍREZ, Sara, *La asistencia psiquiátrica en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, cit. por SACRISTÁN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA. Revista de historia de la psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, pp. 9-33.
- RAMÍREZ – SÁNCHEZ, Teresita *et. al.*, “Percepción de la calidad de la atención de los servicios médicos de salud en México: perspectiva de los usuarios” en *Salud Pública México*, núm. 1, Morelos, 1998, pp. 3-12.
- RÍOS, Andrés, “La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920 – 1944” en *Históricas: boletín del Instituto*

- de Investigaciones Históricas*, núm. 84, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009, pp. 28-35.
- RÍOS, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del Manicomio La Castañeda, 1910” en *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 6, Colombia, enero-junio 2008, pp. 73-90.
- RÍOS, Andrés *et. al.*, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910 – 1968)” en *Asclepio: revista de historia de la medicina y de la ciencia*, núm 1, Madrid, enero- junio 2016, pp. 136-154.
- RIVAS, Ricardo, “Aproximación a la “ética del discurso” de Apel y Habermas, como ética racional ante la crisis de la razón” en *En-claves del Pensamiento*, núm. 1, Monterrey, junio 2007, pp. 63-89.
- RIVERA, Miryam *et. al.*, “La praxis en la formación en Psicología Comunitaria: una mirada ética” en *Revista de Psicología*, núm. 1, Lima, 2019, pp. 31-52.
- ROSILLO, Alejandro, “El pensamiento jurídico de Ignacio Ellacuría: hacia la construcción de una teoría crítica de derechos humanos” en *Revista Latinoamericana de Teología*, núm. 78, El Salvador, 2009, pp. 255-277.
- SACRISTAN, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna” en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, núm. 1, Madrid, 2005, pp. 9-33.
- SACRISTÁN, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968” en *Salud Mental*, núm. 6, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, 2010, pp. 473-480.
- SACRISTÁN, Cristina, sobre: Andrés Ríos, “*La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910 – 1920*” en *Historia Mexicana*, núm. 2, El Colegio de México, México, octubre – diciembre 2010, pp. 1365 – 1374.
- SÁNCHEZ, Natividad y DÍAZ, Estrella, “Adolf, Meyer, Grosvenor Atterbury y la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps, (...) devolviendo a la definición de hospital el significado completo de hospitalidad” en *Revista de Historia de la Psicología*, núm. 3/4, Valencia, octubre 2008, pp. 223-230.

STOLKINER, Alicia, “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” en *Medicina Social*, núm. 1, Nueva York, marzo 2010, pp. 89-95.

TWENGE, Jean, “The Age of Anxiety? Birth Cohort in Anxiety and Neuroticism, 1953-1993” in *Journal of Personality and Social Psychology*, no. 6, Nashville, 2000, pp. 1007-1021.

VARAS, Jorge *et. al.*, “Seguridad del paciente y calidad en atención hospitalaria: Desafíos permanentes” en *Rev. Obstet. Ginecol*, núm. 1, Santiago, 2008, pp. 31-34.

WALDRON, Jeremy, “Dignity and Rank” en *European Journal of Sociology*, en *European Journal of Sociology*, núm. 2, Cambridge, diciembre 2007.

YAMIN, Alicia y FRISANCHO, Ariel, “Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina” en *MEDICC Review*, núm. 17, Cuba, 2015.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

CORTINA, Adela, “Debate Adela Cortina y Enrique Dussel”, debate pronunciado en el *Foro de Inferioridad y crisis del futuro humano*, Puebla (Mex), s.a.,
<https://www.youtube.com/watch?v=zRGj8dIJYBE&t=12s>, consulta: 21 de marzo de 2018.

CONSEJO NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DICAPACIDAD, “Salud Mental y Discapacidad Psicosocial” en *Gobierno*,
<https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial>, consulta: 9 de octubre de 2018.

FOX, John, “Companion to Applied Regression. R package version 3.0-5” in *Cran R Project*,
<https://cran.r-project.org/web/packages/car/index.html>, consulta : 15 de noviembre de 2019.

GOBIERNO DEL ESTADO, “Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña”, en *Servicios de Salud*,
<http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatrica/>, consulta: 6 de febrero de 2019.

GOBIERNO DEL ESTADO, “Quiénes Somos” en *Servicios de Salud*,
<http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatrica/index.php/2016-08-19-15-58-50>, consulta: 6 de febrero de 2019.

GOBIERNO DEL ESTADO, “Servicios” en *Servicios de Salud*,
<http://www.slpsalud.gob.mx/clinicapsiquiatrica/index.php/2016-08-19-15-59-38>,

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, “Salud Mental” en *Instituto Mexicano del Seguro Social*, <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>, consulta: 20 de octubre de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Preguntas más frecuentes”, en *Organización Mundial de la Salud*, <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, consulta: 29 de noviembre de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Salud mental: un estado de bienestar” en *Organización Mundial de la Salud*, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ consulta: 20 de octubre de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Trastornos mentales” en *Organización Mundial de la Salud*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>, consulta: 20 de octubre de 2017.

SOBRINO, Jon, “Opción por los pobres” en *Servicios Koinonía de la agenda latinoamericana*, TORRES, Mercedes, “Discapacidad psicosocial y derechos humanos en México” en *Consejo Nacional para la Prevenir la Discriminación*, https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=393&id_opcion=2&op=448, consulta: 9 de octubre de 2018.

VIGIL, José María, “La Opción por los Pobres es Opción por la Justicia, y no es preferencial. Para un reencuadramiento teológico-sistemático de la OP.” en *Servicios Koinonía de la agenda latinoamericana*, <http://servicioskoinonia.org/relat/371.htm>, consulta: 26 de marzo de 2019.

DOCUMENTOS OFICIALES

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, a instancia de su Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad.

CONAPRED, *Prohibido discriminar*, 2004.

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, art. 4.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA MEXICANA, “México Incluyente”, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018*. México, Gobierno de la República, 2012.

MECANISMO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA, “Informe de supervisión 1/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre lugares de privación de libertad que dependen del gobierno y de la fiscalía general del estado de Querétaro”, Querétaro, marzo 2018.

NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, 5.3.2.

TESIS

MEZA, Jeniffer y ORTÍZ, Fabiola, *Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados*, tesis, Lima, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, 2017.

ORTEGA, Susan, *Opinión de los familiares sobre la calidad de la atención de enfermería al paciente psiquiátrico en los pabellones de pacientes agudos Hospital V. Larco Herrera*”, tesis, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008.

VICENCIO, Daniel, *Operación Castañeda: Un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis, México, Distrito Federal, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.