

Bioética & debat

Propuesta de código ético en la profesión de nutrición humana y dietética¹

volumen 16, núm. **59**
 enero-abril 2010
 TRIBUNA ABIERTA DEL
 INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
 4 euros

Introducción

Una de las funciones que tiene la Universidad es proponer reflexiones para toda la sociedad, específicamente hacia el ámbito profesional y, en nuestro caso, con el convencimiento de que ayudamos a un debate totalmente necesario en el campo de la nutrición humana y la dietética en nuestro ámbito, dado que aún no disponemos de un código ético.

En este artículo, encontraréis una propuesta de código ético para la profesión de nutrición humana y dietética, la explicación de cómo surgió esta iniciativa, cómo se llevó a cabo, cuál ha sido el resultado y cuáles son los deseos que tenemos para ella.

En este artículo, encontraréis una propuesta de código ético para la profesión de nutrición humana y dietética, y la explicación de cómo surgió esta iniciativa

Que una revista como *Bioètica & debat* proponga su publicación es un motivo de satisfacción, primeramente por la importancia que esta publicación tiene en el espacio de la reflexión bioética en

nuestro ámbito, y también por la apertura al exterior, tanto de la revista en formato papel como, sobretodo, a través de la red internáutica. De este modo, se cumple uno de los objetivos fundamentales del trabajo: que sirva de base para la discusión y la elaboración del código ético en la profesión de nutrición humana y dietética en nuestro país.

Según Weber, la existencia de un código ético es una de las características de toda profesión y, por tanto, su realización se hace indispensable, como compromiso interno orientado hacia los propios profesionales, y como externo, orientado hacia los ciudadanos

Los orígenes

Desde la puesta en marcha en la Universidad Ramon Llull (URL) de los estudios de Nutrición humana y dietética, tenemos la asignatura de bioética como parte inseparable del plan curricular. Dentro de su contenido² aparece el apartado del código ético de la profesión. Fue en este espacio donde cada año provocábamos, en el sentido más primigenio de

sumario

	1 a 8
Propuesta de código ético en la profesión de nutrición humana y dietética	
	2
Editorial	
	9 a 11
Genética nutricional, ¿la nutrición del futuro?	
	12 a 17
La dimensión espiritual del ser humano. Indicaciones para los profesionales de la salud mental	
	18 a 21
Fundamentación ética en la atención a personas con discapacidad intelectual grave y profunda	
	22 a 23
Biblioteca	
	24
Agenda	

Institut Borja de
Bioètica 

Universitat Ramon Llull

bioètica & debat

DIRECCIÓN

Ester Busquets Alibés

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel Fabre

Jordi Craven-Bartle

Pau Ferrer Salvans

Ramon M. Nogués Carulla

Jaume Terribas Alamego

Núria Terribas Sala

COLABORADORES

Xavier Cardona Iguacen

Maria Gasull Vilella

Joan Ordi Fernández

Josep Ramos Montes

Anna Vila Martí

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

María José Abella Sánchez

CORRECCIÓN

Maria Fullana

IMPRESIÓN

Ediciones Gráficas Rey

ISSN: 1579-4865

Depósito legal: B-29288-99

EDITA

Institut Borja de Bioètica

c/ Santa Rosa, 39-57, 3ª planta

08950 Esplugues de Llobregat (Bcn)

Telf. 93.600.61.06

Fax. 93.600.61.10

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

www.ibbioetica.org

Bioètica & debat está indexada en:

MEDLINE.

Dialnet.

Base de datos de sumarios del CBUC.

ETHXWeb, Database from the NRCBL.

Bibliography of Bioethics.

CUIDEN.

Cuidatge.

Bioètica & debat no se identifica necesariamente con las opiniones expresadas en los artículos publicados.

Nuevos códigos éticos para las nuevas profesiones

En la sociedad actual se tiende, cada vez más, a vincular el buen profesional únicamente con la expertise, es decir, con la competencia científica y técnica. Desde esta visión, un buen profesional es, sobretodo, aquel que tiene pericia en la realización de una técnica, no alguien moralmente comprometido con la sociedad.

Los medios de comunicación, a menudo, caen también en esta consideración errónea de la profesionalidad, cuando califican a los asesinos o a los ladrones de "muy profesionales". Esta tendencia a fijarse sólo en el aspecto técnico del profesional es lo que Goodpaster denomina "teleopatía".

Un profesional es –y debe ser– alguien experto y competente en el ejercicio de una actividad, y éste es su primer deber moral, pero no el único

La teleopatía, según este autor, se podría definir como "una obsesión acrítica para la orientación hacia fines o hacia la obtención de resultados". La teleopatía supone suspender cualquier tipo de juicio o de criterio ajeno a la obtención de resultados. Así, este modo tan reduccionista de entender la profesionalidad menoscaba cualquier valoración ética. Ciertamente, un profesional es –y debe ser– alguien experto y competente en el ejercicio de una actividad, y éste es su primer deber moral, pero no el único, porque la actividad profesional se define y se justifica por los bienes que genera en la sociedad. Esta obsesión cientista ya llevó a C. P. Snow a reclamar, hace más de cincuenta años, la fusión de las dos culturas, la cultura

humanista y la cultura científica. Reivindicación que, más tarde, culminó con el nacimiento de la bioética, que también pretende unir la ciencia con las humanidades.

Así, pues, toda profesión es un servicio a la sociedad, y este servicio no se puede realizar de cualquier manera; por ello, las profesiones se dotan de códigos éticos, que orientan y regulan la conducta de sus profesionales. La medicina fue la primera "profesión" en elaborar un código ético, en una época en que la profesión aun no existía como tal. Desde entonces, han sido muchas las profesiones que han ido elaborando y actualizando sus códigos éticos, sabiendo que la competencia o excelencia científica debe ir siempre acompañada de la competencia o excelencia ética.

Esta tarea de elaboración de un código ético también toca a las nuevas profesiones, como, por ejemplo, a los profesionales de la nutrición humana y la dietética. La nutrición humana y la dietética, como enseñanza universitaria reglada, tiene una historia muy breve. Su aprobación oficial, en España, fue el 15 de abril de 1998, y actualmente hay dieciocho universidades españolas que imparten esta titulación.

En este número de *Bioètica & debat*, nos hacemos eco de la "Propuesta de código ético en la profesión de nutrición humana y dietética" del Grupo de investigación en ética y nutrición Blanquerna Salud (URL), ya que, en el Estado español, esta profesión aún no dispone de código ético. Deseamos que la presentación de esta propuesta sirva de base y de impulso para la elaboración definitiva del código ético de esta profesión.

VIENE DE LA PÁGINA 1

la palabra, al alumnado a elaborar, una vez fueran graduados como profesionales, su código de ética. Un código aún inexistente en nuestro ámbito, porque la profesión de nutrición humana y dietética es una profesión emergente. Sin embargo, según Weber, la existencia de un código ético es una de las características de toda profesión y, por tanto, su realización se hace indispensable, como compromiso interno orientado hacia los propios profesionales, y como externo, orientado hacia los ciudadanos.

Dentro del plan curricular, el alumnado acaba integrando todas las competencias recibidas en lo que llamamos *Trabajo Fin de Carrera* (TFC), o ahora *Trabajo Fin de Grado* (TFG). Dos alumnas del centro, Clara Antúnez y Júlia Farré, realizaron el TFC sobre un “código ético para la profesión de la nutrición humana y dietética”, un trabajo extraordinario que, sumado al entusiasmo de la Jefa de estudios, M^a Josep Rosselló, generó, al año siguiente, en abril de 2007, el grupo de investigación en ética y nutrición, tomando como base su TFC. Además de estas tres personas, el grupo estaba formado por los profesores Montserrat Tremoleda y Xavier Cardona, y coordinado por la Dra. Emília Sánchez. También se contó con la colaboración del Dr. Antoni Nello de la URL, y la de las profesoras Isabel García-Jalón, M^a Paz de Peña y Mercedes Muñoz, de la Universidad de Navarra.

El trabajo de investigación del grupo fue becado por la Cátedra Ethos de la URL, y publicado dentro de su colección

El trabajo de investigación del grupo fue becado por la Cátedra Ethos de la URL, en junio del 2007, y publicado dentro de su colección, conjuntamente con Prohom Edicions, en julio del 2009, con el título “Propuesta de código ético

en la profesión de nutrición humana y dietética”, que ahora os presentamos y que podéis descargar de la página web de la Cátedra Ethos.³

El marco

Desde el grupo de trabajo, parecía que debíamos enmarcar adecuadamente la propuesta de código ético, y creímos necesario establecer inicialmente el *status quo* de la situación. Por ello, contactamos con una de las pioneras en estos estudios en el Estado español, la profesora Isabel García-Jalón y sus colaboradores de la Universidad de Navarra, y les pedimos que escribieran, como algo innovador, la “Historia de los estudios universitarios de nutrición humana y dietética en España” (pág. 18), que se encuentra en la primera parte de la publicación. Por otro lado, el grupo de investigación elaboró el resto de capítulos que forman la primera parte: una “visión de la situación de la nutrición humana y dietética como profesión” (pág. 35), el “mundo cambiante que los profesionales de la nutrición humana y dietética” (pág. 45) se encontrarán, y “el perfil profesional” (pág. 51) adecuado para darle respuesta.

En la segunda parte del trabajo, el experto Dr. Antoni Nello sitúa perfectamente el “fenómeno humano de la alimentación” (pág. 71), “la profesión del nutricionista-dietista como respuesta” a este fenómeno y su implicación en el ámbito de la salud (pág. 75), la “responsabilidad profesional expresada en los códigos” (pág. 77), las “funciones y los límites de éstos” (pág. 81) y “la apuesta por un código en la profesión de la nutrición humana y dietética” (pág. 85), que es la puerta de entrada a la propuesta de código ético realizada al final del trabajo publicado.

La propuesta

La novedad de esta propuesta de código ético en la profesión de nutrición humana y dietética radica en diversas

características. En primer lugar, se utiliza la estructura más actual de separar los artículos en “principios generales” y en “estándares de conducta profesional”, como ya existía en la propuesta de 2007 de la Confederación Internacional de las Asociaciones de Dietistas (ICDA),⁴ igualmente como hacen otras muchas profesiones en las renovaciones de sus códigos deontológicos y éticos. En segundo lugar, en los estándares, se ha tenido en cuenta lo que la Federación Europea de Asociaciones de Dietistas (EFAD) presentó en su documento “Estándares europeos para la formación y la actuación profesional del nutricionista-dietista”⁵

En el apartado de los principios generales, se recogen los siguientes estándares: la responsabilidad, la profesionalidad, la solidaridad, el respeto, la cooperación y la legalidad, principios que podemos compartir claramente en tanto que profesionales de la salud

Así, en el apartado de los principios generales, se recogen los siguientes estándares: la responsabilidad, la profesionalidad, la solidaridad, el respeto, la cooperación y la legalidad, principios que podemos compartir claramente en tanto que profesionales de la salud y que son especificados en el ámbito que nos ocupa en los estándares de conducta profesional: la provisión de servicios y la aplicación del conocimiento, el desarrollo de la práctica profesional y la aplicación de la investigación, la comunicación de los conocimientos y destrezas propias de la profesión, la calidad de la práctica profesional y la competencia y la responsabilidad profesional desde el punto de vista de los nutricionistas-dietistas.

Nuestro deseo es que esta propuesta sirva como base para la elaboración del código ético de la profesión de nutrición humana y dietética

El futuro

Nuestro deseo es que esta propuesta sirva como base para la elaboración del código ético de la profesión de nutrición humana y dietética. Por esto, inmediatamente después de su finalización, e incluso previamente a su publicación, se libró presencialmente a quienes tienen la responsabilidad de ser propulsores de la elaboración del código ético: las asociaciones de dietistas y nutricionistas en nuestro territorio. Una vez publicada la propuesta, se hizo llegar a todos los colegios oficiales de nutricionistas-dietistas establecidos, a las Universidades que forman a nuestros profesionales en el Estado español y a los centros de referencia en el ámbito de la bioética, así como a todos los profesionales y futuros profesionales que estuvieron presentes en el acto público de presentación celebrado en la Universidad Ramon Llull en octubre de 2009.

“Ojalá nuestro trabajo ayude en el recorrido necesario y deseable de la implantación social de la profesión de nutricionista-dietista, en la conciencia y la certeza de su indispensable funcionalidad para el bienestar de la humanidad en el ámbito de la alimentación”

Estamos convencidos de que su publicación en *Bioètica & debat* ayudará a aumentar su difusión y, sobretodo,

a fomentar nuestro principal objetivo, expresado muy bien por el Dr. Nello al final de su artículo: “Ojalá nuestro trabajo ayude en el recorrido necesario y deseable de la implantación social de la profesión de nutricionista-dietista, en la conciencia y la certeza de su indispensable funcionalidad para el bienestar de la humanidad en el ámbito de la alimentación”.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Grupo de Investigación en ética y nutrición Blanquerna Salud-URL. Propuesta de código ético en la profesión de nutrición humana y dietética. Barcelona: Prohom; 2009.
2. Cardona X. Assignatura bioètica en nutrició FCSB-URL [Internet]. Barcelona: Blanquerna.url.edu; julio 2009. [Consulta 11.01.10]. Disponible en: <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/VerPrograma.aspx?idIdiom a=CAT&IdPrograma=1787&IdiomaPrograma=CAT>
3. Sánchez E. coordinador. Proposta de codi ètic en la professió de nutrició humana i dietètica [Internet]. Barcelona: Ethos.url.edu; gener 10. [Consulta 11.01.10]. Disponible en: <http://ethos.url.edu/categories/Biblioteca/>
4. ICDA. International Code of Ethics and Code of Good Practice [Internet]. Canadá: internationaldietetics.org [Consulta 11.01.10]. Disponible en: http://www.internationaldietetics.org/education_work_of_dietitians.asp
5. EFAD. Estàndards europeus per a la formació i l'actuació professional del nutricionista-dietista [Internet]. Dinamarca: EFAD.org [Consulta 11.01.10]. Disponible en: <http://www.efad.org/everyone/1117>.

Xavier Cardona Iguacen

Profesor de bioética de la Facultad de Ciències de la Salut Blanquerna-Universitat Ramon Llull (URL). Médico y Máster en bioética IBB-UAB. Xavierci@blanquerna.url.edu

resumen

El artículo expone la necesidad de toda profesión de tener un código ético que sea un compromiso interno con la misma profesión, y externo para los ciudadanos. La Universidad, entre otras funciones, debe ser también un lugar de propuestas reflexivas para la sociedad. En este sentido, la propuesta de un código ético en la profesión de nutrición humana y dietética es una de ellas, y nos gustaría que sirviera de base para la elaboración de un código de ética en nuestro ámbito.

PALABRAS CLAVE
código ético, nutrición humana y dietética, historia, responsabilidad profesional

abstract

The article is about the need of any profession to have an ethical code that is an internal code to the profession itself and external towards the people. One of the roles of University is to be a place where society is given food for thought. In this sense the proposal of an ethical code in human nutrition and dietetics is one of those thoughts and we would really like it to be the foundations in the making of a future ethical code in our field.

KEYWORDS
ethical code, human nutrition and dietetics, history, professional responsibility

Propuesta de código ético del nutricionista-dietista

Grupo de investigación en ética y nutrición

Blanquerna Salud

PRINCIPIOS GENERALES

1. RESPONSABILIDAD

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética dirigirá su labor profesional al servicio de la salud en el ámbito de la alimentación según los estándares de buena salud tipificados internacionalmente.

2. Respetará siempre el principio de beneficencia, buscando el máximo bien de las personas o comunidades para que alcancen la más plena salud alimentaria, participando así, desde su especificidad, en la promoción y mantenimiento de la salud integral, y en el acompañamiento y curación de las enfermedades.

3. No generará, en ningún caso, daños excesivos o irreversibles de ningún tipo a aquellos a quienes dirige su trabajo, más allá de las molestias estrictamente necesarias para afrontar eficazmente las diversas situaciones sanitarias a las que haga frente.

2. PROFESIONALIDAD

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará siempre su competencia profesional, no sólo con la formación básica y reglada, sino también con la actualización de sus conocimientos y destrezas, frutos de la investigación y de la experiencia socializada, en un proceso sistemático de formación continuada.

2. Procurará la difusión digna de la profesión, de sus objetivos y competencias, y de su peculiar participación en la atención sanitaria estructurada, a través de todos los medios a su alcance.

3. Acreditará siempre su cualificación profesional, así como su función específica en los diversos ámbitos de actuación, ya sean comunitarios o de salud pública, clínicos o de la administración y gestión de servicios alimentarios.

4. Luchará contra el intrusismo profesional denunciando, a los estamentos pertinentes, la práctica no cualificada de las tareas que le son propias.

3. SOLIDARIDAD

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética dedicará sus esfuerzos y trabajos al servicio de la alimentación humana como condición de posibilidad y elemento insoslayable para la consecución de los más altos niveles de salud de la población mundial.

2. Respetará el principio de justicia, no marginando por ningún motivo ni a personas ni a comunidades humanas en su ejercicio profesional, y participando en la lucha por un acceso generalizado de las personas y los pueblos a una alimentación suficiente y sana.

3. Denunciará, especialmente, con espíritu crítico y constructivo, los excesos del consumo alimentario del primer mundo frente a las carencias alimentarias de anchas franjas de la población mundial.

4. RESPETO

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética respetará la autonomía de aquellos a quienes dirige su trabajo, en un esfuerzo de comunicación y de acompañamiento en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito de la alimentación.

2. Mantendrá en secreto toda la información que reciba del paciente, y sólo la podrá utilizar con fines docentes o de investigación, manteniendo siempre en el anonimato los datos personales.

3. Preservará la confidencialidad, incluso en caso de fallecimiento del paciente.

4. Podrá revelar el secreto con la máxima discreción posible a las personas que crea necesario, en los siguientes casos y en ninguno más:

a) Cuando suponga de forma contrastada un bien para el paciente.

b) Si, con el silencio, se pusiera en peligro al paciente, a su entorno, a toda una colectividad o a las personas responsables del funcionamiento de la población.

c) Cuando se crea que, si se declaran accidentes laborales, enfermedades profesionales u otros siniestros, se evitarán daños semejantes.

d) Si ha habido algún tipo de maltrato o acto de violación a cualquier individuo.

e) Cuando sea injustamente perjudicado por el mantenimiento del secreto y el paciente sea el autor del perjuicio, pero sin perjudicar a terceras personas.

5. Garantizará el servicio continuado a aquellos a los que dirija su atención, a fin de darles la confianza de que serán acompañados en su proceso sanitario, y derivando a los mismos a otro profesional en caso de una legítima causa que imposibilite la continuidad de la prestación profesional.

6. Mostrará siempre su apertura a las diferencias y a la diversidad social, cultural, religiosa o moral, sin exclusión del

cuestionamiento respetuoso hacia conductas y creencias que puedan vulnerar la adecuada y sana alimentación de personas y comunidades.

5. COOPERACIÓN

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética se abrirá a la colaboración interdisciplinaria, tanto con otras profesiones sanitarias como con todas aquéllas que se vean implicadas en la producción, gestión y distribución de los alimentos, ya sean empresariales o políticas, asegurando y preservando su específica competencia y finalidad.

2. Participará, de manera específica, en la construcción y buen funcionamiento de equipos integrales de salud.

3. Garantizará su vinculación con el estamento profesional a través de la pertenencia a los correspondientes colegios o asociaciones profesionales que visualizan y gestionan socialmente el espíritu, las funciones y las expectativas de la profesión.

6. LEGALIDAD

1. El profesional de la nutrición humana y la dietética deberá respetar, sin exclusión del debate oportuno, el estado de derecho del lugar donde ejerce su trabajo.

2. Se comprometerá a cumplir las reglas y los estándares de conducta profesional que rijan el ejercicio en cada territorio específico, especialmente los que están contemplados en un código deontológico preciso.

3. Si la actividad profesional de algún colega no respeta el Código Ético, lo comunicará obligatoriamente a la institución representativa de la profesión.

4. Comunicará, al estamento oportuno, colegio o asociación profesional,

las situaciones conflictivas con las que se encuentre en el ejercicio de las tareas propias de la profesión, tanto para obtener ayuda en el discernimiento concreto, como para enriquecer con la casuística las reflexiones deontológicas del colectivo profesional.

5. Asumirá firmemente las decisiones de las instancias profesionales socialmente reconocidas y legalmente vinculantes que le conciernan.

6. Comunicará el procedimiento terapéutico con la información adecuada para que el paciente pueda implicarse libremente en la decisión a través de la aceptación mediante un consentimiento informado.

ESTÁNDARES DE CONDUCTA PROFESIONAL

Propuesta de estándares internacionales de buena práctica en Nutrición Humana y Dietética

1. PROVISIÓN DE SERVICIOS Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará una correcta provisión o prestación de servicios, así como la adecuada aplicación del conocimiento específico a través del cumplimiento de las acciones que se describen.

Art. 1.1

Ofrecerá unos servicios de alta calidad y coste eficientes.

Art. 1.2

Velará para hacer terapias individualizadas y en persona. Tendrá que evitar que los tratamientos se hagan íntegramente a través de recursos interactivos. Podrá recorrer a medios electrónicos o a distancia para hacer recomendaciones o seguimientos del tratamiento dietético.

Art. 1.3

No derivará personas del centro o entidad donde ejerza a servicios privados, con propósitos únicamente lucrativos.

Art. 1.4

Hará posible que los seres humanos realicen su ciclo vital, adaptando la terapia y respetando su edad, condición física o situación fisiológica en la que se encuentren.

Art. 1.5

No promocionará ni transmitirá falsas expectativas de curación, ni tampoco generará falsas necesidades relacionadas con la salud.

Art. 1.6

Respetará los criterios de otros nutricionistas-dietistas frente a la persona atendida, aunque no los comparta, para no desprestigiar la profesión.

Art. 1.7

Mantendrá una relación de respeto y de consideración mutua con otros nutricionistas-dietistas.

Art. 1.8

Será capaz de trabajar en un equipo interdisciplinario para ofrecer a las personas una mejor atención. Las relaciones que establezca con otros profesionales de la salud tendrán que basarse en el respeto recíproco. También conocerá sus responsabilidades y las limitaciones propias de cada profesión.

Art. 1.9

Las relaciones que se establezcan con otros profesionales de la salud tendrán que basarse en el respeto recíproco. Y ambas partes tendrán que reconocer las delimitaciones propias de cada profesión.

Art. 1.10

Ayudará, aconsejará o colaborará con el compañero o compañera que lo solicite, con sus conocimientos, y le facilitará el

acceso a los centros de estudio u otros servicios sanitarios para mejorar la atención de las personas.

Art. 1.11

Deberá tener un conocimiento adecuado y suficiente de la situación de la persona atendida y evitará dar informaciones indebidas, parciales y consejos contradictorios al destinatario o a su familia.

Art. 1.12

Dentro de una misma pauta dietética, podrá introducir variaciones adaptadas a las necesidades del destinatario.

Art 1.13

Una dieta restrictiva no se podrá realizar durante largos períodos de tiempo sin un control periódico y una evaluación global de la salud del paciente. En el caso de que, con la dieta, aparezcan nuevos problemas de salud o persistan los que inicialmente se querían tratar, ésta tendrá que ser modificada.

2. DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará el adecuado desarrollo de la práctica profesional, así como la adecuada aplicación de la investigación a través del cumplimiento de las acciones que se describen.

Art. 2.1

La práctica profesional estará basada en la evidencia científica.

Art. 2.2

Deberá tener un conocimiento científico y profundo de los alimentos y de todo el proceso que comporta la nutrición humana.

Art. 2.3

El paciente tendrá el derecho de disponer de un documento donde que-

den reflejadas las dietas, pruebas, exploraciones que le haya realizado el nutricionista-dietista.

Art. 2.4

Será leal a la persona que atiende. La atención a las personas pasará por delante de cualquier beneficio del profesional.

Art. 2.5

Tendrá que informar al destinatario de todas las opciones terapéuticas en el ámbito nutricional y dietético, sin que éste se sienta coaccionado por las convicciones personales del nutricionista-dietista.

Art. 2.6

Facilitará al paciente la naturaleza y el alcance del tratamiento, dándole la información adicional que solicite. El interlocutor será solamente la persona atendida si ésta lo solicita, exceptuando casos donde se detecte una disminución en la competencia.

Art. 2.7

Cuando se prescriba una dieta, hará un seguimiento hasta que la considere acabada según el propio criterio o según las indicaciones de los otros profesionales que estén al cargo. Si, por motivos de fuerza mayor, el profesional tuviera que abandonar el seguimiento de la dieta, se asegurará la continuación terapéutica a través de otro nutricionista-dietista.

Art 2.8

Interrumpirá cualquier investigación si, durante su curso, se detecta un riesgo para las personas implicadas, o si éstas lo solicitan, garantizando su continuidad asistencial, si se precisa.

Art 2.9

Necesitará una cualificación adecuada para realizar cualquier tipo de investigación. No la llevará a cabo si no dispone de suficientes medios para hacerlo con

seguridad y garantizando los derechos de las personas.

Art. 2.10

Generará, participará, interpretará y aplicará la investigación para realizar y desarrollar la práctica profesional.

Art. 2.11

No sacará a la luz resultados sensacionalistas o poco contrastados; no podrá exagerar su significado, ni tampoco falsificar o inventar datos. Será importante distinguir los resultados de un ensayo, de los que ya han estado científicamente validados.

Art. 2.12

Evitará apropiarse de los descubrimientos científicos o académicos de un compañero o compañera.

3. COMUNICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS PROPIAS DE LA PROFESIÓN

El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará la adecuada comunicación de los conocimientos y destrezas propios de la profesión a través del cumplimiento de las acciones que se describen.

Art. 3.1

Educará e informará a cualquier individuo dentro del contexto profesional. Además, siempre adecuará el lenguaje al nivel del destinatario.

Art. 3.2

Comunicará, de manera efectiva, el desarrollo de políticas y programas a través de la educación nutricional.

Art. 3.3

Comunicará, a la prensa y a los otros medios, la información sobre las actividades profesionales de manera verídica, prudente, mesurada y comprensible.

Art. 3.4

Para evitar confusiones, redactará y abreviará de forma clara y comprensible cualquier informe, documento o manual de dietas que sea de uso compartido entre diferentes profesionales.

Art. 3.5

Evitará hacer declaraciones fraudulentas, injustas o engañosas.

Art. 3.6

Transmitirá información únicamente de su competencia, y sin adoptar una actitud exclusivamente publicitaria.

Art. 3.7

Protegerá a cualquier persona o comunidad cuando su salud y seguridad se vean amenazadas por prácticas poco honradas, incompetentes y/o ilegales.

Art 3.8

No promoverá ni participará en la publicidad de alimentos o productos alimentarios, si ésta compromete la salud de los ciudadanos.

Art. 3.9

Informará a cualquier persona que haya decidido hacer una huelga de hambre de las consecuencias que ésta conlleva sobre su salud.

4. CALIDAD DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará la adecuada calidad de la práctica profesional a través del cumplimiento de las acciones que se describen.

Art. 4.1

Se presentará a los destinatarios con su nombre, su cualificación acreditable y su responsabilidad dentro del eventual equipo interdisciplinario de salud en el que desarrolle su labor.

Art. 4.2

Pedirá ayuda de compañeros más competentes si no se considera suficientemente capacitado o preparado para desarrollar su trabajo, sin dejar de lado incorporar nuevos conocimientos o nuevas técnicas para poder ejercer correctamente sus tareas.

Art. 4.3

Revisará y valorará sistemáticamente la calidad de su práctica profesional.

Art. 4.4

Se esforzará para mejorar los servicios y la práctica profesional en todo momento.

Art. 4.5

Mantendrá de forma continuada la competencia profesional para ejercer la profesión.

5. COMPETENCIA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El profesional de la nutrición humana y la dietética garantizará la adecuada competencia continuada, así como la adecuada responsabilidad profesional, a través del cumplimiento de las acciones que se describen.

Art. 5.1

Garantizará la rendición de cuentas, al público o a la población, de su práctica profesional.

Art. 5.2

Debido a la informatización de datos de la praxis profesional, tendrá mucho cuidado en el mantenimiento del secreto profesional.

Art. 5.3

Tendrá una actitud de superación y formación continuada para mantenerse actualizado, en un compromiso de competencia profesional.

Art. 5.4

Utilizará el método científico, crítico, analítico y reflexivo en la búsqueda de nuevos conocimientos que favorezcan la comprensión y la solución de problemas referentes a la profesión.

Art. 5.5

Considerará la deliberación en la toma de decisiones resultante de la aplicación de la nutrigenética y de la nutrigenómica.

Art. 5.6

Aceptará la responsabilidad de asegurar que la práctica profesional cumple los requerimientos legales.

Genética nutricional, ¿la nutrición del futuro?

Anna Vila Martí

Departamento de Procesos de Atención Terapéutica y Calidad de Vida. Universitat de Vic.
anna.vilamarti@uvic.cat

resumen

Con el descubrimiento del genoma humano, se abre también una nueva etapa en el campo de la nutrición, la genómica nutricional. Y es que son muchas las enfermedades relacionadas con la alimentación que tienen un fuerte componente genético. La nutrigenómica y la nutrigenética son dos nuevas ciencias con un gran potencial; pero también la posibilidad de modificar los alimentos mediante la ingeniería genética para hacerlos más nutritivos es otra línea de conocimiento, no exenta de polémica.

PALABRAS CLAVE
genómica nutricional,
nutrigenómica, nutrigenética,
alimentación

abstract

The discovery of the human genome opens a new stage in the nutrition field, nutritional genomics. There are many food illnesses that have a strong genetic factor. Nutrigenomics and nutrigenetics are two new sciences with a great potential. Nevertheless, the possibility of altering food through genetic engineering in order to make it more nutritious is another controversial way of acquiring knowledge.

KEYWORDS
nutritional genomics,
nutrigenomics, nutrigenetics,
food

La alimentación es un proceso voluntario de obtención de alimentos que está condicionado por el aprendizaje, el entorno socioeconómico, geográfico, la religión... de los individuos y de las sociedades, y que ha ido cambiando con los siglos. Se conoce, por ejemplo, la presencia de bocio en zonas geográficamente alejadas del mar por su imposibilidad de obtener yodo proveniente de los peces de agua salada; o la preferencia o aversión a una serie de alimentos en función de la cultura (es típica en zonas asiáticas la ingesta de insectos, cosa que en nuestro entorno es impensable), o cómo la religión prohíbe la ingesta total o estacional de algunos alimentos, como por ejemplo la exclusión del cerdo en la religión musulmana. Pero no podemos olvidar que el acto de alimentarse es también un acto social, de celebración, reunión, y que la gastronomía identifica un territorio y una sociedad. Y es que la humanidad ha evolucionado paralelamente a la evolución que han sufrido sus hábitos alimentarios.¹ Desde el descubrimiento del fuego, que propició poder cocinar los alimentos, ya sea directamente o a través de ollas, pasando por las diferentes técnicas de conservación, hasta los actuales alimentos modificados o fortificados, o hasta los próximos alimentos transgénicos funcionales. Todo este proceso se ha producido, a veces, debido al azar y, en otras ocasiones, al trabajo de investigación llevado a cabo durante muchos años y, a menudo, no exento de polémica.

La nutrición, sin embargo, es una ciencia moderna que tiene como objetivo estudiar todos los procesos metabólicos que se producen desde que ingerimos un alimento hasta que eliminamos los restos, que a priori no se pueden controlar y son propios de cada individuo, es decir, la configuración genética indi-

vidual condiciona el funcionamiento de estos procesos.¹

La alimentación es un hecho social que caracteriza a un pueblo y al individuo

Sea como sea, todo lo que rodea a la alimentación y la nutrición está de máxima actualidad. Y es que la epidemiología actual da lugar a tener dudas; cada día son más los estudios que reconocen cómo la alimentación de los individuos influye en la aparición de algunas enfermedades con elevados índices de mortalidad. Las enfermedades cardiovasculares o la obesidad son algunas de las enfermedades en que la alimentación tiene un papel muy importante, pero que también ha cambiado con la historia, por ejemplo, antiguamente, los individuos obesos eran considerados como poderosos, llenos de salud y bienestar, y las personas delgadas eran las que tenían un nivel económico bajo, eran más propensas a padecer enfermedades y no tenían acceso a los alimentos; en cambio, actualmente, las connotaciones son diferentes: los individuos obesos están considerados como más propensos a padecer diferentes tipos de enfermedades y, a menudo, tienen rentas más bajas, mientras que los individuos que están más delgados son el referente y el objetivo de salud a conseguir.¹ No obstante, la alimentación no sería trascendente si no hubiese una predisposición genética.

Genómica nutricional

Desde el descubrimiento del genoma humano, se han podido identificar y caracterizar parcialmente 1.000 genes humanos causantes de enfermedades, el 97% de los cuales causa enfermedades monogénicas. Aunque enfermedades como la obesidad, las enfermedades

cardiovasculares, la diabetes o el cáncer se deben a complejas interacciones entre diferentes genes y factores ambientales.^{2,3} Las enfermedades monogénicas están determinadas por un único gen y, por lo tanto, la comprensión de la interacción entre genes y nutrientes es más sencilla, y tienen como característica principal el hecho de que, modificando la ingesta del individuo y evitando la exposición al nutriente en cuestión, la enfermedad no causa efecto³. Sería el caso de la intolerancia a la lactosa; en este caso, hay un defecto en los genes que codifican la síntesis de la enzima lactasa, encargada de la hidrólisis de la lactosa (azúcar de leche) para que se pueda absorber a nivel intestinal. Cuando a un individuo se le diagnostica esta patología, la solución pasa por eliminar completamente de la dieta la lactosa, y de esta manera poder dejar de padecer trastornos, sobre todo de tipo intestinal. Otros ejemplos de esta clase serían la galactosemia o la fenilcetonuria.³

En cambio, las enfermedades condicionadas por factores ambientales como la dieta, la presencia de hábitos tóxicos o la actividad física, suponen una complejidad mayor a la hora de actuar. En el caso que nos ocupa, hay suficiente evidencia científica que relaciona la dieta y la salud a lo largo de la historia. Está el ejemplo de un estudio que se realizó en el Reino Unido, en el cual se hacía un seguimiento durante 17 años a 11.000 individuos que seguían un patrón de dieta vegetariana, con el objetivo de determinar la relación entre diferentes productos de la dieta y la frecuencia de mortalidad por diferentes causas. Los resultados mostraron una disminución de entre un 21 y un 24% de la mortalidad por enfermedad crónica.⁴

Investigaciones como éstas contribuyen a definir las recomendaciones o guías dietéticas basadas en las mejores pruebas científicas disponibles, con el objetivo de mejorar la salud de la población general o sectores de población con riesgo de padecer ciertas enfermedades.⁴

La predisposición personal condiciona el efecto de los nutrientes

Sin embargo, es indiscutible que las orientaciones nutricionales actuales no tienen en cuenta las diferencias que se producen en la respuesta de cada individuo a la ingesta de los mismos nutrientes. Por ejemplo, el sodio (Na) aumenta la presión arterial en unos individuos, mientras que en otros no tienen ninguna influencia.³

Las distintas variaciones genéticas condicionan diferencias en los requerimientos nutricionales, y los diferentes genotipos contribuyen a la mayor o menor predisposición a padecer ciertas enfermedades crónicas.^{2,4}

Y en este punto es donde la genética nutricional está trabajando con más fuerza. Porque es en este siglo XXI cuando la genética nutricional supone un concepto muy prometedor en el campo terapéutico de diferentes enfermedades, y todavía más en su prevención. Su objetivo principal es aportar el conocimiento que permita hacer un diagnóstico y establecer un tratamiento nutricional basado en el genotipo individual. Este conocimiento está dividido en dos ramas:

- *Nutrigenética*: estudia el efecto de la variación genética en la interacción entre dieta y enfermedad, identificando y caracterizando las variaciones genéticas asociadas a las diferentes respuestas frente a los nutrientes. Se pretende personalizar la alimentación de los consumidores de acuerdo con su constitución genética.²

- *Nutrigenómica*: estudia la influencia de los nutrientes en la expresión génica.³

La nutrigenómica podría establecer las bases para unas recomendaciones dietéticas personalizadas que tengan en cuenta la carga genética de cada individuo y los factores ambientales a los que está expuesto. Esto supondrá tener un conocimiento total del individuo, de

manera que se pueda predecir la predisposición genética futura a enfermedades, facilitando la implantación de las adecuadas medidas preventivas de forma personalizada en base a consejos genéticos, estilo de vida, alimentos funcionales para determinar perfiles genéticos...²

Alimentos modificados

Hay que destacar también el papel que la industria alimentaria puede tener en todo esto, ya que tendrá la oportunidad de utilizar los componentes bioactivos de los alimentos para mejorar la salud y evitar enfermedades, teniendo en cuenta la configuración genética de los consumidores. Las opiniones más sensacionalistas hablan de que, cuando entremos en el supermercado, un *chip* indicará cuáles serán los productos que tendremos que comprar para favorecer nuestra salud.

¿La sociedad y los consumidores están preparados para estos cambios?

Pero, ¿están preparados la sociedad y los consumidores para estos cambios? ¿sabemos ahora lo que estamos comprando, como para tener más productos funcionales en el futuro?

En el lineal del supermercado, hay una plaga de alimentos enriquecidos, los denominados *alimentos funcionales*; éstos son alimentos ricos en algún componente que nos aporta propiedades positivas importantes para la salud; ello supone que su efecto beneficioso se debe manifestar con las cantidades de alimento que se consume habitualmente.¹ Es el caso de la leche enriquecida con calcio, en un mismo vaso de leche, hay más cantidad de calcio y, por tanto, sus efectos deben ser mejores para el organismo, sobre todo en individuos a los que les cuesta beber leche.

Pero hay otro tipo de alimentos no exentos de polémica, que son los alimentos transgénicos en los que podemos justificar tanto los beneficios como los perjuicios.

¿Qué es un alimento transgénico?

Un alimento transgénico es aquel que se ha diseñado utilizando técnicas de ingeniería genética, es decir, se aísla un gen de un organismo, se modifica en función del objetivo que se persigue y se reintroduce en el mismo organismo de donde se ha extraído o se introduce en un organismo nuevo.⁵ El primer alimento transgénico se comercializó en Estados Unidos en el año 1994 y se trataba de un tomate que tardaba más tiempo en pudrirse. Hoy día, hay centenares de alimentos transgénicos que se cultivan y venden por todo el mundo, desde el maíz resistente a plagas y que, por lo tanto, permite que no se tengan que utilizar tantos plaguicidas, hasta soja o algodón.^{1,6}

Pero, últimamente, la ingeniería genética está enfocada a trabajar cruzando los dos caminos, el de los alimentos funcionales y el de los alimentos transgénicos, y de esta manera obtener alimentos transgénicos funcionales.⁷ La polémica, por lo tanto, está servida.

El primer conflicto de estas características lo podemos tener en el supuesto de introducir un gen de una especie a otra en un contexto muy particular. Sería el caso de alimentos vegetales con genes concretos de origen animal: por lo tanto, la comunidad de vegetarianos estrictos tendría ciertos conflictos sobre si les estaría permitida la ingesta o no, independientemente de que la introducción de este gen mejorase, por ejemplo, la absorción de hierro al consumir vegetales. Otro conflicto en este contexto sería el caso de un alimento vegetal o animal en el que se hubiese introducido un gen de origen porcino, este alimento seguramente no lo podría consumir la comunidad musulmana. Son los denominados *genes de reserva ética*, que pueden suponer cierto rechazo en diferentes grupos de consumidores.⁷

Es cierto que estos dos ejemplos son casi simbólicos, ya que las posibilidades de la ingeniería genética van más allá de estos conflictos y ya hay una serie de

propuestas con gran viabilidad sanitaria a nivel mundial a la espera de su aprobación final de comercialización.

Los alimentos transgénicos funcionales en algunos países en vías de desarrollo

En el caso del denominado *arroz dorado*, en China, India y en diferentes países africanos, son muchas las comunidades que basan su dieta en el consumo casi exclusivo de arroz, cosa que supone déficits nutricionales importantes. Uno de ellos es el déficit en vitamina A, que provoca principalmente problemas oculares, unos 124 millones de niños en todo el mundo padecen ceguera, así como la facilidad para contraer infecciones como la diarrea o el sarampión. La vitamina A se encuentra principalmente en la fruta, las legumbres y los alimentos de origen animal, y su ingesta salvaría la vida de 1,5 millones de niños al año. El arroz sólo tiene una parte de la vía metabólica del precursor de la vitamina A, el β -caroteno, lo que supone que, en realidad, le faltan 3 genes para codificar toda la cadena metabólica. Lo que se consiguió mediante ingeniería genética, en una primera fase, fue crear un arroz con la codificación de genes adecuada para dar más vitamina A, concretamente 1,6 μ g por gramo; por eso, el arroz tenía el color dorado. Pero, los que están en contra de los alimentos transgénicos creen que, a pesar de estas mejoras en el arroz, esta cantidad de vitamina A sería igualmente insuficiente para evitar enfermedades asociadas a su déficit.⁷ Ante esto, ha habido una segunda fase de desarrollo en el que se ha duplicado la cantidad de vitamina A presente en el arroz, pero aun así, todavía no se permite su comercialización. Visto de esta manera, esto supondría una mejora nutricional muy importante en todos estos países que basan su dieta en el consumo de arroz.

Esto es sólo un ejemplo, ya que actualmente se está trabajando en muchos otros productos similares, por un lado,

para mejorar la calidad nutricional de algunos alimentos, pero, por otro lado, también se está trabajando en alimentos transgénicos funcionales que basen su funcionalidad en mejoras sanitarias o, incluso, en lo que se llaman *vacunas orales*, es decir, introducir una vacuna contra cierta enfermedad a través de la ingesta de un alimento.

No sabemos todavía los efectos que pueden tener todos estos procesos en el campo de la nutrición, sobre todo en países en vías de desarrollo; de momento, y tal como indica la legislación en este tipo de alimentos, se necesitan todavía unos años de investigación para saber la inocuidad de los productos y los efectos a corto, medio y largo plazo en el organismo y el medio ambiente. De lo que no hay dudas es de que el tipo de alimentación se puede ver favorecido por toda esta nueva ciencia, que puede suponer mejoras importantes en la salud nutricional de la población mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Serrano-Ríos M, Mateos JA. Nutrición y alimentación. Nuevas perspectivas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
2. Gómez-Ayala AE. Nutrigenómica y nutrigenética. La relación entre la alimentación, la salud y la genómica. OFFARM 2007; 26 (4): 78-85.
3. Mutch DM, Wahli W, Williamson G. Nutrigenomics and nutrigenetics: the emerging faces of nutrition. FASEB J. 2005; 19: 1602-1616.
4. Fernández JL, Benito. J. Panorama actual de la nutrigenómica. ¿Esperanza o realidad? Nutr. Clin. Diet. Hosp. 2008; 28(3): 38-47.
5. Palou A, Serra F. Alimentos transgénicos. Medicine. 1999; 140: 6597-6602.
6. Palou A, Serra F. Perspectivas Europeas sobre los alimentos funcionales. Alimentación, Nutrición y Salud. 2000; 7(3): 76-90.
7. Ramón Vidal D. Alimentos transgénicos funcionales. En: Juárez M, Olano A, Morais F. editores. Alimentos funcionales. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología; 2005. p. 281-298.

La dimensión espiritual del ser humano. Indicaciones para los profesionales de la salud mental

Joan Ordi Fernández

Doctor en Filosofía. Licenciado en Teología.
Profesor del Máster universitario
en bioética del IBB.
joanordi@telefonica.net

resumen

Determinar en qué consiste la dimensión espiritual del ser humano constituye uno de los desafíos fundamentales tanto para el pensamiento filosófico y religioso como para la vida cotidiana si se vive con sentido humano. El problema se vuelve más agudo aún por el hecho de que, en la historia de las ideas, se han producido diversas interpretaciones de dicha dimensión. Como quiera que algunas de ellas han dejado una huella profunda en la forma occidental de entender la vida, el artículo analiza cuatro y extrae algunas indicaciones humanistas que sean útiles para la praxis médica y sanitaria en el ámbito de la salud mental.

PALABRAS CLAVE

alma, creaturalidad, espiritualidad, yo, posmodernidad, sujeto

abstract

Establishing the spiritual dimension of the human being is one of the main challenges for the philosophical and religious thinking and the everyday life experience in a human way. The problem becomes worse for the fact that in the history of ideas there have been different interpretations of this dimension. Since some of them have deeply marked the way of understanding life in the West, the article analyses four of them and extracts humanistic instructions for the medical and health praxis in the field of mental health.

KEYWORDS

soul, creaturality, spirituality, me, postmodernity, subject

Este artículo nos pide dos cosas: a) precisar en qué consiste la dimensión profunda y ulterior del ser humano que va más allá de su naturaleza biopsíquica y la complementaria; y b) hacerlo presentando las concepciones más relevantes de la dimensión espiritual del ser humano que se han producido en la historia. Ahora bien, es evidente que llevar a cabo esta tarea de exponer cómo se ha entendido la dimensión espiritual del ser humano en la historia requeriría todo un curso académico. Por eso, nos vemos obligados a limitar y delimitar drásticamente la exposición, reduciéndola a cuatro momentos históricos y sin podernos detener, obviamente, en autores particulares. Hemos escogido el pensamiento griego clásico, la concepción cristiana, el sujeto de la modernidad y la disolución del sujeto en la actualidad. Paralelamente, nos permitiremos ir ofreciendo una lectura personal del aprendizaje que podemos extraer de cada periodo en términos de espiritualidad. Nos interesa ir viendo cómo estas concepciones de la dimensión espiritual del ser humano pueden orientar la práctica de una espiritualidad humana y cristiana que guíe la atención médica y sanitaria de enfermos psiquiátricos.

1. El mundo griego clásico

En el mundo griego clásico, la dimensión espiritual del ser humano se denomina ψυχή, o sea, *alma* o principio sustancial de vida del cuerpo y principio de actividad del psiquismo, fuente de conocimiento y a la vez destello de divinidad. Diferentes hechos culturales y religiosos van predisponiendo a los griegos a creer que el ser humano está dotado de alma: a) el culto a los

muertos, que implica la creencia que, después de morir, aún perdura un principio no corpóreo de la persona, que se separa del cuerpo y tiene una existencia posterior influida por los vivos; b) la utilización que Homero hizo del término *psique*, que entendía como un soplo de vida que abandona el cuerpo después de morir para ir al Hades; c) la religión griega clásica, que dotaba a los dioses de inmortalidad, mientras hacía esencialmente mortales a los hombres, pero que, a través del orfismo, afirmaba que en el hombre hay un ser espiritual que se independiza del cuerpo, de manera que es posible la comunicación con otros espíritus a través del éxtasis practicado en las bacanales en honor de Dionisio; esta religiosidad dionisiaca cree que en la persona hay algo divino que está atado al cuerpo como prisión del alma.

Platón atribuye, así, tres grandes funciones al alma: a) el conocimiento intelectual o sabiduría, opuesto al conocimiento sensible, que ordena la vida hacia la verdadera esencia de las cosas o *ideas*; b) el ánimo o fuerza que impulsa las acciones humanas, especialmente aquéllas que son necesarias para remontar hacia el mundo de las ideas, los conceptos puros donde se encuentra la verdad, y c) el impulso que atrae hacia el placer y la satisfacción, pero que debe ser moderado o temperado para que no restemos prisioneros de este mundo material que obnubila nuestra mente. Estas tres funciones corresponden a tres partes del alma: la racional o intelectual, la irascible o sensitiva y la concupiscible o apetitiva. Y el ser humano debe buscar el equilibrio entre estas tres partes, una integración mesurada de las tres dimensiones, hecha de sabiduría teórica y práctica, con el fin de que la salud

del alma, vivida a través de la salud de la mente y de la salud del cuerpo, nos permita conseguir el bien y, con él, la felicidad que es digna de todo ser humano, que nunca es meramente psicológica, sino también ética e intelectual.

Es necesario que el personal médico y sanitario del mundo de la psiquiatría y de la psicología desarrolle una fina sensibilidad humana para conectar empáticamente con el mundo interior, propio y personal, del paciente

¿Qué enseñanza nos aporta la concepción griega clásica de la dimensión espiritual del ser humano? En primer lugar, cabe destacar el papel de la inferencia lógica de las facultades superiores, que constituyen el mundo de las capacitaciones permanentes de la persona. Los griegos buscaban siempre un principio de explicación de la constitución propia del ser humano e inferían la existencia de facultades típicamente humanas a partir de la observación consciente de la manera habitual de pensar, sentir, actuar, sufrir y reaccionar como sujetos espirituales que llevan una vida psicofísica. Esta inferencia también constituye una práctica médica habitual e indispensable: lo que preocupa e interesa a los profesionales de la salud psíquica es tener acceso a la comprensión del mundo interior de la persona y el funcionamiento de las facultades superiores, para poder incidir positivamente en los desequilibrios internos que se expresan en la conducta externa y en las ideas y creencias que son fuente de angustia para el paciente. De aquí se sigue, pues, una indicación deontológica: es necesario que el personal médico y sanitario del mundo de la psiquiatría y de la psicología desarrolle una fina sensibilidad humana para conectar empáticamente con el mundo interior, propio y personal, del paciente. Sin teorizarlo

de manera filosóficamente técnica, la persona se sabe sujeto espiritual, o sea, intuye que es persona en un sentido que va más allá de su naturaleza psicobiológica. Los profesionales deben respetar profundamente esta vivencia o intuición de un fondo espiritual como sustrato del psiquismo del ser humano. Y lo deben respetar también en el caso de que el paciente negara esta dimensión espiritual interpretando la vida humana en un sentido materialista y ateo o agnóstico, ya que una cosa es la teoría que defendemos y otra bien diferente la vivencia que tenemos de la existencia.

Los profesionales deben respetar profundamente esta vivencia o intuición de un fondo espiritual como sustrato del psiquismo del ser humano

2. El cristianismo

La segunda concepción de la dimensión espiritual del ser humano que queremos destacar en el conjunto de la historia de las ideas es la que defiende el cristianismo. Aquí se debe hacer una advertencia bien clara: lo que hay de específico en la antropología cristiana no es la afirmación de que el ser humano tiene o, mejor dicho, es alma. Esta tesis ya se encuentra, como hemos visto, en la cultura griega clásica y, en una versión general o imprecisa, constituye un patrimonio universal de la antigüedad. Propiamente, el cristianismo sitúa la dimensión espiritual del ser humano en una triple condición: la de ser creado, la de ser amado por Dios sin limitaciones y la de ser encaminado a una vida de servicio a la verdad, del sentido y de la plenitud. Desarrollar cada uno de estos tres aspectos del dogma cristiano antropológico requeriría muchas páginas. Sean suficientes las siguientes indicaciones un poco telegráficas.

La creaturalidad hace que el ser humano sea un ser espiritual. *Creaturalidad*

quiere decir que el ser humano existe porque Dios lo ha amado, y no por una simple casualidad de la evolución biológica. *Creaturalidad* quiere decir que la casualidad evolutiva de la materia responde, en el fondo, a un proyecto de comunicación de amor y de vida que tiene su origen en la eternidad y que apunta a la plenitud en la eternidad. *Creaturalidad* quiere decir que tanto la materia como el ser humano se sostienen en Dios, tanto por lo que respecta al ser, como al sentido y a la verdad. La creación no es un acto puntual que da inicio a la gran maquinaria del cosmos, ni se puede identificar simplemente con el *Big Ban*, ya que más que un acto físico de producción es una voluntad constante de amor y de vida que hace nacer aquello que es digno de ser amado: el ser humano, y promueve su crecimiento. Para proceder radicalmente de Dios y descansar totalmente en Dios, la vida humana es espiritual, ya que sólo un ser de naturaleza espiritual puede estar a la altura de una relación con Dios como fuente de amor, de conocimiento, de libertad y de vida.

El cristianismo sitúa la dimensión espiritual del ser humano en una triple condición: la de ser creado, la de ser amado por Dios sin limitaciones y la de ser encaminado a una vida de servicio a la verdad, del sentido y de la plenitud

Justamente porque estamos llamados a este diálogo humanizador con Dios, somos un sujeto espiritual, o sea, tenemos alma. En este punto, el cristianismo debe más a la antropología bíblica que a la griega. Para la Biblia, cuerpo y alma no son simplemente dos componentes, uno material y otro espiritual, del ser humano, sino que siempre se trata de su totalidad. La Biblia carece de antropología griega, por ello, siempre termina

por forzarla demasiado. Para la Biblia, el ser humano muestra ser espíritu en el cuerpo mismo, ya que el cuerpo humano siempre es un cuerpo *personalizado*, el cuerpo de una persona, la persona en tanto que se nos hace física y psíquicamente accesible. El cuerpo está empapado de espíritu. Es imposible mirar el cuerpo desnudo de un hombre o una mujer sin sentir la presencia interpeladora de una persona que trasciende su cuerpo. La obscenidad y la pornografía consisten precisamente en prescindir de la persona a la hora de considerar y de tratar el cuerpo. Y al revés: para la Biblia, es imposible definir la dimensión espiritual del ser humano sin hablar de corporalidad, relación con los otros, lenguaje, símbolos y comunidad humana. No existe el espíritu que no tenga una esencial dimensión corporal. Es cierto que la dimensión más interior del ser humano es su conciencia, el núcleo de su persona, el mundo interior de sus convicciones, sentimientos, deseos y proyectos. Ahora bien, nada de todo esto es real sin la mediación de la esencial vinculación del ser humano a la materia, a los otros, a la historia, a la cultura del grupo social, a la especie biológica como tal, en general, a la construcción de la vida material y a la supervivencia en el tiempo y en el espacio. Para decirlo sintéticamente, somos corporalmente espirituales y espiritualmente corporales. Para el cristianismo, ambos aspectos no se confunden, son distinguibles, pero no resultan separables.

Somos corporalmente espirituales y espiritualmente corporales. Para el cristianismo, ambos aspectos no se confunden, son distinguibles, pero no resultan separables

Por esto, se comprende que la antropología cristiana, basándose en la fe que confiesa Jesucristo como el Hijo de Dios, prometa la plenitud de la

existencia humana en la totalidad de sus dimensiones constitutivas, excepto aquello que la deshumaniza y que no puede ser integrado de ninguna manera en la plenitud escatológica: el mal. Para el cristianismo, el ser humano es espiritual en tanto que sujeto de esperanza: el motor de su vida se encuentra en la secreta o reconocida esperanza de que la vida humana puede caminar con confianza hacia la plenitud, el sentido y la verdad definitivos. Para el cristianismo, no se puede iniciar este camino de esperanza, que puede sostener toda una vida, sin tener fe en Dios viviente que ama y comparte el sufrimiento humano. No tener fe en Dios significa buscar la posibilidad de verdad, sentido y plenitud escatológicos en otra fuente que parezca garantizarla mejor que Dios, o bien renunciar a una verdad, un sentido y una plenitud que puedan ir más allá de lo que racionalmente podemos esperar de la ciencia y de la razón humana. El cristianismo comprende estas decisiones y opciones personales que no están orientadas hacia Dios (ateísmo, agnosticismo e indiferencia religiosa), pero no puede dejar de creer que sólo Dios es digno de una confianza ilimitada que sea verdaderamente escatológica, o sea, que apunte a una plenitud definitiva y que no sea meramente el resultado previsible de una vida cerrada en los límites de la materia y de este mundo.

Dicho esto, que obviamente es muy sintético, ¿qué enseñanzas nos aporta la concepción cristiana de la dimensión espiritual del ser humano? Teniendo a la vista la práctica médica y sanitaria con pacientes psiquiátricos, posiblemente se podrían indicar los aspectos siguientes: las ideas religiosas tienen la función de totalizar la vida de una persona. No se trata de unas creencias más cercanas a otras; la persona que es mínimamente creyente, que ama lo que Dios ama y que espera en una plenitud de sentido y de vida que empieza con el compromiso a favor de los otros no considera su fe como un añadido más a su existencia, como un elemento com-

pensatorio de su egoísmo. Para él y ella, la experiencia religiosa no consiste en un acto puntual de fe, ni en un simple conjunto de creencias sobre Dios y sobre el ser humano. Todo esto es demasiado abstracto y poco vital. Sobre todo, siente que toda su persona –corporalidad, conciencia, libertad, pensamiento, afectos y relación con los otros– se encuentra iluminada, amada, perdonada y aceptada de manera global, y a la vez orientada en totalidad hacia el Dios de Jesucristo que ama y que lo envía a amar a los otros.

Para el cristianismo, el ser humano es espiritual en tanto que sujeto de esperanza: el motor de su vida se encuentra en la secreta o reconocida esperanza de que la vida humana puede caminar con confianza hacia la plenitud, el sentido y la verdad definitivos

Esta vivencia espiritual totalizadora es, para el cristianismo, la actualización religiosa de la dimensión espiritual constitutiva del ser humano. No hay fe si toda la persona no está siempre en camino hacia el Dios que se hace accesible en la humanidad de los otros, sobre todo en la humanidad de los más sufrientes. Por esto, resulta comprensible que los profesionales médicos y sanitarios del mundo de la psiquiatría y de la psicología, si son cristianos o tienen una fe próxima al cristianismo, se sientan llamados a hacer de la profesión médica y sanitaria una prolongación y una actualización creativa del ministerio de Jesucristo: acercar el amor incomprensible de Dios a los perdedores de la sociedad, a los que no escriben páginas gloriosas en la historia de la humanidad, a los que sufren a causa de graves enfermedades psíquicas que los incapacitan para tener una identidad personal satisfactoria y feliz.

Vemos, por segunda vez, que definir en qué consiste la dimensión espiritual del ser humano nos lleva a entender y vivir la vida personal y la profesión sanitaria de una manera bien concreta. La filosofía, la religión y la espiritualidad no son meramente teorías conceptuales, sino el intento de formular con palabras aquello en lo cual el ser humano se juega el sentido de la felicidad en este mundo.

3. La modernidad

La tercera concepción de la dimensión espiritual del ser humano que vale la pena destacar es la característica de la modernidad, que se inició en el siglo XVII con la filosofía y la forma práctica de vida de René Descartes (1596-1650).

Este filósofo francés estableció un criterio riguroso de demarcación entre la materia y el ser humano, y entre ambos y Dios. La materia, la designó como extensión desprovista de cualquier conciencia o pensamiento, y falta de actividad por ella misma, ya que el movimiento y la energía que muestra tener le fueron dados por Dios en un acto creador. Comparado con esta masa inerte de simple extensión física que es la materia, el ser humano se caracteriza por pensar, por tener ideas, sentimientos y afecciones, por ser consciente de sus actividades psíquicas y de su propia existencia e identidad, y por no ocupar ningún lugar físico en el mundo, ya que propiamente el ser humano es una sustancia pensante, no un cuerpo, sino un *cogito* (“pienso, tengo estados de conciencia cognitivos y afectivos”), un centro de actividad mental que se asegura la existencia en este mundo –esto sí– en tanto que vinculado a un cuerpo. Ambas sustancias, no obstante, son finitas: la material porque la extensión la limita por todos lados y porque una extensión ilimitada no equivale nunca a infinito supramaterial; y la pensante, porque la mente humana no tiene la espontaneidad y la creatividad originarias de la mente divina, que es totalmente ilimitada en su poder y completamente

incondicionada en su obrar. Sólo Dios, pues, es la sustancia infinita, el sentido de omnipotente, omnisciente y absolutamente independiente.

El sueño de una completa independización del ser humano respecto a cualquier vínculo constituye sobre todo una pesadilla

Ahora bien, estos atributos divinos funcionan, para Descartes, como el motivo o móvil de la secreta envidia de Dios que el ser humano siente. Cabe entender, en efecto, que la modernidad de Descartes rompe explícitamente, como programa filosófico, con toda la herencia del pasado (tradicón cultural y filosófica que se remonta a Platón y Aristóteles), con toda la autoridad institucionalizada (iglesias cristianas y príncipes políticos) y con toda dependencia de teorías veneradas a lo largo de los siglos, pero que no se basan ni en la observación sistemática de los fenómenos ni en la experimentación guiada por principios racionales. Esta triple rotura tiene como finalidad colocar al ser humano en la posición de quien se basta a sí mismo, desvinculado como queda de todo nexo de dependencia y sumisión, puesto que es finito, pero no posee la libertad total, el poder omnímodo y el saber absoluto de Dios. Ahora bien, justamente por esto envidia a Dios y, en los límites de su poder finito, le imita tanto como puede, ya que cree que la dimensión espiritual de su ser humano se manifiesta más claramente cuando se da más autoconciencia, libertad y pleno control racional de todo lo que le rodea y de todo lo que le pasa en el interior de su psiquismo sin materia, pero con pasiones. Con esta autoposición, el sujeto de la modernidad se encuentra a pocos milímetros de la paranoia de quitar el sitio a Dios, desgranándose paradójicamente en su humanidad, como de hecho hemos visto y constatado histó-

ricamente en las dinámicas e ideologías totalitarias, absolutistas y delirantes de los siglos XIX y XX.

Concebida así la dimensión espiritual del ser humano, cabe preguntarse, como sujeto autónomo, recluso en sí mismo y autosuficiente, ¿qué podemos aprender para la práctica médica y sanitaria en el mundo de la psiquiatría? La gravedad de las enfermedades de tratamiento psicológico y psiquiátrico intenso, y a veces de por vida, muestra, en negativo, que el sueño de una completa independización del ser humano respecto a cualquier vínculo constituye sobre todo una pesadilla. Muchos casos de enfermedades psíquicas acaban mostrando el rostro de una pérdida grave de contacto sustancial con la realidad objetiva. Contrariamente a lo que tiende a pensar la modernidad, la dimensión espiritual del ser humano no se encuentra en la autonomía desvinculada, sino en un esfuerzo equilibrado, y siempre reintentándolo de nuevo, de humanizar los lazos que llenan de sustancia nuestro ser: la vinculación al cosmos a través de nuestro organismo biopsíquico, en cuya escucha podemos encontrar una fuente de serenidad y de gozo interior; la vinculación a un contexto familiar acogedor y confiado en que la persona se sienta amada incondicionalmente y estimulada a desarrollar una identidad madura; la vinculación a la tradición y la historia común de un pueblo o nación que nos constituye en nuestra identidad colectiva y que hace posible compartir valores, ideales y metas comunes; y la vinculación a tradiciones de pensamiento, de creación artística, de investigación científica, de compromiso social y de experiencia religiosa que nos proyecta hacia el futuro desde el bagaje de un pasado ya experimentado, analizado, decantado, valorado en la justa medida que la distancia facilita.

Paradójicamente, es, gracias a estas vinculaciones, por lo que acabamos adquiriendo una autonomía verdaderamente humana. Por esto, parece recomendable que, en la práctica mé-

dica y sanitaria de terapia psiquiátrica y psicológica, y en general de acompañamiento humano, tomemos los vínculos naturales del ser humano como referencia, como objetivos y como indicadores y a la vez estímulos de salud mental para los pacientes. Se debe continuar haciendo todo lo posible para que los enfermos mentales restablezcan estos vínculos significativos, tanto cognitivamente como afectivamente, con los elementos esenciales de nuestra compleja realidad humana, que es espiritual y material al mismo tiempo. El sujeto de la modernidad desconfió radicalmente de la tradición. En su momento histórico, esta postura podía estar justificada después de los abusos institucionales de la Iglesia católica y del poder político medieval. Hoy, más bien, nos amenaza el peligro de una supuesta autonomía personal que, en realidad, muestra mucha soledad y frustración, mucho sufrimiento interior, mal disimulado con muchas ocupaciones exteriores.

4. Época postmoderna

Esta observación nos permite pasar a la última –la cuarta– concepción de la dimensión del ser humano que hemos escogido para comentar. Aquí se trata de una posición atribuible a una cierta mentalidad ambiental, que ha sido producto de aquella modernidad desplegada en la historia hasta nuestros días. Es la manera de pensar y de sentir de la *época posmoderna*. Es evidente que también nosotros vivimos bajo la influencia de esta concepción del ser humano que predomina en el presente. ¿En qué consiste? ¿Cómo la podríamos definir? ¿Y qué tiene que ver con la modernidad? Intentemos aproximar una respuesta a estas preguntas que nos sirva en términos de espiritualidad vivida en el mundo de la salud mental.

La posmodernidad ha llevado a su radicalidad la desconfianza iniciada por la modernidad. En un primer momento, la tradición cristiana medieval, que era una simbiosis de filosofía, Biblia y polí-

tica papal e imperial, acabó en descrédito y fue paulatinamente sustituida por una ciencia empírica y matemática, una filosofía elaborada según el modelo de la geometría y de las ciencias de la naturaleza, y una mentalidad pragmática y racionalista que tendía a ver en la religión la expresión de sentimientos, valores e ideales humanos. Las metafísicas del pasado, como la de Platón y Aristóteles, y las síntesis medievales entre fe y filosofía, como la de Santo Tomás de Aquino, fueron objeto de desconfianza y abandonadas por la nueva filosofía de la conciencia que instauró Descartes. La verdad se va transformado así en certeza subjetiva para la conciencia, en lugar de ser la estructura de las cosas en sí captada en enunciados. Toda la modernidad vive de este desplazamiento del punto de partida, que abandona la actitud de obediencia a la realidad exterior para hacer del *cogito* la medida de la verdad. La dimensión espiritual del ser humano pasa a ser ahora la misma racionalidad del sujeto que desacraliza el mundo.

El origen de la llamada posmodernidad, época historicista que es la nuestra y que se caracteriza por una radical desconfianza hacia una supuesta razón humana objetiva y universal. Por esto, tendemos a elaborar una concepción relativista de todo: nada tiene un valor absoluto, sino que creemos que todo es relativo

En un segundo momento, que empieza hacia la mitad del siglo XIX y se extiende por todo el siglo XX, la actitud de desconfianza ya se ha enquistado en la forma práctica de vivir del hombre moderno y se ha convertido en la actitud mental predominante a la hora de pensar, de valorar y de decidir. Ahora bien, esta desconfianza se radicaliza hasta el

punto de recaer sobre ella misma. Y así aparece, en la primera mitad del siglo XX, una duda escéptica sobre la misma pretensión de objetividad universal de la razón ilustrada. Por ejemplo, la filosofía conocida como *historicismo* puso de moda la tesis según la cual todo lo que hace el ser humano está inevitablemente condicionado por la mentalidad, los valores, los conocimientos y los prejuicios de la época histórica en que se produce. Toda creación es hija de su tiempo. Y por esto, la concepción ilustrada de la razón tampoco se escapa al condicionamiento histórico de la salida de la época medieval y del inicio de la matematización de la física en los siglos XVII y XVIII. No hay nada de objetivo y universal o intemporal: todo es producto cultural de una época histórica determinada. Aquí se encuentra, propiamente, el origen de la llamada *posmodernidad*, época historicista que es la nuestra y que se caracteriza por una radical desconfianza hacia una supuesta razón humana objetiva y universal. Por esto, tendemos a elaborar una concepción relativista de todo: nada tiene un valor absoluto, sino que creemos que todo es relativo a unas circunstancias y a un contexto concreto; ninguna teoría filosófica puede explicar toda la complejidad humana; la especialización científica ya no nos permite conseguir una visión completa del mundo o cosmovisión; las religiones no gozan del prestigio de la verdad, sino que sirven a título individual y a menudo se reducen a técnicas de meditación para controlar el estrés, las emociones y los problemas de la vida; la ética ha perdido el referente de unos valores normativos que nos obligaban a autosuperarnos y se han convertido en códigos de conducta que la persona decide tener según sus gustos y puntos de vista subjetivos; las relaciones humanas parecen estar marcadas por la expectativa de obtener alguna ventaja personal, más que por el deseo de hacer un bien a otro. Y así sucesivamente.

A todo esto, debe añadirse la conciencia de que por encima de todos ac-

túan estructuras dinámicas y poderes que no podemos controlar de ninguna manera. Por ejemplo, la economía es una estructura de mercado mundial que impone sus leyes de explotación y beneficios sobre todos los países del mundo; la política es el juego del poder que se debe conseguir y administrar en beneficio del propio partido o de determinados grupos financieros o empresariales; la tecnología se aplica a todos los ámbitos de la vida y se encuentra en un proceso de revolución incesante y acelerado que transforma radicalmente nuestra manera de relacionarnos con el mundo y contribuye a mantener una mentalidad pragmática, instrumental, funcional. Economía, política y tecnología son tres ejemplos de dinámicas que se nos imponen, invaden nuestra vida y determinan nuestra manera de sentir el mundo, de interpretar la vida, de entendernos a nosotros mismos. Al fin y al cabo, acabamos teniendo la sensación de que, fuera del ámbito secreto de nuestra intimidad personal, que bien poco interesa a los otros, no somos nada más que masas inapreciables en manos de dinámicas y poderes sociales enormes e insuperables, invencibles. Valgan dos ejemplos: podemos decidir vivir en un piso modesto, pero en seguida comprendemos que no es esto lo que frena la especulación inmobiliaria, sino la crisis económica del sector. Podemos apagar todos los aparatos eléctricos de casa cuando no los utilizamos, pero en seguida nos damos cuenta de que no es esto lo que drena la contaminación y la explotación insostenible del medio ambiente, sino la decisión de una multinacional de cambiar la ubicación de sus empresas. Y así podríamos poner miles de ejemplos parecidos.

Nos acompaña, pues, de manera soterada, la impresión de que no somos los verdaderos sujetos de nuestra historia. Somos piezas de poderes estructurales de alcance supranacional. El destino ha tomado el rostro de los megapoderes que dominan la historia humana. Y así, no nos creemos portadores de una

dimensión espiritual constitutiva. Hay demasiadas cosas materiales y muy poderosas en nuestro entorno, creadas por el ser humano mismo, pero dotadas de una eficacia que se come todo el protagonismo personal. Se ha producido lo que los estudiosos de las culturas llaman "la disolución del sujeto en la posmodernidad", que es nuestro tiempo. Ahora bien, cuando la persona no se siente protagonista de su propia biografía, las posibilidades de una espiritualidad en el sentido fuerte de la palabra se reducen mucho. La espiritualidad creyente es la existencia humana vivida desde la verdad divina, reconociendo un sentido objetivo y una exigencia ética humanizadora en el mundo de los valores, y buscando una plenitud humana a través del amor a los otros, del servicio profesional y de la lucha por la justicia. *Espiritualidad* quiere decir ejercicio constante y práctica incesante, en las circunstancias más cotidianas de la vida, de un abandonarse a la verdad, el sentido y la promesa de plenitud que sale a nuestro encuentro en la profesión, en la vida de familia, en la relación diaria con la gente y en los hechos, dinámicas y tendencias de nuestro planeta. Es *espiritual* la persona que reconoce profundidad y densidad humana, o sea, condición de sujeto, allí donde aparentemente sólo hay casos particulares de leyes generales, es decir, un enfermo psiquiátrico más que ha sido víctima de la mala construcción de la personalidad a que nos lleva esta sociedad desequilibrada. Ahora bien, ¿cómo podemos ser espirituales y ayudar espiritualmente a los otros, si nuestro sujeto amenaza con disolverse en tantos mecanismos, estructuras dinámicas y fuerzas impersonales que nos superan? Es necesario una toma de conciencia más clara que en el pasado de la esencial dimensión espiritual de la persona: ¡la humanidad se juega la propia felicidad! Y también se debe valorar más que nunca el trabajo en equipo como una gran oportunidad de generar experiencias de humanidad contra los poderes ambientales.

Se debe volver a edificar contextos humanos donde sea posible descubrir que somos sujetos con la posibilidad de dar sentido humano a nuestras vidas y de hacer algo porque la vida de los otros tenga sentido

Conclusión

En conclusión, la antropología filosófica griega, que contiene el modelo clásico de humanismo; la concepción cristiana del ser humano, que nos enseña a amar el mundo y los otros como Dios los ama en Jesucristo y el descubrimiento del sujeto autoconsciente de la modernidad, que nos estimula a ser verdaderos actores de nuestra historia en libertad y responsabilidad, pueden darnos pistas para ejercer la profesión médica y sanitaria con el gozo de contribuir a mejorar la calidad de vida mental de los pacientes desde una espiritualidad bien encarnada en el mundo. Y encarnada sobre todo en el momento posmoderno actual, en que mucha gente presenta síntomas claros de crisis de convicciones, de ideales y de valores, se siente profundamente sola y angustiada, y no ha podido construir un mundo interior capaz de ofrecer un mínimo de felicidad personal que responda la pregunta «¿cuál es mi papel en este mundo?». Nuestra época ha relativizado muchas cosas inútiles del pasado. Nos hemos liberado de falsos absolutos que debajo del paraguas de la religión, en el fondo, contribuyen a no pocos desequilibrios y sufrimientos mentales. Ésta es, a mi juicio, la cara más positiva de nuestra posmodernidad desencantada. Ahora toca pasar a la fase constructiva. Se debe volver a edificar contextos humanos donde sea posible descubrir que somos sujetos con la posibilidad de dar sentido humano a nuestras vidas y de hacer algo porque la vida de los otros tenga sentido.

Fundamentación ética en la atención a las personas con discapacidad intelectual grave y profunda¹

Josep Ramos Montes

Psiquiatra.
Director de Planificación de Salud Mental
de Sant Joan de Déu.
jramos@pssjd.org

resumen

El objetivo de este artículo es fundamentar éticamente el modelo de atención a las personas con discapacidad intelectual grave y profunda, desde la dignidad humana, y analizar algunos aspectos éticos vinculados a la práctica asistencial, tanto desde la vertiente de la ética profesional como de la ética de las organizaciones.

PALABRAS CLAVE

ética, discapacidad intelectual, autonomía, intimidad, ética de las organizaciones

abstract

This article wants to set the ethical grounds in the way people with intellectual disability are assisted, from the human dignity and analyses some of the ethical aspects related to the assistance, from a professional ethics point of view as well as the ethics of the organisations.

KEYWORDS

ethics, intellectual disability, autonomy, privacy, ethics of the organisations

La dignidad de las personas con discapacidad intelectual

El respeto a la dignidad de la persona en los ámbitos asistenciales se basa en cuatro principios² de un tipo de ética universal, algo así como un pacto con el que nos hemos dotado, no hace muchos años, por encima de las culturas, ideologías y creencias. Son los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Pero el primer principio ético y fundamental es el de la dignidad de la persona. Del latín *dignus*, significa “valioso”, y se refiere al valor intrínseco que poseen todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de su situación o condición económica, cultural, de sus creencias o ideología. Independientemente de su estado de salud, de su capacidad de autonomía, o incluso de su condición moral.

Este valor intrínseco se basa en la capacidad –bien sea total o reducida– de las personas para regular su comportamiento según normas propias (autonomía), es decir, en el hecho de estar en posesión de un potencial de emancipación respecto al medio natural, en la posibilidad de construir una biografía. Una persona no es sólo lo que es, sino también sus aspiraciones. Es también, siempre, un proyecto personal. Toda vida humana puede ser algo más que vida, una vida con sentido, una biografía. Ser persona es, por tanto, la cuestión primordial, por encima de cualquier condición, como por ejemplo, la de discapacidad.

La condición de grave discapacidad intelectual –objeto de la reflexión que presentamos– implica enormes limitaciones, e incluso la imposibilidad radical

de la construcción personal. Begoña Roman distingue entre “una dignidad en sentido laxo, que todo el mundo tiene, en tanto que persona (fin en sí, valor absoluto, fuente de todo otro valor), que podría haber llegado a desarrollar autonomía si no se hubiese producido este proceso patológico que ha impedido el desarrollo intelectual necesario; y la dignidad en sentido estricto, objeto de una conquista personal y moral.”³

Si toda persona es digna sólo por el hecho de haber nacido, merece respeto. Cada persona merece respeto sin tener en cuenta cómo es. Hay que reconocer, pues, la diferencia del otro y aceptarlo y respetarlo

Si toda persona es digna sólo por el hecho de haber nacido, merece respeto. Cada persona merece respeto sin tener en cuenta cómo es. Hay que reconocer, pues, la diferencia del otro y aceptarlo y respetarlo. En el reconocimiento del otro, en la defensa de su dignidad, se afirma la propia virtud y la propia dignidad. Por tanto, la misma dignidad que nos diferencia de los otros seres vivos también nos hace más responsables. Roman nos dirá: “Y nosotros, los que nos relacionamos con ellos, nos jugamos nuestra dignidad estricta en el trato que les damos si olvidamos que, siempre, aun con la discapacidad del otro, son personas.”

Pero las personas, a parte de dignas, también son vulnerables.⁴ De hecho, Lévinas considera que la fundamentación de la dignidad de las personas es justamente su vulnerabilidad. Todas las personas son vulnerables, porque son

finitas y frágiles, expuestas a la herida, a la enfermedad, al fracaso y a la muerte. A pesar de ello, las maneras, los grados y las formas de vulnerabilidad –así como la misma discapacidad– varían de un sujeto a otro, y también varían a lo largo de la biografía de una persona.

La mayor vulnerabilidad del otro es el objeto de todo principio ético, y se convierte también en una llamada de carácter responsable. Los humanos no podemos permanecer indiferentes ante la vulnerabilidad del otro, sino que hemos de responder responsablemente a su interpelación.⁵ Por ello, es obligado esforzarse para compensar el déficit o la falta de oportunidades biológicas, económicas, relacionales o sociales, aunque sea con estrategias de discriminación positiva.

En base a esta fundamentación, tenemos que construir, día a día, momento a momento, una ética del cuidado (un cuidado basado en los valores) para atender a las personas con discapacidad intelectual grave. Ésta ha de ser una ética cívica, que no es exactamente la de los antiguos valores compasivos por motivos religiosos o de creencias; que se presenta lejos también del antiguo paternalismo (obsolescencias morales, en palabras de Begoña Román). La ética cívica se basa en el principio de justicia (en el derecho de las personas), y ha de atravesar todos los ámbitos de la acción asistencial: la definición y priorización de las políticas públicas (macrogestión), la organización de los servicios (mesogestión) y la atención profesional concreta (microgestión).

En la práctica habitual, no siempre están bien articulados la misión, los objetivos o los valores entre estos tres niveles: la administración pública, la organización y el profesional. Hay que recordar también que aún hay más protagonistas: las familias o los tutores, los otros servicios comunitarios, la sociedad, la opinión pública, etc. El gran objetivo es articular bien todos estos niveles partiendo del reconocimiento profundo de la dignidad de la persona

gravemente discapacitada.

La atención a personas con discapacidad intelectual

A continuación, abordamos algunos aspectos que ocupan y preocupan en la atención diaria a las personas con discapacidad intelectual:

Integración social - Normalización

Uno de estos aspectos es el del estado actual de los modelos conceptuales que se han utilizado a lo largo de los últimos años, y que tanto han ayudado a mejorar la vida de estas personas. La integración social ha estado en la base del concepto de normalización, y eso implica poner en el punto de mira de la intervención tanto al individuo afectado (mejorando sus capacidades y habilidades), como al entorno social y comunitario (mejorando la aceptación y la inclusión).

Autodeterminación

La autodeterminación es, al mismo tiempo, una capacidad y un derecho. Una capacidad, porque implica una combinación de habilidades, conocimientos y creencias que capaciten a una persona para comprometerse en una conducta autónoma, autorregulada y dirigida a una meta. Es tan importante el convencimiento de que se es capaz y efectivo, como la comprensión de las propias fuerzas y limitaciones.⁶

La autodeterminación como derecho consiste en la garantía de que, al margen de las capacidades, se puede tener un proyecto vital basado en la propia individualidad e identidad, ejerciendo un control sobre éste. En las personas con gran vulnerabilidad, este derecho deberá ser indirecto, mediado por otros. De hecho, cuantas más limitaciones, más necesidad de apoyo se requerirá para la construcción del propio proyecto. Lo que ha de ser siempre significativo es el mantenimiento de algún poder de

la persona para intervenir también, de alguna manera, en su propia vida.

Así, el objetivo fundamental debería ser que la persona con discapacidad tenga la oportunidad de formular planes y metas que tengan sentido para ella, en negociación con las personas de su entorno (familiares, amigos, profesionales),⁷ en lugar de asistir como mero espectador y consumidor ante los servicios ya establecidos. Esto es lo que pretenden los enfoques de intervención como el de la planificación basada en la persona.

Así que hay que adquirir cierta pericia en la administración de la autonomía, o de la autodeterminación cuando se trata a personas con estas enormes dificultades. A menudo, en las personas más afectadas, la autonomía se limitará a la gestión de las preferencias del otro. En todo caso, administrar la autonomía consiste en ofrecer –como si de una medicina se tratara– la dosis adecuada en cada momento de la evolución. El riesgo consiste entonces en el cálculo de esta dosis, y en el peligro subyacente de la infradosificación o la sobredosis. La habilidad y el arte en la administración de esta medicina es una de las características más importantes, y a la vez más difícil, del profesional, y se ha de entender –de la misma manera que cuando educamos a nuestros hijos– como una práctica de ensayo y error, que sólo puede tener éxito desde la relación.

Una dosis baja de autonomía nos lleva a situaciones ya conocidas. Por suerte, nos hemos percatado de que el hiperproteccionismo (el paternalismo) representa un atentado flagrante a la dignidad humana, en la medida en que genera infantilismo y coarta la capacidad de aprender de la propia experiencia. Pero una dosis excesiva, abusando del principio de normalización, significa negar las limitaciones del otro y exponerlo a situaciones insostenibles, a la frustración y al fracaso. El concepto de normalización ha representado, sin duda, un avance importante en la concepción que tenemos actualmente

de la discapacidad intelectual, pero es un concepto limitado, e incluso contradictorio, que no conviene forzar. ¿Qué quiere decir que una persona está “normalizada”? ¿Que acepta los valores de la mayoría? ¿Que hace lo que hace la mayoría? ¿Que tiene los mismos derechos y, por tanto, los mismos deberes? Y las personas que necesitan instituciones para hacer avanzar su vida, ¿están “normalizadas”?

Intimidad

Otro aspecto importante es el de la intimidad. La protección de un espacio privado, capaz de encerrar y contener los propios secretos, es una condición esencial para la individuación y la maduración personal, que se adquiere hacia los 5 o 6 años. Más que de una adquisición, se trata de una auténtica conquista que requiere una actitud activa, e incluso reivindicativa, del niño en crecimiento. Difícilmente apreciaremos esta actitud en las personas que están en las residencias de profundos. Como en el caso de la autonomía, la intimidad de un cuerpo adulto que envuelve a una mente correspondiente a 2 o 3 años de edad mental, también necesita ser mediada. El cuidador ha de formar parte de la intimidad del usuario, entre otras razones, para controlar los riesgos, de todo tipo, a los que puede estar sometida la persona discapacitada.

Gestionar la autonomía o las preferencias, gestionar la intimidad del otro, su bienestar, incluso sus relaciones interpersonales, el papel de la familia... es todo lo que piden a los profesionales. A menudo, ello exige un rol de intérprete anticipador nada fácil. En mi opinión, este papel es imposible si no existe una relación interpersonal firme con los usuarios, y si no se tiene una concepción verdaderamente profesional del trabajo, es decir, conciencia de una cierta transcendencia en lo que hacemos.

Este tipo de residencias para personas con discapacidad intelectual profunda no pueden ser “una familia”. Pero tam-

poco son exactamente “un servicio” o “un dispositivo”. Quizá se parezcan a una pequeña comunidad, muy especial, claro, con personas que tienen roles muy diferentes, pero capaz de compartir todo lo que se necesita para la convivencia. Discriminar las responsabilidades y los roles en cada uno de los distintos ámbitos de servicio que estamos ofreciendo, preservar la independencia del tutor, de la familia, del monitor o del psicólogo, incluso aceptando diferencias y conflictos, garantiza que aceptemos la complejidad de la persona atendida, y que ésta dispone de más espacio para la construcción de un proyecto personal, aunque en muchos casos se reduzca a obtener sensaciones positivas de placer, amor, seguridad o bienestar. Tenemos que debatir tantas veces como sea necesario y posible el modelo de cuidado basado en valores que hemos de ofrecer a nuestros usuarios tan gravemente afectados en sus capacidades cerebrales: cómo tratamos su intimidad y la relación de ésta con la seguridad, cómo acogemos o educamos la sexualidad, qué significa autodeterminación, hasta dónde el ya clásico principio de normalización, qué homogeneizaciones inevitables en la organización de los servicios (los horarios o las actividades para todos igual) pueden negar, de hecho, la personalización (la subjetivación). Estas preocupaciones, desde el reconocimiento de nuestra limitación –nuestra discapacidad, podríamos decir, para ayudar al otro–, junto con las de cómo mejorar nuestras organizaciones y la calidad de nuestros profesionales, son cuestiones centrales en nuestra labor.

Ética de las organizaciones

Así pues, además de una ética de los profesionales, necesitamos también una ética de las organizaciones. Los usuarios, incluidos sus familiares, viven con frecuencia en situaciones de desestructuración mental y conductual, y requieren una dedicación y unos recursos humanos ingentes (la tecnología

en este ámbito aún es muy reducida). En efecto, garantizar la atención de una manera individualizada implica muchos más profesionales, y también profesionales de una gran cualidad humana. Sólo eso ya es un reto extraordinario, porque también nos hallamos en un contexto social y económico donde las profesiones dedicadas al servicio de las personas con discapacidad intelectual no están socialmente valoradas.

Por tanto, ¿qué organizaciones necesitamos? Hoy, dirigir una empresa es crear entorno. Y crear entorno es promover condiciones para la participación y el debate, estimular la crítica para hacer surgir nuevas propuestas, desde la sutilidad, desde la credibilidad (sinceridad, sensibilidad, ejemplaridad, valores éticos). Albert Schweitzer decía: “El ejemplo no es una manera de influir en los otros, es la única”. En las organizaciones, a menudo ocurre que, cuanto más incertidumbre, más respuestas para reforzar lo que se ha hecho antes, más necesidad de volver a las antiguas creencias, negándose a nuevas percepciones o conocimientos. O, como decía Keynes: “lo más difícil del mundo no es que la gente acepte nuevas ideas, sino que olvide las antiguas”. En las organizaciones muy perturbadas por fluctuaciones internas y amenazas del entorno, la incertidumbre puede generar un endurecimiento de las reglas, las leyes, la jerarquía y las normas tradicionales de comportamiento.⁸

Cuanto más compleja se hace una organización, más ha de invertir en mantener su creciente complejidad: más comunicación, más información, más interacción interna, más innovación.

Cada organización tiene su periodo de maduración. Cada una tiene su tiempo; pero, más pronto o más tarde, tienden a institucionalizarse, a hacerse rígidas. La transición de la etapa carismática a la etapa burocrática se suele realizar de manera casi inevitable, y en pocos años.⁹

Reconocer la imperfección de las organizaciones, su fragilidad, es enorme-

mente estimulante y, de entrada, nos vacuna contra la autocomplacencia. Nos hace más receptivos ante la voz de nuestros grupos de interés:¹⁰ los afectados, las familias, los profesionales, la propiedad, los otros servicios, la administración pública o la sociedad.

No hace mucho que hemos superado el modelo de instituciones totales, donde las prácticas asistenciales, con frecuencia, se confundían con la segregación o la pura represión de las conductas anormales, o simplemente no aceptables.

Aunque hoy se tiende a considerar que esta realidad está finalmente superada, no es seguro que no sigan existiendo prejuicios ideológicos (otra vez, los valores) arraigados aún en esas prácticas. Hay que tener especial cuidado con las organizaciones de este tipo, que se hacen cargo de la persona con discapacidad de manera global, ya sea porque la persona necesita apoyo en diferentes áreas de la vida, ya sea porque, además, la misma entidad se ocupa de proporcionarles todos los servicios necesarios: educación, vivienda, empleo, tratamiento, ocio y vida relacional.

De aquí que se plantee la cuestión de qué instrumentos pueden ser útiles para dinamizar el cambio en las organizaciones. Hay varias experiencias en relación con la cuestión de qué instrumentos o estrategias de dinamización y de mejora pueden ser más útiles para que las organizaciones sean más capaces de articular las prácticas profesionales con los valores que pretendemos defender: los códigos éticos, los manuales de buenas prácticas, los espacios de reflexión ética, la formación en valores de los profesionales, los protocolos de actuación, entre otros.

Conclusiones

Sea como sea, creo que el sector, actualmentemente, tiene bastante madurez para plantearse una estrategia ambiciosa que intente articular no sólo los 3 niveles que citábamos: administración pú-

blica, organización y profesionales, sino también a otros grupos de interés como las familias o, incluso, a la opinión pública, en un marco compartido de bases conceptuales y éticas de este modelo de cuidado.

Éste será, sin duda, un objetivo en el que deberemos seguir reflexionando. Probablemente, la cuestión del instrumento no sea la fundamental, y cada organización tendrá que ver qué estrategias concretas es capaz de hacer operativa la preocupación sobre la finalidad última de su misión, y cómo puede trasladarla al centro mismo de su práctica cotidiana, con la esperanza de que, como dice V. Frankl:¹¹ quien encuentra un porqué puede soportar cualquier cómo.

Fácilmente, podemos deducir que la mayor parte de estas dimensiones se sostiene en base a dos elementos fundamentales: a) una organización realmente enfocada a las necesidades de los usuarios, y b) unos profesionales preparados humana y técnicamente para la prestación del servicio.

Organización e individuos son básicamente indisolubles. Hoy, el ejercicio de las profesiones, en general, se encuentra sometido a una gran cantidad de variables y exigencias que hace difícil imaginar una práctica exclusivamente privada o individual.

Las instituciones humanas son referentes básicos para la integración social de las personas, porque significan necesariamente elementos de estabilidad tradicionalmente compartidos, más allá de las ideologías. Cambian, pero lo hacen lentamente y, a menudo, de manera superficial. Hoy están amenazadas, en un contexto de transición: lo viejo ya no sirve o no existe; lo nuevo no está claro o aún no se nos revela del todo. En física, se diría una situación fractal, estar atrapado entre dos dimensiones, dos perspectivas, una manera de definir el caos.

Por ello, nos conviene reflexionar a menudo sobre la propia misión concreta, sobre los valores instituciona-

les, y ajustarlos tantas veces como sea necesario.

NOTAS Y REFERENCIAS

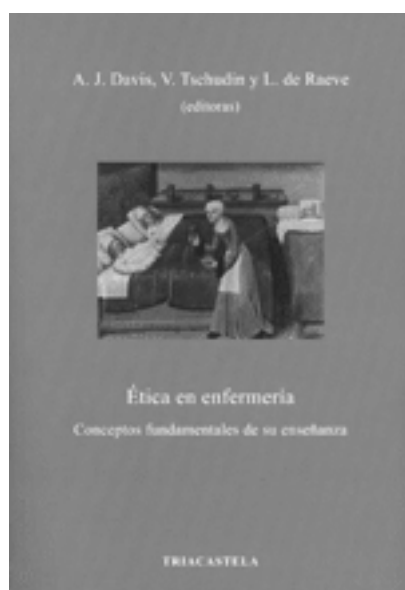
BIBLIOGRÁFICAS:

1. Parte del contenido de este artículo formará parte de la publicación "L'ètica en els serveis d'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual greu", de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, que apareixerà pròximament.
2. Beauchamp TL, McCullough LB: *Ètica Mèdica*. Barcelona: Labor; 1987.
3. Roman B, Gutiérrez A. "Dignidad y respeto. Un intento de fundamentación formal". En Murillo I, editor. *Ciencia y hombre*. Madrid: Diálogo filosófico; 2008. págs. 427-434.
4. Rendtorff JD, Kemp P. Report to the European Commission of the BIOMED II Project "Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw" (Vol II). Copenhagen, Centre for Ethics and Law. Barcelona, Instituto Borja de Bioética; 2000.
5. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
6. Field S, Martin J, Miller R, Ward M, Wehmeyer M. *A practical guide to teaching self-determination*. Reston: VA: Council for Exceptional Children; 1998.
7. López Fraguas MA, Marín González AI, De la Parte Herreros JM. La planificación centrada en la persona: una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. *Rev. Siglo Cero*. 2004; 35 (210): 45-55.
8. Merry U, Kassavin N. *Coping with uncertainty: Insights from the new sciences of chaos, self organization and complexity*. Westport, CT: Praeger Publishers; 1995.
9. Fernández Aguado J, Urarte M, Alcaide F. *Patologías en las organizaciones*. Madrid: LID; 2008.
10. Citado en: Fernández Aguado J, Urarte M, Alcaide F. *Patologías en las organizaciones*. Madrid: LID; 2008.
11. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 1980.

Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza

Maria Gasull Vilella

Enfermera. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.
mgasull@santpau.cat



Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L. editores. *Ética de la enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Madrid: Triacastela; 2009. 396 págs.

Esta obra responde a la traducción al castellano del libro "Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and methods". Un libro destacado sobre la enseñanza de la ética en enfermería

Esta obra responde a la traducción al castellano del libro *Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and methods*, editado por Churchill Livingstone en 2006. Un libro destacado sobre la enseñanza de la ética en enfermería. Se podría considerar una de las mejores obras sobre esta temática, ya que no sólo aborda los problemas intrínsecos a la enseñanza de la ética sino también las diferentes teorías utilizadas para fundamentar las decisiones éticas de las enfermeras, ante los problemas y dilemas que se les presentan en su quehacer cotidiano. Las editoras han contado con la colaboración de enfermeras que pertenecen a diversas culturas. Este hecho ha permitido que, a lo largo de diferentes capítulos, se aborden las distintas corrientes filosóficas que han fundamentado la ética de las enfermeras, tanto en el pasado como en el momento presente, permitiéndonos obtener una visión global de la realidad en la que éstas se mueven. Igualmente se contemplan tanto los aspectos teóricos como prácticos, y se muestra la complejidad y dificultad para que las diferentes culturas puedan llegar a un consenso.

Se podría considerar una de las mejores obras sobre esta temática, ya que no sólo aborda los problemas intrínsecos a la enseñanza de la ética sino también las diferentes teorías utilizadas para fundamentar las decisiones éticas de las enfermeras, ante los problemas y dilemas que se les presentan en su quehacer cotidiano

El libro se divide en cuatro partes. En la primera, se explica a grandes rasgos la historia de la ética de la enfermería, teniendo en cuenta los aspectos sociales de la profesión y las fuentes morales. En la segunda, se presentan cuatro teorías o enfoques éticos: la ética basada en los principios; la ética de la virtud, la ética del cuidado y la ética feminista, mostrando los aspectos positivos de cada teoría y sus deficiencias. Como dicen las editoras, cada teoría tiene sus propias limitaciones, y es necesario, en muchas situaciones, adoptar más de una teoría ante la complejidad de los problemas éticos presentes. El capítulo 10, *La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria*, de Chris Gastmans, y el 13, *Ética feminista: un modo de hacer ética*, de Joan Liaschenko y Elisabeth Peter, merecen una especial mención, ya que muestran las limitaciones de las teorías morales occidentales y están abiertos a nuevas alternativas contemporáneas. Gastmans, próximo al concepto tradicional de virtud pero con ciertos matices, desarrolla una minuciosa descripción del significado del "cuidado" y de la "ética del cuidar". Basándose en la ética del cuidado defendida por J. Tronto en *Moral boundaries; a political argument for an ethic of care*, afirma que el cuidado no sólo está relacionado con las emociones, sino que abarca todos los aspectos de la conducta moral, o sea, las emociones, motivaciones, conocimientos y razonamiento ético (pág. 201). Liaschenko y Peter desarrollan el tema de la ética feminista y su relación con el cuidado, mostrando un gran interés en el poder y la opresión que aún padece el mundo femenino en la actualidad. La profesión de enfermería, constituida mayoritariamente por mujeres, puede encontrar razones que justifiquen su pasado de sumisión.

En la tercera parte, se analiza la enseñanza de la ética en enfermería partiendo de distintos trabajos de investigación. La edición en inglés cuenta con una selección de problemas éticos aportados por diferentes países: Colombia, Japón, Israel, Turquía, Noruega, Hungría, Malawi y España, pero en la edición en castellano sólo se han traducido los capítulos que pertenecen a dos países: Colombia y España. En este apartado, se pone de relieve la dificultad que representa pasar de la teoría a la práctica. También cabe destacar el concepto de "competencia ética" que Ann Gallagher desarrolla en el capítulo 16 y que está compuesto por "saber" ético; "visión" o percepción ética; "reflexión" ética; "acción" ética y "ser" ético. Otro aspecto a destacar es el concepto de la equidad y justicia social ante situaciones reales como la vivida por el pueblo colombiano, y que Nelly Garzón nos muestra con una gran sensibilidad en el capítulo 17. La

autora relata la variedad de problemas a que se enfrentan diariamente los ciudadanos de su país, como los conflictos armados internos, declaraciones, violencia generalizada y violación masiva de los derechos humanos.

Finalmente, en la cuarta parte, se introduce el tema del futuro de la ética en Enfermería y su enseñanza. Miriam Hirschfeld nos habla de dos temas candentes en la actualidad, como son la globalización y el incremento de cuidados prolongados a las personas que presentan un problema crónico de salud, debido al envejecimiento de la población. Es muy interesante el análisis que hace de los problemas que genera la globalización y los movimientos demográficos registrados tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo y su repercusión en los sistemas sanitarios.

Este libro puede ser de gran utilidad tanto para estudiantes de enfermería

como para enfermeras del ámbito asistencial o docente y para toda persona interesada por la ética, no sólo por la magnífica información y reflexión que nos aporta, sino también por la formulación de las preguntas claves que hacen las editoras, que, a través de estas preguntas, nos invitan a reflexionar y dar respuesta a los grandes retos que presenta la ética en enfermería en la actualidad.

Este libro puede ser de gran utilidad tanto para estudiantes de enfermería como para enfermeras del ámbito asistencial o docente y para toda persona interesada por la ética

novidades biblioteca

- ✓ Atienza Rodríguez M. Bioética y nutrición. Alicante: Aguaclara; 2010.
- ✓ Clèries Costa X. El paciente tiene la palabra. La comunicación con los profesionales de la salud. Barcelona: Viguera; 2009.
- ✓ Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malats al final de la vida. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya; 2010.
- ✓ Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
- ✓ García Marzá D. director. La apuesta ética en las organizaciones sanitarias. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I; 2005.
- ✓ Kemp P, Witthofft Nielsen L. The barriers to climate awareness. Copenhagen: Ministry of Climate and Energy; 2009.
- ✓ Jankélévich V. Curso de filosofía moral. Madrid: Sexto-piso; 2010.
- ✓ Lafuente A. Codi genètic. Barcelona: Proa; 2009.
- ✓ Lajara García MM. La imatge de l'home i el genoma humà. Una anàlisi des del pensament de Hans Jonas. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 2009.
- ✓ López de la Vieja M^aT. Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la ética. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
- ✓ Marzano M. La muerte como espectáculo. La difusión de la violencia en Internet y sus implicaciones éticas. Barcelona: Tusquets; 2010.
- ✓ Mèlich JC. Ética de la compasión. Barcelona: Herder; 2010.
- ✓ Pausch R, Zaslow J. La última lección. Barcelona: Grijalbo; 2008.

«Bruselas autorizó por primera vez en doce años un nuevo cultivo transgénico. Se trata de una patata genéticamente modificada bautizada como Amflora que se destinará a usos industriales y a la alimentación de animales, pero no a consumo humano. (...) La controversia que suscitan los organismos genéticamente modificados (OGM) ha obligado a Bruselas a actuar con prudencia en los últimos años. Prueba de ello es que en la UE sólo se había autorizado hasta el momento el cultivo de un tipo de maíz de la compañía norteamericana Monsanto. Ante las insuficientes evidencias científicas sobre su seguridad, en los últimos años sólo se ha dado luz verde con cuentagotas a la importación y comercialización de algunos productos OGM. Ahora, la autorización para cultivar el tubérculo Amflora muestra la predisposición de la nueva Comisión Europea al pasar por alto la falta de consenso entre los Veintisiete y al abrir la puerta de par en par a los transgénicos. (...) Tanto la patata Amflora como los otros tres OGM han sido autorizados por la Autoridad Europea para la Seguridad Alimentaria (AES). El proceso para aprobar el cultivo de la patata genéticamente modificada ha durado ocho años por las dudas generadas por ecologistas y científicos, especialmente porque Amflora tiene un gen resistente a los antibióticos.»

Forès L, Cerrillo A. Bruselas autoriza un nuevo transgénico tras doce años. La Vanguardia. Miércoles 3 de marzo de 2010; Tendencias: 26.

XVII Jornadas sobre Derecho y Genoma Humano. Organizadas por la Universidad del País Vasco y la Universidad de Deusto. Se realizarán en Bilbao (España), el 22 y 23 de abril de 2010. Más información: leire.larrazabal@deusto.es

[Las jornadas abordarán básicamente tres temas: "Nuevas biotecnologías, Ética y Derecho"; "Aplicación del conocimiento genético al Derecho Penal sustantivo y procesal"; y "Genética y sociedad".]

8º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Tendrá lugar en Pallexco, A Coruña (España), del 5 al 8 de mayo de 2010. Más información: www.secpalacoruna2010.com

[En este congreso, se realzan dos líneas esenciales: los aspectos éticos relacionados con el final de la vida y la organización de los recursos. Sin olvidar los aspectos más complejos y novedosos en el manejo de los problemas clínicos y cuidados de pacientes y familias.]

Jornada Internacional sobre Final de la Vida. Organizada conjuntamente por Prisma, Institut Català d'Oncologia y la Universidad de Vic. Se realizará en Vic (España), el 18 de mayo de 2010. Más información: www.uvic.cat/node/155

[El objetivo de esta jornada es abrir al público un encuentro internacional de expertos de toda Europa en temas de final de la vida. Las reflexiones de los expertos se centraran en la espiritualidad, la dignidad de las personas frágiles, las decisiones al final de la vida, la comunicación con el paciente y la competencia cultural y las minorías étnicas.]

18º Congreso internacional sobre Cuidados Paliativos. Organizado por la Universidad McGill. La sede del congreso será en Montreal, (Quebec, Canadá), del 5 al 8 de octubre de 2010. Más información: www.pal2010.com

[Este congreso bienal es uno de los actos más importantes en el ámbito de los cuidados paliativos en el mundo. En esta ocasión, tratará acerca de una amplia gama de temas relacionados con los cuidados de los enfermos terminales.]

XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Organizado por el Instituto de Salud Carlos III. Se realizará en Burgos (España), del 9 al 12 de noviembre de 2010. Más información: www.isciii.es/investen

[El encuentro tratará sobre "la construcción social del cuidado de enfermería", "la participación ciudadana en investigación y servicios de salud", y "la investigación en enfermería y la sociedad de la innovación. Está abierto el plazo de envío de resúmenes, que pueden estar relacionados con muchos temas, incluyendo también los dilemas y conflictos éticos.]

VII Congreso Latinoamericano de Derecho Médico: "Desafíos para el siglo XXI". Organizado por la Universidad de Chile. Tendrá lugar en Chile los días 10, 11 y 12 de noviembre de 2010. Más información: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Eventos/DerechoMedico>

[La temática se estructura en cuatro apartados: Medicina legal, Seguridad social y acceso a los servicios de salud, Responsabilidad profesional, Deontología y bioética, docencia, capacitaciones y proyecciones del Derecho Médico.]