

UN MODELO ÉTICO DE SALUD MENTAL LA CIUDADANÍA COMO PROTAGONISTA

An Ethical Model of Mental Health. Citizenship as a Protagonist

Laura Bernal Sánchez

Universitat de València, Universitat Jaume I
bernal.sanchez.l@gmail.com

Resumen:

El objetivo de este artículo es proponer un modelo de salud mental justo, felicitante, corresponsable y autónomo. Puesto que, en la actualidad el consumo es uno de los marcos más relevantes en los que se insertan diversas actividades y se consolidan ciertas identidades, se va a analizar la salud mental como un estilo de vida consumible. Por este motivo, se va a aplicar la propuesta que Adela Cortina realiza sobre el consumo, al modelo de salud de salud mental. Destacando, el papel de la ciudadanía como consumidora y usuaria de la salud que debe ejercitar sus deberes y derechos mediante la reflexión, el diálogo y la deliberación.

Palabras clave:

Salud mental, consumo, ciudadanía y justicia.

Abstract:

The aim of this article is to propose a just, congratulatory, co-responsible and autonomous mental health model. Since consumption is currently one of the most relevant frameworks in which various activities are involved and certain identities are consolidated, mental health will be analyzed as a consumable lifestyle. For this reason, will be applied to the mental health model the proposal that Adela Cortina makes on consumption. Highlighting the role of citizens as consumers and users of health, who must exercise their duties and rights through reflection, dialogue and deliberation.

Key words:

Mental health, Consume, Citizenship and Justice.

Recibido: 22/04/2021

Aceptado: 01/07/2021

INTRODUCCIÓN

La publicidad farmacéutica, entre otros actores, construye un discurso dirigido a los consumidores y a los potenciales consumidores, creando un hábito nuevo o resaltando y consolidando uno ya existente, para finalmente vender un producto. Tal y como propone Bassat «Publicidad es el arte de convencer a los consumidores.» (Bassat, 2006: 33). López Eire, define la publicidad como «[...] forma de comunicación realizada en el ejercicio de una actividad comercial con el propósito de promover venta o contratación de un determinado producto.» (López, 1998: 22).

Por lo tanto, el objetivo de la publicidad es persuadir a los consumidores para la adquisición de hábitos y productos es decir, la publicidad se ocupa de «[...] enseñar a los consumidores a necesitar cosas y a la vez en moverlos a consumirlas para mayor provecho y lucro del productor de las mismas.» (López, 1998:24).

En este sentido, la finalidad de este artículo es ofrecer una propuesta de mejora ética que permita construir, mediante la participación de la ciudadanía, un modelo de vida de salud mental más justo, autónomo, felicitante y corresponsable (Cortina, 2002).

Para ello se procederá del siguiente modo: en primer lugar, se situará el modelo de salud mental, dentro de un marco de consumo; en segundo lugar se establecerá cuál es el discurso actualmente asociado al modelo de salud mental, el discurso hedonista. Éste se analizará teniendo en cuenta su planteamiento teórico estructural e identificando las características más relevantes que lo constituyen. En tercer lugar, se valorarán las consecuencias negativas, que el discurso hedonista puede generar en la salud mental; en cuarto lugar, se planteará el modelo ético de consumo alternativo, propuesto por la autora Adela Cortina, que se aplicará al modelo de salud mental.

1. LA SALUD COMO ESTILO DE VIDA CONSUMIBLE

En este apartado se pretende ofrecer una visión que comprenda la salud como un nuevo bien de consumo, aplicando el análisis de Adela Cortina (2002) a la salud mental. Para poder comprender la salud como un bien de consumo es necesario en primer lugar realizar algunas matizaciones teóricas.

La autora Susana Rodríguez Díaz (2008) plantea, que ha habido una evolución en la concepción del sistema de salud. En el siglo XVIII se daba una relación entre el trabajo, la población y la riqueza, de manera que la salud se asociaba a una determinada clase social pudiente. Posteriormente, en el siglo XIX, la salud se convierte en una cuestión pública, y el Estado asume el deber de proporcionar una salud integral a todos los miembros de su sociedad, para ello se constituye el Estado de Bienestar. Entrado el siglo, se comprende el bienestar de forma total es decir «Progresivamente va perdiendo atractivo el concepto de Bienestar y surge el de Bienestar Total, que se relaciona con experiencias concretas, hábitos y estilos de vida (influencia del conductismo).» (Rodríguez, 2008: 76).

Para ello se conceptualiza una salud que va más allá de la ausencia de la enfermedad, produciéndose una equiparación entre la salud y la enfermedad. Ya que tanto la salud como la enfermedad son considerados estados totales.

Por último, a final de los 70 se instaura un modelo de salud denominado *Managed care*¹. Un sistema de salud comprendido e inmerso en un modelo de consumo. La sociedad de consumo se caracteriza por la hegemonía del sector de los servicios y por la asunción de competencias por parte del Estado; momento de creación del Estado de Bienestar. El motor social es el consumo y todo es convertido en un bien consumible, también la salud.

Bajo este prisma, la salud pasa a ser comprendida como bienestar y no como ausencia de enfermedad. La OMS la considera como «[...]un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» (OMS, 2014: p.35).

En consecuencia «[...] se habla de calidad de vida, de satisfacer necesidades, de ser felices. Se diseña un ciudadano inmaduro, infantilizado, consumidor inerme ante contrariedades, incapaz de manejar sus frustraciones.» (Casco Solís, 1996: 37 citado en Rodríguez, 2008: 76).

Martín Luis (2013: 38) entiende que el consumo está inmerso en un discurso comunicativo en el que participan las personas consumidoras, el contexto social político e institucional, las empresas vendedoras y el marketing.

Cortina comprende que el consumo, aunque no es un rasgo constitutivo de la esencia de los seres humanos, sí es una facultad compartida por todos (Cortina, 2012: 32). Además si se concibe el consumo como el nuevo elemento generador de identidad, el nuevo modo de adscribirse a un grupo, en función del poder adquisitivo, es decir de la capacidad de consumir, entonces parece razonable abordar esta cuestión desde el punto de vista de la salud ya que « La clave de la identidad y el estatus social parece no consistir ya en el sueldo, la ocupación o la clase, sino en el estilo de vida elegido, que puede ser cualquiera, con tal de que se cuente con la capacidad adquisitiva para costearlo.» (2012: 99).

Por lo tanto, si se comprende que el consumo lleva asociado un discurso comunicativo específico y si se entiende que la teoría pragmática² no sólo reproduce un conglomerado de ideas, sino que es capaz de generar realidad y además se establece que el factor actual esencial para generar una identidad es la capacidad de consumir, entonces es posible concebir que no sólo se consumen productos, sino también estilos de vida.

El objetivo es identificar cuál es el estilo de vida asociado a la salud, que se pretende consumir.

2. EL DISCURSO HEDONISTA

Antes de profundizar en el apartado es necesario realizar una matización conceptual aplicada al estilo de vida. Existen múltiples definiciones sobre el estilo de vida, en este

¹ Se utiliza el mismo término para respetar la intención original de la autora al escribir el artículo.

² Este aspecto no se abordará en este artículo, se asumirá la definición que se propone sin extenderse en su desarrollo.

caso se optará por la propuesta de la OMS, ya que tiene un reconocimiento de mayor alcance.

[...] el estilo de vida, es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida, socioeconómicas y ambientales. Así, cada persona presenta patrones de comportamientos conscientes o hábitos fomentadores de la salud, conocidos como factores protectores de la salud, o de manera inconsciente tiende a exponerse a factores de riesgos o condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con un incremento de la susceptibilidad para la enfermedad, salud deficiente o lesiones. (OMS, 1998 citado en Guerrero et. al., 2010: p.17).

La definición de la OMS es un punto de partida conceptual, pero con el objetivo de garantizar la operatividad y claridad en el trabajo, se ofrece otra definición más sintética que permite identificar el estilo de vida como un «conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra actividad cotidiana y rigen nuestra forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se nos presentan en la vida.» (Antón et. al., 2007: 65)

Martín Luis (2013: 41) comprende que existen modelos de consumo especializados que están asociados a un discurso comunicativo específico. Estos discursos, promueven un modelo de vida, presentado como el objeto de consumo a desear. Aunque existe una interrelación entre los consumos especializados, cada discurso enfatiza un aspecto que permite construir un estilo de vida concreto. Para el autor se pueden señalar cinco consumos especializados: el discurso hedonista, el discurso nacional-emocional, el discurso solidario, el discurso tecnológico y el discurso ecológico. En este artículo se prestará atención al discurso hedonista, porque es el que se refiere al ámbito de la salud. El discurso de la salud debe ser valorable éticamente porque «[...] el cuerpo del discurso médico es producto de su sociedad y, como tal, orienta conductas produciendo efectos en ella.» (Olvera, Sabido, 2007: 138).

El discurso hedonista tiene como objetivo la búsqueda de la Felicidad, comprendida como el acceso al placer y la evasión del dolor. (Martín, 2013: 44). El mensaje enviado a la ciudadanía consumidora³ es el de la búsqueda ininterrumpida de placer. El sujeto debe obtener hábitos que le produzcan placer de forma continua y que eviten cualquier tipo de dolor.

Esta idea de la felicidad queda alejada del planteamiento de *eudaimonia*⁴ Aristotélica «Rasgo que en este terreno consideraba Aristóteles como la esencia: la

³ Se hace referencia al consumidor como ciudadano consumidor, para señalar el papel activo y de responsabilidad que éste tiene respecto de su ejercicio de consumo. Estas cuestiones se abordarán en los apartados que siguen.

⁴ *Eudaimonia* es la consideración de felicidad comprendida por Aristóteles y se caracteriza por la búsqueda las virtudes, entendidas, en su término medio, y enfocadas en la mejora de la sociedad a la que se pertenece. El fin es la excelencia.

capacidad cuyo ejercicio conduce a la meta y perfección de la vida humana; por otro nombre, y bien hermoso por cierto, felicidad.» (Cortina, 2002: 22)

La búsqueda continuada de placer y la evasión de cualquier dolor, físico, psíquico y/o emocional no puede comprenderse inmerso en el proyecto Aristotélico. Se produce una confusión entre la idea de felicidad, entendida desde un paradigma filosófico como el Aristotélico, y la idea de felicidad asociada al discurso hedonista. Y es que en el planteamiento hedonista se equipara la felicidad al placer y a la evasión del dolor. Este modelo tiene varias características que lo constituyen: el uso de un concepto laxo referido a la calidad de vida, el sentimiento de preocupación que se presenta en el miedo a la enfermedad, la evasión de dolor como valor jerárquicamente superior en los casos en los que haya una privación de placer y la propuesta de soluciones más accesibles, es decir que requieren un menor tiempo y esfuerzo.

Cuando se valora positivamente un estilo de vida por encima de otro, lo que se está implicando es que el modelo escogido tiene una serie de características, que son consideradas con un valor jerárquicamente superior a las otras. Uno de los factores utilizados para evaluar de forma positiva o negativa un modelo de vida, es la capacidad que éste tiene para garantizar una calidad de vida. Para poder realizar esta valoración es necesario, tener un concepto que especifique qué se entiende por calidad de vida, para así evaluar la adecuación del modelo escogido a la definición aportada. La OMS, sostiene que la calidad de vida es comprendida como «[...]la percepción del sujeto de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.» (Adanero, 2015: 27).

El problema de esta definición es que es poco precisa y por lo tanto no permite distinguir los estilos de vida adecuados de los que no lo son, ya que la mayoría de ellos podrían cumplir lo establecido en la conceptualización, independientemente a que fueran más o menos éticos y/o más o menos justos. Este es un problema que no afecta exclusivamente al discurso hedonista.⁵

El segundo aspecto señalado en el discurso hedonista es el miedo a la enfermedad. El miedo es un sentimiento que a lo largo de la historia se ha ido materializando en diferentes representaciones (miedo a las guerras, a las pandemias a lo desconocido etc.) y que forma parte del imaginario social e individual (Olvera, Sabido, 2007: 23) El miedo es un sentimiento que se produce como anticipación a la percepción (real o imaginaria) de un peligro que puede provenir del entorno social (la violencia, la pobreza, la inseguridad etc.) o del ámbito psicológico, el cual está vinculado con un determinado contexto cultural y social. Es decir, que la valoración psicológica del miedo estará condicionada por el contexto de pertenencia y por las estructuras sociales que operen. «Sentir miedo es algo “innato”, pero la intensidad y el tipo de miedo dependen de las relaciones sociales en las que el ser humano se encuentre inmerso, así como de la historia de las mismas.» (2007, :125).

⁵ La cuestión de la calidad de vida es un tema que requiere una profundización y análisis que en este trabajo no se va a realizar. Pese a ello, era conveniente apuntar la relevancia de esta cuestión y señalarla de manera que pueda abordarse en posteriores investigaciones.

Si desde el discurso hedonista se entiende que la evasión del dolor es un valor positivo de la salud, entonces pensar en la posibilidad de sufrir un dolor, ya sea físico o psicológico, es valorado negativamente. En consecuencia, la preocupación por sufrir una enfermedad es comprendida como el peligro que activa el sentimiento del miedo. «Los miedos psicológicos más recurrentes en las sociedades modernas tienen que ver con la resistencia al envejecimiento, el temor a la obsolescencia, al dolor físico, a vivir o no vivir la propia vida, a ser o no ser autónomo y al futuro material y afectivo.» (2007: 128).

Por lo tanto, lo que se propondrá para evitar ese miedo será la aplicación de diferentes tipos de tratamientos que eliminen esa sensación con la mayor permanencia posible. Esto vinculado con el tercer elemento destacado del modelo hedonista, la inmediatez, dará lugar a tratamientos o intervenciones con escasa proyección temporal y con un resultado inmediato y superficial.

Por tanto, se buscan tratamientos que –al menos en la fantasía– sean rápidos, efectivos, poco costosos y, sobre todo, con menos esfuerzo y responsabilidad por parte de los pacientes. Estos cada vez más, acuden a buscar ayuda con una expectativa pasiva de poner en manos del especialista sus problemas y que éste les dé una respuesta inmediata y sin efectos secundarios (Hueso, 2000, p.1).

Si la meta es el placer, comprendido como felicidad, entonces el problema es el dolor, ya sea real e inmediato o el miedo a padecerlo. En este sentido las intervenciones de la salud se pueden centrar en estos síntomas superficiales y no en ahondar en la causa. Aspecto que permite realizar acciones que solucionan el problema visible en el momento presente. Es conveniente mencionar que no intervenir sobre las causas no es en sí mismo algo nocivo, la dificultad aparece cuando la promoción de la salud y la cura de la enfermedad se centra, exclusivamente, en el tratamiento de los síntomas, ya que, esta actuación puede impedir una mejora real de la salud, entendida más allá de una sensación de placer.

3. CONSECUENCIAS DEL DISCURSO HEDONISTA

El objetivo de este apartado es enumerar de manera sintética, algunas de las consecuencias negativas, para la salud mental, que el discurso hedonista puede propiciar.

1) Una de las consecuencias negativas del discurso hedonista de la salud mental es la frustración. La frustración es un sentimiento que se produce como consecuencia de una distorsión entre las expectativas prometidas y lo realmente conseguido (Martín, 2013: 36-57). Por tanto, esto ocurre cuando «La abundancia prometida no era más que la abundancia de mercancías, y a la prosperidad arrogantemente esgrimida no correspondía un bienestar personal equivalente [...]» (Amorós, 2008: 11 citado en Martín, 2013: 41).

El discurso hedonista genera unas expectativas con difícil cumplimiento ya que el mantenimiento del placer o la evasión continuada del dolor, es una actuación compleja, ya que cualquier circunstancia puede truncar tales deseos. Por lo tanto, la creación de un discurso de difícil consecución producirá con mayor facilidad un

sentimiento de insatisfacción. Y este sentimiento negativo, si se prolonga durante un espacio considerable de tiempo (aquél estipulado por parte de los psiquiatras como duración en la que una dolencia psíquica pasa de normal a patológica) puede producir a su vez resultados inadecuados para la salud mental. Ya que el sujeto, puede ver disminuida su autoestima a causa de no alcanzar las metas esperadas. Cuando un paciente tiene una baja autoestima es más probable que tenga una mayor permeabilidad a la afección de enfermedades. Ya que considera que tiene menos recursos para hacer frente a situaciones adversas.

De igual modo si un paciente tiene una baja confianza en sí mismo, las probabilidades de mejora, ante una posible enfermedad, son menores. Esto se produce porque las personas con menor autoestima tienden a reproducir más miedos, ya que esperan que los resultados negativos se repitan. De este modo anticipan peligros que todavía no existen, buscando una auto-confirmación de su propia hipótesis (Ferrer, 2002, p. 81). Esta disposición dificulta la efectividad de los tratamientos.

2) El segundo problema a destacar, es el exceso de intervenciones preventivas. Las intervenciones preventivas en el ámbito de salud mental tienen como finalidad la promoción de la salud mental y no sólo se dirigen a la población que padece alguna enfermedad. Si se asume el planteamiento del discurso hedonista, entonces se puede comprender que las intervenciones preventivas ampliarán su espectro, ya que cualquier circunstancia en la que se pueda producir un posible dolor, es suficiente como para justificar una intervención. El problema de esta posibilidad, es que falta algún criterio discriminador de intervenciones.

De forma contraargumentativa se podría sostener que, todas las personas pretendemos evitar el dolor y si se puede buscar el placer, por lo que, todas aquellas intervenciones que promuevan esta circunstancia podrían entenderse desde un punto de vista positivo. Ahora bien, el problema de promover intervenciones constantes y excesivamente preventivas es que se distorsiona el límite entre las acciones de promoción de la salud, dirigidas a la totalidad de la población y/o a colectivos con mayor riesgo, y las intervenciones dirigidas a paliar la enfermedad mental, de manera específica. En segundo lugar, puede disminuir la calidad de las intervenciones, debido a la pérdida de especificidad de las mismas. En tercer lugar, se puede generar una dependencia de los sujetos no enfermos a intervenciones profesionales y esto puede disminuir su autonomía y capacidad resolutive a la hora de afrontar un problema que tenga que ver con cualquier ámbito de su vida. Y es que, si los profesionales intervienen en todo el ciclo vital de los individuos, entonces éstos tendrán menos oportunidades para aprender y desarrollar, aquellas capacidades que les permitan afrontar las dificultades diarias y habituales de la vida. Lo cual a su vez, potencia la creación de sujetos más proclives a padecer enfermedades, ya que tienen menos herramientas para enfrentar posibles situaciones de dificultad. La pérdida de habilidades para afrontar eventos contingentes puede convertirse en una cuestión patológica, ya que se comprende que una persona pro-activa y con capacidad de superación, de hecho, es sintomática de una situación de salud mental saludable (Ferrer, 2002, p. 76).

Por tanto cuando esto ocurre, «[...]la vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos.» (Rodríguez, 2008, p. 75).

3) La tercera consecuencia del discurso hedonista tiene que ver con la medicalización o con la patologización de la enfermedad. La patologización de la normalidad consiste en convertir aspectos comunes en elementos medicalizables. (Rodríguez, 2008, p. 72) Esto significa que lo usual, pasa a ser valorado desde un punto de vista médico.

[...] como consecuencia del proceso de medicalización, aspectos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente se convierten en objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control, por parte de la corporación médica. Esto incluye tanto esos “mil dolores pequeños”, es decir, tanto de las pequeñas cosas de cada día (dolores de cabeza, de barriga, de huesos o pequeñas heridas) como otra categoría de dolencias, como las denominadas enfermedades, hasta todas aquellas actividades ligadas al estilo de vida y que, de un modo u otro, se han relacionado con la posible aparición de distintas morbilidades: desde el embarazo y el parto, hasta la obesidad o los pies planos. (Romaní, 1999: 39 citado en Rodríguez, 2008: 74-75).

La principal consecuencia de la medicalización se concreta en el incremento de las atenciones profesionales en casos no necesarios y por lo tanto en el auge de la inflación diagnóstica. La inflación diagnóstica es el hecho que se deriva del incremento de los diagnósticos erróneos e inconscientes. La inflación diagnóstica, se comprende como un fenómeno negativo, ya que las causas que lo generan no tienen que ver exclusivamente con la enfermedad. Se entiende que los diagnósticos que formarían parte de este fenómeno, son aquellos que producen falsos positivos, debido a múltiples causas (Manuales de diagnóstico, DSM o CIE, ampliación del concepto de enfermedad, patologización de la normalidad etc.) y de forma inconsciente. Tal y como se sostiene en el texto de *Aportaciones y limitaciones del DSM-V desde la psicología clínica*

[...] el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante [...] (Cruz, 2014 et.al.: 71).

Por lo tanto «La inflación diagnóstica tiene lugar cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico diagnóstico psiquiátrico (el cual es relativamente poco frecuente, afectando tal vez al 5 o 10% de la población).» (Frances, 2014: 53).

4. UN MODELO JUSTO, AUTÓNOMO, FELICITANTE Y CORRESPONSABLE DE SALUD MENTAL. LA CIUDADANÍA COMO PROTAGONISTA

El objetivo de este apartado es ofrecer una propuesta ética que limite los problemas explicitados en el punto anterior

Para llevar a cabo esta empenta se enfatizará el papel de la ciudadanía consumidora/paciente, aplicando el planteamiento de la autora Cortina (2002) al marco de salud mental. Para conseguir este objetivo se procederá del siguiente modo: en primer lugar se realizará una matización conceptual respecto de la ciudadanía consumidora/paciente y se pondrá de manifiesto cuál es su relevancia y por qué debe comprenderse como un elemento esencial de la propuesta; en segundo lugar, se planteará el modelo de consumo ético, que se pretende proponer y se explicitarán cuáles deben ser las características de este y en tercer y último lugar, se realizará una breve conclusión.

4.1. *La ciudadanía consumidora/paciente*

La denominación de consumidor/consumidora-paciente proviene de la comprensión de un sujeto, receptor y agente de su salud mental, inmerso, en un modelo o estilo de vida que es analizado desde el punto de vista del consumo. Aspecto que le confiere una doble identidad, la de paciente y la de consumidor/consumidora. Cabe matizar que la designación de paciente, incluye tanto a los sujetos receptores específicos de salud mental, como a aquellos que lo son en potencia, ya que el modelo de salud mental del discurso hedonista va más allá de las situaciones en las cuales se da una enfermedad mental.

Por otro lado, la comprensión del consumidor-ciudadano es extraída y readaptada, de la autora Adela Cortina (2002). La autora entiende al sujeto que consume dentro de su ciudadanía porque de este modo su autonomía, deberes y derechos que tiene que cumplir de forma individual y para con su sociedad. La ciudadanía tiene una dimensión de corresponsabilidad que debe reflexionar sobre «[...] cómo hacer que grupos de ciudadanos tomen conciencia de que deben modificar sus hábitos de consumo hacia la justicia y la felicidad.» (Cortina, 2002, p.266).

Por lo tanto, la ciudadanía consumidora/paciente toma conciencia de los derechos y deberes respecto de su salud y de la de su comunidad. Y por ello, se ocupa de obtener información sobre los productos en venta y sobre los estilos de vida asociados, con el objetivo de escoger de forma autónoma, responsable y prudente, aquél modelo de salud mental que considere más adecuado para sí mismo y para la totalidad de la ciudadanía, entendiendo que éste debe ser felicitante, justo y prudente.

4.1.1. *Características del modelo de consumo*

El modelo de consumo propuesto por la autora Adela Cortina, consta de cuatro características: el consumo autónomo, el consumo justo, el consumo responsable y el consumo felicitante.

a) El consumo autónomo

Para poder abordar este planteamiento primero hay que realizar una aclaración conceptual. Hay un debate teórico respecto de cuál es el nivel de autonomía que un ciudadano tiene a la hora de consumir, en este sentido se situarán, esencialmente, dos posiciones opuestas. La primera entiende que el consumidor es totalmente libre a la hora de realizar su actividad, la segunda comprende que el usuario se encuentra sometido a toda una serie de condicionantes que hacen de su ejercicio de consumo, una actividad no libre. Aquí aparece el primer elemento de interés del planteamiento de la autora Cortina, que sitúa al sujeto en un punto intermedio, en el cual el ciudadano se ve continuamente influido por diferentes factores que lo condicionan, pero tiene un margen de decisión que le permite establecer qué y cómo consumir. Sostiene que «Los consumidores están sumamente condicionados por las creencias sociales, por sus propias motivaciones inconscientes, por el marketing, los grupos de referencia, los medios de comunicación y las instituciones, pero no están determinados, de ahí que consumir o no y cómo hacerlo esté en parte en sus manos.» (Cortina, 2002: 234).

Asumiendo este punto de partida, se entiende que es posible educar a la ciudadanía en el ejercicio de un consumo autónomo. La finalidad no es ejercer la acción de consumir como un modo de libertad sino como un ejercicio de autonomía. Que se caracterice por obtener información sobre el tipo de salud que se desea, los tratamientos que existen, sobre los perjuicios de considerar enfermedades como conductas normalizadas, reflexionar sobre toda la información obtenida, sobre las propias expectativas, sobre los aspectos angustiantes y aquellos que son potenciadores de un buen modelo de salud para finalmente deliberar sobre ello y poder elegir en función de una propia norma (Cortina, 2002, p. 236).

Y es que apropiarse de sí mismo realizando un consumo autónomo y un modelo de vida sano, es en sí mismo síntoma de salud

[...] de la misma forma que la salud se mide por el grado de autoposesión, siendo la autoposesión de cuerpo y mente síntoma de salud, y la imposibilidad de autocontrol síntoma de enfermedad, llevada a su extremo en el acontecer de la muerte, apropiarse de sí mismo es síntoma de salud moral, expropiarse, síntoma de enfermedad (Cortina, 2002, p.235-236).

b) Consumo corresponsable

La autora entiende que la corresponsabilidad es uno de los elementos más relevantes de su modelo de consumo, ya que considera al consumidor/consumidora-paciente, como ciudadano y en este sentido como sujeto receptor de derechos y deberes. Habla de corresponsabilidad y no de responsabilidad porque el planteamiento está enmarcado en una ética del discurso.⁶

⁶ En este caso, no se va a profundizar en las consideraciones específicas sobre la ética del discurso, ya que se entiende que no es el tema central del trabajo. Así que como algo exclusivo, se da por hecho que la ética de referencia sobre la cual se construye el discurso que se va a manejar sobre la corresponsabilidad, parte de la concepción teórica de la autora Adela Cortina, sobre la ética discursiva.

Enfatizar la corresponsabilidad como una acción necesaria en un modelo de consumo adecuado, sitúa al sujeto como un individuo participativo y capaz de ser consciente de ello y de elegir la opción más adecuada para sí mismo y para su entorno. Tomar conciencia del estilo de vida que se consume, de lo supone esa actividad para uno mismo, para la sociedad y para el entorno en el que se habita, es el primer paso para empoderar a los consumidores/consumidoras pacientes.

Empoderar a los afectados, fomentar las capacidades básicas que les permitan ser interlocutores válidos en un diálogo acerca de lo que les afecta, es una obligación moral, un presupuesto ético indispensable para cualquier diálogo sobre justicia de las formas de consumo que quiera tener sentido [...] Por eso es esencial fomentar las capacidades básicas (físicas, sociales, mentales y singulares) (Cortina, 2002, p.250).

El modelo de consumo debe ir más allá de una elección personal, continuando la idea Aristotélica, los seres humanos son seres políticos que viven en comunidad y deben contribuir al bien de ésta. Por lo tanto, es necesario el fomento de una corresponsabilidad entre todos los afectados reales y en potencia que deben participar en organizaciones e instituciones que les informen de la naturaleza de los productos consumen, sus precios y los perjuicios que su consumo supondría para ellos y para otros. Habría que incluir en la información y la formación que los sujetos deberían recibir, la concepción de un estilo de vida. La autora propone la creación de organizaciones que velen por el consumo justo. Sostiene que estas asociaciones deberían ser civiles y públicas y tendrían que fomentar el empoderamiento de los consumidores, el consumo justo en una sociedad justa y la creación de una opinión pública crítica que sea consciente, demandante y responsable (2002: 252).

En consecuencia, una norma para una ética del consumo justa y responsable debería «Asumir, junto con otros, estilos de vida que promuevan, la capacidad de las personas de defender dialógicamente sus intereses, y no pongan en peligro la sostenibilidad de la naturaleza, y fomenta asociaciones e instituciones que trabajen en ese dirección.» (2002, pp. 254-255).

c) Consumo felicitante

La autora retoma la idea Aristotélica de *Eudaimonia* y la propone como guía para la realización de un consumo felicitante. Pese a que parece que la búsqueda de la felicidad pueda ser un aspecto compartido (incluso en el discurso hedonista, aunque en ese caso ésta se comprende como el sentimiento de placer y la evasión del dolor) Cortina entiende que no es lo mismo una vida buena que una vida digna de ser vivida (Cortina, 2002: 255). Para alcanzarlo es necesario fomentar un estilo de vida digno de ser vivido y para ello hay que forjar el carácter de forma que tienda a la excelencia, educando las virtudes de la lucidez y la cordura (2002: 258). La lucidez se entiende como aquello que le permite a una persona saber los motivos por los que consume y los mecanismos sociales que en ello influyen, en palabras de la autora «La lucidez permite tomar conciencia de que las cosas no son así, sino que las hemos hecho así, y que haciéndolo así hemos perdido una gran cantidad de oportunidades felicitantes.» (2002, p.258). Por cordura se entiende la prudencia puesta en práctica, es decir, la capacidad de dilucidar qué es lo que conviene para llevar adelante una vida digna, aquello que « [...]permite discernir entre el exceso y el defecto.» (2002, p.259).

Por lo tanto, la ciudadanía consumidora paciente es aquella que «[...] toma en sus manos las riendas de su consumo y opta por la calidad de vida frente a la calidad de productos, por una cultura de relaciones humanas de disfrute de la naturaleza, del sosiego y la paz.» (2002, p. 261).

Bajo esta comprensión la finalidad de la salud no será obtener siempre placer, evitar cualquier circunstancia de dolor, recurrir a tratamientos de psicoterapia o farmacología, cuando no son necesarios, sino consumir un modelo de salud mental basado en la prudencia y en la búsqueda del término medio de forma corresponsable con nuestra sociedad.

d) Consumo justo

En este caso Cortina, propone una re-formulación de las máximas Kantianas aplicadas al modelo de consumo. Entiende que la finalidad perseguida es

[...] promover estilos de vida en que las mercancías estén al servicio de la libertad, entendida en un doble sentido: como autonomías, es decir como la capacidad de elegir lo que vale por sí mismo, y como autorrealización, es decir, como la capacidad de optar por el propio modelo de felicidad elegido sin imposiciones externas, siempre que con ello no se interfiera en la autorrealización ajena (2002: 248).

Para poder alcanzar este objetivo, la autora explica cómo deberían comprenderse las tres formulaciones del imperativo categórico Kantiano.

1) Partiendo de la primera formulación del imperativo categórico⁷; la acción que se realice deberá ser universalizable, en tanto que se pueda querer sin contradicción y pensar del mismo modo. Aplicando esta idea a al consumo se establece que la norma que dé lugar a la acción de consumo debe respetar el fin en sí mismo que es la vida. Por tanto debería ser «consume de tal modo que tu norma sea universalizable sin poner en peligro el mantenimiento de la naturaleza.» (2002: 245).

2) Trasladando el planteamiento del segundo imperativo al caso del consumo cabría sostener «Consume de tal modo que respetes y promuevas la libertad de todo ser humano, tanto en tu persona como en la de cualquier otra, siempre al mismo tiempo.» (2002: 246).

La clave en este sentido es que la persona pueda moverse por un interés en sí mismo como en este caso la salud, y que el ejercicio de ello no implique que su libertad o la de otros se vea mermada. Cosa que ocurre si por el tipo de consumo que se realiza las consecuencias son negativas moralmente, disminuyendo la capacidad de decisión, generando adicciones innecesarias a fármacos o a intervenciones profesionales, limitando la capacidad de acceso a los medicamentos debido a los altos costes de sus campañas publicitarias etc.

3) Por último, la norma de consumo debe estar inmersa en un conjunto coherente que cree un marco que respete las opciones de cada uno y sus proyectos de vida sin

⁷ En los tres casos no se va a hacer explícito el imperativo categórico original del planteamiento Kantiano, porque lo que se pretende es focalizar la atención en la formulación específica de consumo, realizada por Adela Cortina.

interferir en los otros. De manera que este aspecto hace una especial mención a la relevancia del contexto, comprendiendo este como el marco teórico, la sociedad, los otros sujetos, las instituciones participantes y empresas vendedoras de consumo. Es decir, que un consumo justo implica un marco coherente en el que se desarrolle ya que «[...]para un consumo justo, importa, pues pensar estilos de vida sostenibles, asumibles y universalizables, más que normas aisladas.» (2002: 248).

La formulación en este caso sería «Asume, junto con otros, las normas de un estilo de vida de consumo que promuevan la libertad en tu persona y en la de cualquier otra haciendo posible un universal Reino de los Fines.» (2002, p.248).

Se trata, pues, de promover estilos de vida en que las mercancías estén al servicio de la libertad, entendida en un doble sentido: como autonomías, es decir como la capacidad de elegir lo que vale por sí mismo, y como autorrealización, es decir, como la capacidad de optar por el propio modelo de felicidad elegido sin imposiciones externas, siempre que con ello no se interfiera en la autorrealización ajena (2002, p.248).

Por lo tanto, una comprensión de la salud como un estilo de vida justo, autónomo, felicitante y corresponsable amplía la comprensión de la salud como más allá de la obtención de placer y la evasión constante de dolor. Al mismo tiempo, previene efectos negativos como la creación de expectativas difíciles de alcanzar y la intervención constante en los sujetos como garantía de felicidad. En este paradigma se disminuyen las posibilidades de generar una relación dependiente y se favorece la autonomía de la ciudadanía, aspecto esencial para potenciar que sea ésta la que construya y consolide su propio modelo de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Amorós Peidor, M. (2008). *Los situacionistas y la Anarquía*, Bilbao: Muturretakobururazioak.
- Aristóteles. (2010). *Ética a Nicómaco*. Trad. José Luis Calvo Martínez. Madrid: Alianza Editorial.
- Antón, J. T y María Piqué, J. R. (2007). Estilo de vida como determinante de la salud. En A. Prat (coord.). (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clínic de Barcelona y La Fundación BBVA*. Barcelona: Fundación BBVA.
- Adanero Oslé, C. (2015). *Perspectiva Ética de la publicidad de prescripción dirigida al consumidor*. Navarra: Universidad de Navarra. Tesis doctoral.
- Bassat, L. (2006). *El Libro rojo de la publicidad: Ideas que mueven montañas*. Barcelona: De Bolsillo.
- Casco Solís, J. (1996). "Curar la salud". En *la Salud y en el Enfermedad. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 25, 51-60.
- Cortina, A. (2002). *Por una ética del consumo*. Madrid: Taurus Pensamiento.

- (2004). Ciudadanía activa en una sociedad mediática. En J. Conill y V. Gozávez (coord.). (2004). *Ética de los medios de comunicación. Una apuesta por la ciudadanía audiovisual*, Barcelona: Gedisa Editorial.
- Cruz Sáez, M; Echebarría, E. y Salaberría, K. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM V desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, nº1 (32), 65-74.
- Faure, O. (2005). La mirada de los médicos. En A. Corbin (dir.). (2005). *Historia del cuerpo. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*, vol. 2. Madrid: Taurus.
- Ferrer Botero, A. (2002). La preocupación el mal de nuestros días. *Psicología desde el Caribe*, 19, 76-88.
- Gerrero Montoya, L. R. y León Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y Salud. *Artículos Arbitrarios*, 48, 13-19.
- Hueso, H. (2000). Hacia la integración de la Psicoterapia Psicodinámica y las Neurociencias. *Ponencia mesa redonda del XVIII Congreso Venezolano de Psiquiatría*.
- López Eire, A. (1998). *Retórica en la publicidad*. Madrid: Arco/Libros.
- (1999). Sobre la esencia retórica del mensaje publicitario. *Entre la dialéctica y la retórica*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Martín Luis, R. (2013). Los discursos comunicativos y sus relaciones con el consumo del siglo XXI. *aDResearch ESIC*, 7(7), 36-57.
- Olvera Serrano, M. y Sabido Ramos, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica*, 64, 119-149.
- Rodríguez Díaz, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias entre la moral, el poder y el negocio. *Revista de sociología Pensamiento Crítico*, nº2 (2), 71-85.
- Consumers International. (2006). La salud patentada. La perspectiva del consumidor sobre la RSE, la promoción de medicamentos y la industria farmacéutica en Europa, 21/04/21 *Consumers International*, en <http://es.consumersinternational.org/news-and-media/resource-zone/branding-the-cure---report/>.
- Organización Mundial de la Salud (48 ed.). (1948-2014).19/07/21, *Documentos Básicos*, en http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html.
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Glosario de Promoción de Salud, 17/07/2021, *OMS*, en <http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>.

