

El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bioética-social

The vulnerability factor in the practice of social-bioethics

DEMANDADO 14-2-2019 **REVISADO** 21-10-2019 **ACEPTADO** 27-3-2020

**Miguel-Héctor
Fernández-
Carrión**

Bioeticista

Director de la
Academia de las
Ciencias de
América Latina y
Europa, México
DF-Madrid,
México-España

Palabras claves:

Bioética, vulnerabilidad, práctica de bioética-social

Key Words:

Tourism, law, Bioethics, vulnerability, bioethics-social practice

RESUMEN En el artículo titulado “Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética”, Fernández-Carrión, en 2012, indicaba que la bioética se muestra como un medio teórico para la resolución de la falta de dos tipos de identidades: civil y de filiación, por ejemplo, al posibilitar poder aplicar una visión ética de comprensión de la problemática especial del ser humano ante la ausencia de filiación, motivada por la aplicación de nuevas tecnologías en el proceso de fecundación artificial..., con resultados no siempre positivos sino incluso negativos para la persona afectada, y la filiación civil, por razones de marginación étnica, económica, etc. A este planteamiento teórico se le puede añadir los principios del principialismo: no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia o la teoría personalista. Pero, posteriormente, en 2020, tras idear asimismo Fernández-Carrión la “Teoría de bioética-social”¹, aplicará

¹ Se le recomienda al lector interesado en completar el contenido teórico de este tema con lo expresado en el artículo titulado “Teoría de bioética-social” (2020: 135-148).

dicho pensamiento sobre el factor de vulnerabilidad que lleva la ausencia de identidad de filiación y/o civil, como ese hará en el presente texto.

ABSTRACT In the article entitled "Society, identity and defense of one's own: from a bioethics perspective", Fernández-Carrión, in 2012, indicated that bioethics is shown as a theoretical means for solving the lack of two types of identities : civil and filiation, for example, by making it possible to apply an ethical vision of understanding the special problems of the human being in the absence of filiation, motivated by the application of new technologies in the artificial fertilization process ..., with results not always positive but even negative for the affected person, and civil affiliation, for reasons of ethnic and economic marginalization, etc. To this theoretical approach can be added the points of principlism: non-maleficence, benefaction, autonomy and justice, or the personalist theory. But later, in 2020, after devising the "Social-Bioethics Theory", Fernández-Carrión will apply this thought on the vulnerability factor that the absence of filiation and/or civil identity entails, as he will do in this text.

1 Conceptualización e historia de la vulnerabilidad²

"Vulnerabilidad" es un término de origen latino que deriva de vulnerabilis, que significa "algo que causa lesión" (Houaiss et al., 2009: 1961).

Con el desarrollo científico y tecnológico habido a partir del siglo XX ha repercutido sobre el ser humano, suscitando dilemas éticos a la bioética, especialmente en lo que respecta al agravamiento de las disparidades socioeconómicas de los ciudadanos de los diferentes países. En este contexto, el artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) dispone que la vulnerabilidad humana debe ser tomada en consideración en la aplicación y en el avance del conocimiento científico, de las prácticas médicas y de tecnologías asociadas. Los individuos y grupos de vulnerabilidad específica deben ser protegidos y la integridad individual de cada uno debe ser respetada (Unesco, 2005). En sen-

² Tema estudiando por varios autores desde diferentes áreas del conocimiento, entre los destaca, en esta ocasión, Talita Cavalcante et al. (2017, 313-319).

tido filosófico, es entendido como la condición humana inherente a su existencia en su finitud y fragilidad, de tal forma que no puede ser superada o eliminada. Al reconocerse como vulnerables, las personas deben comprender la vulnerabilidad del otro, así como la necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición por parte de los demás (Neves, 2009: 167-77).

La vulnerabilidad fue introducida en el ámbito de la investigación con humanos como una característica atribuida a ciertos tipos de población, consideradas más expuestas y con menos posibilidades de defenderse contra abusos y maltratos realizados por otras personas e instituciones. La historia evidenció la necesidad de constituir este tipo de protección, pues el número de ensayos clínicos emprendidos presentó un crecimiento incontrolado en la primera mitad del siglo XX, implicando a grupos de personas vulnerables o institucionalizadas. Huérfanos, prisioneros, ancianos y, posteriormente, grupos étnicos considerados inferiores, como judíos, chinos y negros. Todas las minorías étnicas, la población desfavorecida económicamente y las mujeres fueron en su conjunto connotados como vulnerables (Neves, 2009).

El Informe Belmont, de 1978, introdujo principios éticos y directrices sobre la protección a la vulnerabilidad de las personas de forma particular y relativa (de carácter voluntario) y sobre la población relacionada a la evaluación de riesgos y beneficios (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 2005). En ésta línea Beauchamp y Childress, en "Principles of biomedical ethics" (Beauchamp, Childress, 2012), inciden en denotar la necesidad de proteger individualmente a todas las personas o grupos sociales por medio de la exigencia amplia y rigurosa del consentimiento informado. Esto implicaba el cumplimiento del principio de la autonomía, comprendido como capacidad de autodeterminación, rechazando el proteccionismo paternalista (Beauchamp y Childress, 2012).

En la "Declaración de Helsinki", de 1964, aún no aparece recogido el concepto de vulnerabilidad; lo hace en 1996, para clasificar sujetos de investigación en términos particulares y relativos, aludiendo a la necesidad de su adecuada protec-

ción. De igual forma, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997) y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (Unesco, 2003) hacen referencia al concepto correlativo de integridad en sentido deontológico. De esta forma, las declaraciones describen colectivos vulnerables, constituidos por individuos, familias y grupos sociales como merecedores de especial atención a partir del desarrollo de la responsabilidad social, la virtud o la moral del investigador e institución frente a las cuestiones suscitadas debido a implicaciones éticas y sociales de las investigaciones genéticas, entre otros tipos de estudios. La sociedad debe exigir el cumplimiento de la moralidad y de la etnicidad por parte de las partes intervinientes en dichas investigaciones, garantizando la integralidad de las personas vulnerables, es decir, actuar correctamente con ética en el proceso de la investigación (ONU-ECC, 1997 y 2003).

En 1998, en la “Declaración de Barcelona” (União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euromediterránea), que presentaba cuatro principios fundamentales: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad, para desarrollar una política europea conjunta de bioética y bioderecho; la vulnerabilidad fue considerada como objeto a ser desarrollado por la bioética y como principio a ser respetado (UE, 1998). Las Directrices éticas internacionales para investigaciones biomédicas que involucran a seres humanos (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002), del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de Salud, también aludían a la vulnerabilidad, que la consideraba como una categoría de “individuos, sujetos, personas, grupos, poblaciones o comunidades” incapaces de proteger sus propios intereses, restringiéndose al campo de la experimentación humana (CIOMS, 2002). Asimismo, el artículo 24 de la DUBDH, al tratar sobre cooperación internacional entre los Estados, demanda una especial atención sobre los “individuos, familias, grupos y comunidades” que se tornaron vulnerables por enfermedad, incapacidad u otras condiciones variadas: individuales, sociales o ambientales. También resalta las necesidades específicas en este sentido en países en vía de desarrollo y comunidades indígenas con el apoyo de la cooperación in-

ternacional (ONU/ECCA, 2005).

El concepto de vulnerabilidad se aplica a la condición existencial de individuos y grupos poblacionales en determinadas circunstancias de desamparo. Solbakk alude a Rendtorff y Kemp (Solbakk, 2011: 89-101) para referirse a la complejidad del principio del respeto a la vulnerabilidad aludiendo tanto a sus concepciones amplias como las restringidas. Las “concepciones amplias” tratan del reconocimiento del principio como la base de la ética, considerado como el más importante por la bioética, por expresar ontológicamente la finitud de la condición humana. El concepto debe ser entendido como un principio biopolítico medular del estado de bienestar moderno. Mientras que las concepciones restringidas están basadas en el consentimiento o en el daño; generan el problema de no abarcar toda la vulnerabilidad implicada en una investigación médica y en la práctica clínica, además produce estereotipos, no posibilitando distinciones entre los que deben y no deben tener contempladas sus características especiales (Solbakk, 2011).

Entre unos aspectos fundamentales de la vulnerabilidad destaca el cerebro (en su extensión; mente, mentalidad, adaptabilidad y previsión mental...) de la propia persona, a una situación específica de conflicto que determine nuestra capacidad de choque contra vulnerabilidad, lo que Risk relaciona con el concepto de personalidad de cada sujeto o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, problema económico, repercusión política, etc. en combinación con los condicionantes generales políticos, económicos³... y la capacidad de respuesta fisiológica, mental, económica... que -según Risk- se resumen en la capacidad del comportamiento o “subsistencia” humano para sobreponerse al riesgo por un evento identificable distinto o mejor dicho inesperado de la sociedad o de la naturaleza (cfr. Blaikie, et al., 1995). Otro aspecto que incide en la condición de vulnerabilidad de las personas, desde ellas mismas, es la genética y su salud mental.

³ Como analiza por ejemplo Bueno-Sánchez et al, 2008.

2 Vulnerabilidad y bioética-social

Schramm (2006: 187-200) y Kottow (2008: 340-2) diferencia entre vulnerable y vulnerado. El primer concepto “vulnerable” resalta la característica universal de cualquier organismo, entendida como potencialidad, fragilidad, y no estado de daño; esa vulnerabilidad es disminuida respetando los derechos humanos básicos en un orden social justo. Demanda de acciones negativas por parte del Estado, tendiendo a la protección equitativa de los individuos contra daños para impedir que su vulnerabilidad sea transformada en una lesión a su integridad (Schramm, 2006 y Kottow, 2008). El segundo “vulnerado” se refiere a una situación de hecho, de daño actual, que tiene consecuencias relevantes con el momento de la toma de decisión. Atendiendo a los daños sufridos, las vulneraciones requieren cuidados especiales por parte de instituciones sociales organizadas; es decir, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección, como servicios sanitarios, asistenciales, educacionales, etc., para disminuir o acabar con los daños con el fin de apoyar a los desfavorecidos. Además de la sociedad –Schramm y Kottow– demanda de la acción del Estado en favor de los vulnerados (Schramm, 2006 y Kottow, 2008).

Neves (2006: 157-72) identificó nociones diferentes de vulnerabilidad utilizadas en bioética, y que se puede hacer extensible al cualquier especialidad de las ciencias sociales, en función adjetiva, sustantiva y principalista. La noción más estricta se refiere a la función adjetiva. Se presenta en un plano descriptivo, denotando expresión de valores que califica a ciertos grupos y personas. Así, es una característica particular y relativa, contingente y provisoria, de utilización restringida al plano de la experimentación humana (Neves, 2006: 163). La función sustantiva hace referencia a la perspectiva antropológica de la ética fundamentada por Lévinas y Jonas (cfr. Neves, 2006), que describen la vulnerabilidad como una realidad común a las personas -constitutiva de lo humano- y a todo lo existente -no es específica con el hombre y la mujer-, sino haciéndolo extensible con el mundo animal, ambiental y vegetal. En estas condiciones la vulnerabilidad se torna una condición universal, permanente, en su contra se propone la condición de igualdad.

La DUBDH propuso a nivel mundial la creación del concepto de vulnerabilidad moralmente sustentable. Frente a la demanda de respeto a la vulnerabilidad por parte de la bioética global, coexiste una propensión del pluralismo moral imperante en la mayoría de las democracias actuales (Solbakk, 2011: 89-101). A nivel práctico Cunha y Garrafa (2016:197-208), analiza la realidad de la vulnerabilidad en bioética en los cinco continentes (Europa, América Latina y Estados Unidos – falta Canadá-, África y Asia), concluyeron que la vulnerabilidad es un principio fundamental para la bioética global.

La DUBDH relaciona la bioética con la vulnerabilidad y las relaciones de poder, con respecto a los avances tecnológicos. Para que exista vulnerabilidad, en particular, es necesario que se produzca unas relaciones de poder desiguales, como apunta Fernández-Carrión, mientras que Anjos (2006:173-86) señala que las relaciones asimétricas de poder sobresalen cuando “la vulnerabilidad es ocultada” o se hacen efectivas; se ocultan por razones políticas y sociales. “La tentativa de ocultar las causas de la vulnerabilidad lleva a hacer de la autonomía un discurso de responsabilización de las víctimas por sus propias heridas. En escala política, vemos a este discurso de la autonomía entregar grupos sociales y naciones enteras a sus propias condiciones de pobreza y siendo responsabilizados por ella” (Anjos, 2006, 182).

La responsabilidad social en salud exige por un lado la responsabilidad de los Estados en la promulgación de políticas públicas de ámbito social⁴. Sino que por otro, demanda de la puesta en práctica de estrategias sociales en el ámbito nacional e internacional que eliminen las desigualdades y promuevan el bienestar de los vulnerables. Para ello, es necesario que los pacientes sean entendidos en su totalidad o integridad, ya no como un objeto reducido a una enfermedad o incapacidad determinada, sino que está inserto en una salud y una bioética de derechos y deberes.

⁴ como por ejemplo la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, en Brasil (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa).

3 Tipología de la vulnerabilidad

El informe del Comité Internacional de Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, 2013), de 2013, reconoció dos categorías fundamentales de vulnerabilidades específicas: la especial y la social. La primera puede ser temporaria o permanente, causada por incapacidades, enfermedades o limitaciones existentes en algún período de la vida. La segunda, está originada por distintos determinantes políticos y ambientales, surge a través de la cultura, la economía, las relaciones de poder o los desastres naturales (ONU-ECC, 2013).

Existen tanto tipos de vulnerabilidad como condicionantes tiene el ser humano, por tanto se puede aludir a la existencia de vulnerabilidad humana, social, política, económica, educativa... y salud mental (FC). La vulnerabilidad humana se puede entender como el grado en que las personas pueden ser susceptibles a las pérdidas, daños, sufrimiento y muerte, en casos de desastre o siniestro y en la denominada vida diaria. Esta se da en función de las condiciones personales: físicas, mentales, económicas, culturales... y educativas y externas: sociales, políticas... e institucionales. La vulnerabilidad se relaciona directamente con la capacidad de un sujeto social, independientemente y/ o inmerso en una comunidad para hacer frente a eventos, sucesos y realidades peligrosas o dañinas en cada momento específico de su vida y del colectivo en el que está incluido (FC). De forma similar se puede indicar que por vulnerabilidad social se puede entender cómo la inseguridad y la indefensión que experimentan las comunidades, grupos sociales, familias y sujetos sociales en condiciones normales a partir de sufrir un impacto social, económico, etc.⁵ provocado por algún tipo de suceso cotidiano de tipo natural, económico... y social con repercusión traumática. Unido a la posibilidad de manejo de recursos y las estrategias propias, a nivel individual o colectiva (comunidades, familia...) para poder afrontar dichos hechos y sus efectos (FC). Al aludir a diferentes condicionantes, efectos o consecuencias así como estrategia se está aludiendo a causas, efectos y estrategias sociales, políticas, económicas, fisiológicas, etc.

⁵ Blaikie et al., 1996, o Busso, 2001.

4 Relaciones de poder, responsabilidad social y la vulnerabilidad

Anjos establece la existencia de tres niveles entre la vulnerabilidad y el poder. El primer comprende las dificultades o el no reconocimiento de los límites de las vulnerabilidades debido al poder de la ciencia o mejor dicho de las instituciones que aplican los avances tecnológicos, lo que convierte a la población en general en una “sociedad de riesgos”. El segundo denota la concentración de poder, con respecto al consumo y la producción, estructurando una sociedad sin reflexión ética que legitima la inequidad. Y, el tercero, se refiere por un lado a la vulnerabilidad entre naciones⁶, y en los propios países alude a la consolidación de las desigualdades sociales (Anjos, 2006:173-86). En cambio, Garrafa y Lorenzo (Garrafa, 2008: 2219-26), señala la existencia del llamado “imperialismo moral”, que consiste en la intención de imponer, por medio de diferentes formas de coerción, estándares morales de determinadas culturas, regiones geopolíticas y países a otras culturas, regiones o países. Criterio que coincide con las últimas modificaciones aplicadas en la Declaración de Helsinki , en 2008, que resaltan la práctica del imperialismo moral de algunos países desarrollados en la adopción de criterios éticos diversos o de “double standards”⁷ (doble estandar) en el ámbito de la investigación clínica en el mundo. Pero esta Declaración relativiza la vulnerabilidad de los pueblos y países periféricos, justificando el empleo de metodologías diferenciadas de investigación que pueden depender de las circunstancias sanitarias de los países. Es decir, disminuyen las exigencias de los estándares éticos internacionalmente aceptados en la realización de estudios clínicos y, consecuentemente, los costos de las investigaciones, alegando la urgencia de

⁶ Desde la perspectiva bioético, se puede indicar a este respecto como las industrias farmacéuticas, por ejemplo, prueban sus medicamentos en poblaciones vulneradas por la pobreza en países periféricos con el fin de maximizar las ganancias en el tratamiento y su comercialización en otros países desarrollados.

⁷ “Double standard” entendido como la opción de garantizar el acceso a mejores métodos de tratamiento disponibles, lo que posibilita el uso del, así como la no obligatoriedad de la responsabilización de los patrocinadores con los sujetos de investigación después de finalizado el estudio o experimentación.

la cura (Diniz et al, 2001:679-88 y Garrafa et al, 2001:1489-96.); en su contra Lorenzo insiste en señalar que la mayoría de las poblaciones de países periféricos se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, no necesariamente por factores biológicos, sino económicos, pues la pobreza y las desigualdades existentes en países en vía de desarrollo favorecen que sean el centro para la realización de investigaciones; lo que lo denomina como la “vulnerabilidad social” que interfiere negativamente en la autodeterminación de los sujetos o pueblos (Lorenzo, 2006: 167-90), y de igual forma afirma Garrafa, que:

La vulnerabilidad social tiene relación con la estructura de la vida cotidiana de las personas. Entre las situaciones generadoras de vulnerabilidad social en investigaciones en los países periféricos, pueden ser citadas: la baja capacidad de investigación en el país; las disparidades socioeconómicas en la población; el bajo nivel de instrucción de las personas; la inaccesibilidad a servicios de salud y las vulnerabilidades específicas relacionadas con el género femenino y con las cuestiones raciales y étnicas, entre otras (Garrafa, 2012: 9-20).

En los propios países desarrollados, donde existe el estado de bienestar, desde una perspectiva utilitarista que alude al conjunto de la población, aunque ello difiere con la realidad, donde persiste las minorías; por ello se demanda una justicia distributiva o “justicia social”, en el sentido de posibilitar el acceso equitativo a oportunidades de todos los ciudadanos; para lo cual se demanda de políticas de justicia social, acordes al criterio de Daniels y Sabin (Daniels et al, 1997:303-50), que de recuperando la teoría de la justicia distributiva de John Rawls al área de la salud, para que moralmente se aplique el principio de la protección de igualdad de oportunidades, pues según estos autores, la salud de todos los ciudadanos está afectada por los determinantes sociales-económicos-políticos. De esta forma, las enfermedades y las incapacidades de salud perjudican el funcionamiento normal de las personas, restringiendo sus oportunidades y su pleno desarrollo humano. Esta causa impactos negativos en los individuos porque la salud preserva sus habilidades para ser ciudadanos participativos en la vida social, política y económica de la sociedad —esto pensado desde la perspectiva del poder político—, pero desde el criterio humanista, se defiende la igualdad

entre los seres humanos; pero para esto último se demanda la implementación de medidas sociopolíticas, priorizando oportunidades para aquellos que no las tienen (Daniels et al., 1997:303-50). En esta línea se muestra el 14 de la DUBDH, en alusión al principio de la responsabilidad social y la salud; en reconocimiento de que la salud de las personas es resultado de un proyecto social que depende del esfuerzo de todos, acorde a sus posibilidades (ONU-ECC, 2005 y Daniels y Sabin, 1997).

A finales del siglo XX y principios del XXI, de 1999 a 2003 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) elaboró una serie de estudios sobre los condicionantes de vulnerabilidad de la población, desde la perspectiva de la “vulnerabilidad social” y la “vulnerabilidad sociodemográfica”, pero con el tiempo estos términos han desaparecido para dar lugar exclusivamente al concepto de “vulnerabilidad” únicamente⁸.

La vulnerabilidad es un concepto con diferentes perspectivas nacionales y culturales; por ello, es responsabilidad de los profesionales de la salud pública aplicar valores universales de equidad en beneficio de la integridad de los pacientes, así como asegurar sus derechos fundamentales, basados en la dignidad humana y los derechos humanos, respetando por tanto sus elecciones personales y su historia de vida.

Vulnerabilidad e integridad deben ser reconocidas como dimensiones intrínsecamente humanas. Son componentes de la identidad individual que deben ser tomadas en consideración en toda su extensión y atender a todas sus funciones humanas y sociales.

Por ejemplo, en España la Cruz Roja calcula anualmente el Indicador Global de Vulnerabilidad, para ello utiliza el “Cuestionario Social”, que se aplica a cada persona que acude a los programas de Intervención Social de Cruz Roja. Este cuestionario recoge información sobre cinco ámbitos: económico, social, familiar, vivienda/ambiental y personal. Dentro de cada uno de ellos se formulan preguntas de naturaleza dicotómica, que recogen la presencia o ausencia de aspectos o factores potenciales de riesgo causantes de la de vulnerabili-

⁸ CEPAL, 2002.

dad social, atendiendo a las siguientes categorías: moderado, medio, alto, muy alto y extremo. El indicador global de vulnerabilidad es resultante de emplear la media aritmética de los indicadores aplicados individualmente (Cruz Roja Española, Informe sobre la vulnerabilidad social, Madrid, Cruz Roja de España, 2014).

5 Indicadores e índice global de vulnerabilidad

La condición, la situación y el grado de vulnerabilidad se analiza desde dos perspectivas distintas: investigativa para la obtención de unos resultados de estudio científico sobre el tema y desde la administración u órganos de poder nacional, internacional o global que lo efectúa por razones políticas. Desde el primer posicionamiento se ha realizado desde la antropología, la sociología, la psicología, la economía... y desde el segundo con la llamada “ecología política” y otros conceptos que han venido modificándose a lo largo del tiempo por el uso político⁹; por ello, en torno a la vulnerabilidad, desde la política se atiende al riesgo (zonas de riesgo, etc.); mientras que, con la psicología se pone atención a la sensibilidad o estrategias para enfrentar el estrés (*coping strategies*), elasticidad (*resilience*)..., desde la sociología y la antropología se hará sobre la adaptabilidad...

La unidad de análisis de la vulnerabilidad, puede efectuarse sobre un individuo y un grup social, que se encuentra ante una amenaza o una situación específica –que según Alwang et al.- puede ser de salud, económica, etc. (Alwang et al., 2001: 3); pero, puede ampliarse a una tercera y cuarta situación –según Fernández-Carrión-, que viene establecida por los condicionantes humanos innatos o de origen de la persona (como nacer dentro de un núcleo familiar pobre, tener una enfermedad congénita, etc., y por último, la que viene marcada por las circunstancias vitales, en el transcurso de su vida diaria (como puede ser entrar en desgracia laboral o no contar con trabajo de forma regular, vivir en un entorno vulnerable o en peligro social, etc.).

⁹ Son las organizaciones políticas las que han mostrado mayor interés en conocer los distintos análisis que se han venido haciendo desde la sociología, la economía, etc., como se aprecia en el trabajo realizado por Alwang et al., (2001) que es ordenado y publicado por el Banco Mundial en Washington.

Cuadro 1. Formas de análisis de las unidades de vulnerabilidad

Alwang et al.	
Unidades de análisis	Individuo, grupo social
Situación	De salud, económica...
Amenaza	De salud, económica, etc.
Fernández-Carrión	
Condicionantes humanos	Pobreza familiar...
Circunstancias vitales	Desempleado de larga duración o vivir en un entorno de peligro social, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de Alwang et al. 2001 y Fernández-Carrión, propuesta

El análisis sobre la vulnerabilidad puede hacerse sobre valores tangibles o cuantificables, e intangibles. En cuanto a los primeros se consideran grados de pobreza, etc. y con respecto a los segundos se atiende consideraciones personales de salud... de vulnerabilidad, y en este último grupo Rivera integra la valoración ética, pues como señala este autor:

(...) es fundamental asumir una posición crítica sobre los elementos que sustentan las formas más comunes de entender y medir la vulnerabilidad social. En particular, la pobreza en la conceptualización de los sistemas sociales dentro de los enfoques que suelen utilizarse la noción de resiliencia, tiene un efecto limitante en la forma como se entiende la vulnerabilidad social, y le quita formalmente un contenido ético a las secuelas de los desastres en la vida de las personas (Rivera, 2012).

Pero a partir de la idea propuesta por Rivera da pie a pensarse que el análisis sobre la vulnerabilidad tiene repercusión sobre el contenido expresado o la postura tomada por el estudioso del tema o estadista, además de hacerlo sobre quien encarga el análisis o los lectores del mismo, e incluso con la persona o grupo social afectado o la comunidad que integra y la humanidad en su conjunto (FC).

Cuadro 2. Repercusiones del análisis de la vulnerabilidad

Destino o sujetos de la repercusión	Características de la repercusión
Persona o grupo vulnerable	Vulnerable en sí mismo
Sobre el contenido o postura mostrada en el estudio	Social o antisocial
Lectores del estudio	
Organización que encarga el análisis	De política social o antisocial

Fuente: Elaboración propia

El análisis del origen y del desarrollo o “construcción” de la vulnerabilidad, según Watts y Bohle (1993) y Fraser (2003), se efectúa en dos momentos distintos del proceso: antes de una situación de estrés, que le hacen más o menos “propensa a una pérdida específica (susceptibilidad)” o previo a adquirir la condición de vulnerabilidad (FC), y por otra las formas que desarrolla la unidad de análisis para hacer frente a una situación de estrés una vez que esta a ocurrido, y que se relacionan con la “capacidad de ajuste” (Watts y Bohle, 1993 y Fraser, 2003) o la capacidad de reacción social, económica... y de resiliencia (FC). A lo que habría que añadir dos variables más, determinadas por el momento después de una situación específica de crisis y la previsión del futuro (FC).

Cuadro 3. Análisis de los momentos de la vulnerabilidad

Watts y Bohle, Fraser	
Tiempo	Tipología del momento
Antes de una “situación de estrés”	Propensión a la susceptibilidad
Durante la crisis o momentos inmediatamente posteriores del suceso	“Capacidad de ajuste”
Fernández-Carrión	
Después de sucedida la crisis	Reacción y resiliencia
Previsión o cálculo de futuro	Prospectiva

Fuente: Elaboración propia a partir de Watts y Bohle, 1993, Fraser, 2003 y Fernández-Carrión propuesta

El concepto de indicadores sociales es ideada por Bauer, cuando en 1966 publica la edición de *Social indicators*.

Los indicadores sociales se plantean, en un principio, como instrumento de medición para determinadas magnitudes económicas y sociales [entre otros factores varios de impacto principalmente social] que permitieran el estudio de los comportamientos de éstas a lo largo del tiempo. A partir de su desarrollo posterior serán usados, en algunos casos, para el análisis de la satisfacción de determinadas necesidades, o al menos de la distribución de ciertos recursos que no son fácilmente evaluables de manera directa (Navarro y Vargas, 2006: 486).

Como apunta Navarro y Vargas (2006) los elementos constitutivos de los indicadores sociales, son:

- 1 Medida estadística, sobre la cantidad evaluada sobre el grado de vulnerabilidad.
- 2 Análisis de un concepto, dimensión, aspecto, idea o con-

- junto de fenómenos simples y directamente observables (pobreza, marginalidad, etc.).
- 3 Estudio teórico previo, independiente de los valores estadísticos. “La diferencia radica en que la construcción de indicadores es el resultado de un gran esfuerzo de análisis y de investigación en un campo. Por tanto el criterio que permite distinguir entre estadísticas e indicadores sociales es su valor informativo, basado en la reflexión teórica y en el desarrollo de un esquema explicativo” (Navarro y Vargas, 2006: 487).
 - 4 Integración en un sistema coherente de medidas (los indicadores sociales toman sentido al considerárseles como un “sistema”, dentro de “construcciones ordenadas y coherentes” en si misma y en relación al conjunto teórico y práctico en los que se integran (FC).
 - 5 Descripción del estado de la realidad social, así como de las personas en particular, si es el caso; desde la perspectiva del estado estáticos (actual o instantáneo) y el dinámico (su evolución).

Cuadro 4. Estados temporales del devenir de la vulnerabilidad

Tipología	Características
Navarro y Vargas	
Estado estático	Actual o instantáneo
Dinámico	Evolución
Fernández-Carrión	
Preespacio	Previo al estado analizado
Pospespacio	Posterior al momento analizado

Fuente: Elaboración propia Navarro y Vargas (2006) y Fernández-Carrión, propuesta

Según OCDE (2002) los indicadores sociales lo clasifican en tres tipos de categorías, de acuerdo a la intencionalidad política que se aplica en su atención:

- Contexto social, “se trata de aquellas variables sociales que normalmente las políticas gubernamentales no contemplan directamente, o que a veces forman parte de los objetivos políticos pero sólo a largo plazo”.
- Estado social, “se trata, en el contexto más amplio posible, de las descripciones de aquellas situaciones sociales que requieren una actuación prioritaria inmediata y urgente por parte de los poderes públicos”.

- Acción social, “estos indicadores muestran las acciones de la sociedad susceptibles de afectar a los indicadores de estado social. La mayoría de las acciones son políticas gubernamentales(…)” (OCDE, 2002: 3-4).

Las mediciones del contexto y del estado social en sí mismas describen las condiciones sociales de la población.

De acuerdo a Guillén (1977), los indicadores sociales pueden clasificarse de los siguientes tipos:

Cuadro 5. Tipología de los indicadores sociales

Tipos	Criterios de clasificación
Indicadores absolutos y relativos	Por la escala de medida
Datos de observación y fenómenos percibidos o subjetivos	Por la naturaleza del hecho
Indicadores simples y sintéticos	Por el nivel de abstracción
Indicadores analíticos y descriptivos	Por el contenido teórico
Indicadores económicos, de calidad de vida y de exclusión social...	Por la temática de estudio
Indicadores internos, externos, de medio y de producto	Por los medios y los resultados obtenidos
Indicadores de impacto, de eficacia, de suficiencia y de acceso	Por su ubicación en un modelo internacional

Fuente: Elaboración propia a partir de Guillén (1977)

Cuadro 6. Sistema de indicadores de la OCDE: Estado social y respuestas sociales

Indicadores	Características	
De contexto	G1 Ingresos nacionales G2 Índices de fertilidad G3 Nivel de dependencia de las personas mayores G4 Extranjeros y población de origen extranjero G5 Refugiados y solicitantes de asilo G6 Índices de divorcios G7 Familias monoparentales	
	Estado social	Respuestas sociales
De autosuficiencia	A1 Empleo A2 Paro A3 Jóvenes sin empleo A4 Hogares sin empleo A5 Madres trabajadoras A6 Edad de jubilación A7 Políticas de activación A8 Gastos en educación A9 Educación y cuidados infantiles a una edad temprana A10 Logros en la educación A11 Alfabetización A12 Índices de sustitución A13 Presión fiscal B6 Gasto público social B7 Gato público privado B8 Gasto neto social C6 Gente mayor en residencias	
	Estado social	Respuestas sociales

De equidad	B1 Pobreza relativa	B5 Salarios mínimos
	B2 Desigualdad en los ingresos	B6 Gasto público social
	B3 Empleo poco remunerado	B7 Gasto privado social
	B4 Diferencia salarial por razón de sexo	B8 Gasto neto social
	A2 Paro	B9 Obtención de prestaciones
	A3 Jóvenes sin empleo	A7 Políticas de activación
A4 Hogares sin empleo	A8 Gastos en educación	
A5 Madres trabajadoras	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana	
	A10 Logros en la educación	
	A11 Alfabetización	
	A12 Índices de sustitución	
	Estado social	Respuestas sociales
De salud	C1 Esperanza de vida	C6 Personas mayores en residencia
	C2 Mortalidad infantil	C7 Gasto en asistencia médica
	C3 Años potenciales de vida perdida	C8 Responsabilidad para financiar la asistencia médica
	C4 Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad	C9 Infraestructura médica
	C5 Accidentes	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana
	B1 Pobreza relativa	A10 Logros en la educación
A2 Paro		
D2 Consumo de drogas y muertes relativas		
	Estado social	Respuestas sociales
De cohesión social	D1 Huelgas	D7 Prisioneros
	D2 Consumo de drogas y muertes relativas	A6 Edad de jubilación
	D3 Suicidios	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana
	D4 Crimen	A10 Logros en la educación
	D5 Pertenencia a un grupo	B6 Gasto público social
	D6 Votación	C7 Gasto en salud
B1 Pobreza relativa		
A2 Paro		

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, 2002: 7-13.

Cuadro 7 Indicadores sociales de la ONU

Áreas	Tipos
Población	1a Tamaño de la población
	1b Composición de la población
	1c Crecimiento y distribución de la población
Salud	2a Esperanza de vida

	2b Mortalidad materna y mortalidad infantil 2c Maternidad 2d Prevalencia de anticonceptivos 2e VIH/SIDA
Alojamiento	3a Personas por habitación 3b Asentamientos humanos 3c Abastecimiento de agua y saneamiento
Educación	4a Alfabetización 4b Educación primaria 4c Educación secundaria 4d Educación terciaria 4e Esperanza de vida escolar
Trabajo	5a Renta y actividad económica 5b Empleo a tiempo parcial 5c Distribución de la población activa por situación en el empleo 5d Desempleo de adultos

Fuente: Elaboración propia a partir de ONU, 2012

Metodológicamente el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, así como de otros organismos internacionales (OCDE, ONU) –como apunta Espina, 1996–, proponen seguir los siguientes pasos en el análisis con los indicadores sociales:

- Primero, se trataría de descomponer el objetivo a analizar (concepto) en áreas diferenciadas, componentes, campos, preocupaciones sociales..., dependiendo de las nomenclaturas empleadas en las distintas metodologías.
- Segundo, estas dimensiones aplicadas se subdividen en subdimensiones o subcomponentes, susceptibles de medirse.
- Tercero, tras realizar estas divisiones y subdivisiones se establece una relación para cada componente o subcomponente a una o varias medidas que indiquen su estado real.

Los indicadores de la OCDE y en mayor medida de la ONU muestra una politización excesiva en su desarrollo para la obtención de unos datos muy intencionados con una “preocupación” momentánea y actual de dichos organismos sobre la realidad presente en el mundo, a partir de la conjunción de ambos indicadores Navarro Rodríguez y Larrubia Var-

gas realizan una “propuesta” de indicadores para “medir situaciones de vulnerabilidad social en el “marco de un proyecto europeo”, en torno a los indicadores de pobreza, trabajo, formación, salud, vivienda y entorno ambiental, vulnerabilidad en función de la familia o el hogar y la participación ciudadana; como se aprecia casi no tiene nada que ver con los indicadores propuestos por la OCDE y ONU y si con los de la Cruz Roja Española, con pequeñas matizaciones como el de la “participación ciudadana” (con intencionalidad política, pues el trabajo presente el resultado de un proyecto “aprobado y subvencionado por la Comisión Europea” a través del Ayuntamiento de Málaga. En relación exclusivamente a la salud Navarro y Larrubia indica con razón que la salud “determina la calidad de vida, incide en la dependencia y adquiere perfiles diferentes en asociación con la pobreza” (Navarro y Larrubia, 2006: 500)¹⁰.

Cuadro 8. Indicadores de vulnerabilidad de la OCDE

CONTEXTO	AUTOSUFICIENCIA	EQUIDAD	COHESIÓN SOCIAL	SALUD
Ingresos nacionales	Estado social/Respuestas sociales	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social
Índices de fertilidad	Empleado/Políticas de activación	Pobreza relativa/Salarios mínimos	Huelgas/Prisioneros	Esperanza de vida/Personas mayores en residencia
Nivel de dependencia de las personas mayores	Paro/Gastos en educación	Desigualdad en los ingresos/Gasto público social	Consumo de drogas y muertes relacionadas/Edad de jubilación	Mortalidad infantil/Gasto en asistencia médica
Extranjeros y población de origen	Jóvenes sin empleo/Educación y	Empleo poco remunerado/	Suicidio/Educación y cuidado	Años potenciales de vida perdi-

¹⁰ Ambos autores no aplican ningún indicador, sólo hace una relación comparativa de los que recogen diferentes municipalidades socios del Proyecto, de Brasil, Costa Rica, Chile, España, Francia, México y Perú.

extranjero	cuidado infantiles en edad temprana	Gasto privado social	infantiles en edades tempranas	da/ Responsabilidad para financiar la asistencia médica
Refugiados y solicitantes de asilo	Hogares sin empleo/ Logros en educación	Diferencia salarial por razón de sexo/ Gasto neto social	Crimen/ Logros de la educación	Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad/ Infraestructura médica
Índices de divorcios	Madres trabajadoras/ Alfabetización	Paro/ Obtención de prestaciones	Pertenencia a un grupo/ Gasto público social	Accidentes/ Educación y cuidado infantiles a edad temprana
Familias monoparentales	Edad de jubilación/ Índices de sustitución	Jóvenes sin empleo	Votación/ Gasto en salud	Pobreza relativa/ Logros en la educación
	Presión fiscal	Políticas de activación		Paro
	Gasto público social	Hogares sin empleo	Pobreza relativa	Consumo de drogas y muertes relacionadas
	Gasto público privado	Gastos en educación	Paro	
	Gasto neto social	Madres trabajadoras		
	Gente mayor en residencia	Educación y cuidado infantil a una edad temprana		
		Logros en la educación		
		Alfabetización		
		Índices de sustitución		

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2002) y cfr. Navarro y Larrubia (2006: 491).

Con el tiempo, desde mediados del siglo XX y en el siglo XXI se está desarrollando una gran variedad de índices globales: del hambre (GHI), de impunidad (IGI), de Paz (GPI), de Riesgo

Climático (IRC)... y de vulnerabilidad [IGV]¹¹.

De 1999 a 2003 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) realizó una serie de estudios a nivel teórico como de

¹¹ Pero al mismo tiempo que que el Índice global de vulnerabilidad se ha hecho extensible de forma razonada a diferentes problemáticas humanas, también lo ha hecho a otras que son un equívoco de conceptos, pues la han hecho equivaler vulnerabilidad con la idea de peligro, riesgo o dificultad; que no es lo mismo. Como muestra de este error se pondrá dos ejemplos: Isabel Rial (del International Monetary Fund) y Leonardo Vicente (del Banco Central del Uruguay) en la publicación titulada *Política fiscal y vulnerabilidad fiscal en Uruguay: 1976-2006* (2007), elaboran el Índice global de vulnerabilidad fiscal (IGVF), se acogen a la definición que establece a este respecto Allen et al. (2002) “el riesgo que las condiciones de liquidez y solvencia sean violadas y se desencadene una crisis” y la que también hace con antelación Hemming y Petrie (2000) que identifican la vulnerabilidad fiscal como “aquella situación donde el gobierno se expone al fracaso en la obtención de sus objetivos de política macroeconómica en general y de política fiscal en particular” (cfr. Rial y Vicente, 2007: 2-3). Igualmente Reyes G. Herrera et al. en el “Estado del conocimiento sobre metodologías de evaluación de vulnerabilidad sísmica de edificios (2013) aluden a la vulnerabilidad de los edificios en conjunto a otros factores, tal como exponen: “Estos aspectos considerados [de la construcción de edificaciones], muestran que el aumento poblacional, combinado con el desarrollo del país y las buenas prácticas constructivas permitirá una disminución de la vulnerabilidad y por ende la preservación de la vida y la protección de los activos financieros” [del gobierno] (Herrera et al, 2013: 8), y en el mismo texto a lo que ha venido a considerar como vulnerabilidad lo relaciona con el “comportamiento deficiente en viviendas y edificios” (Herrera et al, 2013: 8), y esto último es lo que lo realmente trata de edificios mal construidos no edificios vulnerables. Igual hace Diego A. Hidalgo-Leiva et al. (2016) al tratar sobre la “Evaluación de la vulnerabilidad sísmica de hospitales de Costa Rica con la aplicación de índices de vulnerabilidad”, donde los autores señalan que “con el método propuesto, se logra evaluar el daño para diferentes escenarios de amenaza sísmica, así como para diferentes niveles de daño o niveles de desempeño, dando un panorama más claro de la vulnerabilidad estructural y del posible nivel de daño” (Leiva et al., 2016: 450). Con estos tres casos se constata, por una parte de una apropiación por parte de la administración del término “vulnerabilidad” con fines políticos, desvirtuando el concepto de dicho término (en la acepción indicada en el presente texto) y por otra parte, se aprecia un mal empleo metodológico por parte de algunos investigadores y de ciertas instituciones académicas del vocablo vulnerabilidad; utilizándose a la mandera de un término prêt-à-porter, que sirve para cualquier uso que se quiera hacer del mismo.

investigación aplicada, diferenciado fundamentalmente la vulnerabilidad social de la sociodemográfica, aunque con posterioridad a las fechas indicadas, agrupan las dos acepciones en uno solo: vulnerabilidad a secas, entendida como la incapacidad de resistencia ante las consecuencias de un fenómeno amenazante o la incapacidad para reponerse después de sucedido un desastre inesperado. En cambio, la Cruz Roja calcula anualmente el Indicador global de vulnerabilidad, en torno a cinco ámbitos de interés: económico, social, familiar, vivienda/ambiental y personal; en el que se formula preguntas de forma dicotómica, que pone atención en la presencia o ausencia de aspectos potenciales de riesgo individual causantes de vulnerabilidad social, con la valoración de moderado, medio, alto, muy alto y extremo.

El Índice global de vulnerabilidad se calcula a partir de la media aritmética de los indicadores individuales aplicados en los diferentes factores del estudio del tema en cuestión (cuadro 9).

Cuadro 9. Índice global de vulnerabilidad. Factores de vulnerabilidad económica, social, ambiental/vivienda, familiar, personal y de salud

Factores de vulnerabilidad económica, social, ambiental/vivienda, familiar, personal y de salud					
Económico	Social	Familiar	Ambiental/ vivienda	Personal	Salud
Sin ingresos	Baja cualificación profesional	Hijos a su cargo (2 o 3)	Vivienda temporal	Extranjero sin permiso	
Sin permiso de trabajo	No comprende/habla español	Hijos a su cargo (3 o más)	Alquiler sin contrato	Dependencia	<i>Dependencia</i>
Ingresos <500/mes	Estudios primarios incompletos	Otros familiares dependientes	Vivienda sin servicios básicos	Discapacidad sobrevenida	<i>Discapacidad sobrevenida</i>
Sin alta SS	Analfabetismo	Familia monoparental	Hacinamiento	Depresión	<i>Depresión</i>
Trabajo sin	Sufre discriminación	Aislamiento	Pueblo aislado	Extranjero sin docu-	

contra- to		involun- tario		mentación	
Deudas en país de origen	Víctima maltrato	Malos tratos con denun- cia	Barrio sin servicios mínimos	Extranjero con orden de expul- sión	
Des- empleo >2 años	Frac- so/abando no escolar	Prisión en la familia	Sin hogar	Otra en- fermedad grave	<i>Otra enfer- medad grave</i>
Percibe pensión no contri- buitiva	Sufre racis- mo/xenofo bia	Drogas en la familia	Institucio- nalizado	Alzheimer o demencia	<i>Alzhei- mer o demen- cia</i>
Se dedica a acti- vidades ilegales	Víctima persecu- ción	Abusos sexuales	Semi- institucio- nalizado	VIH	<i>VIH</i>
Trabaja por cuenta propia				Drogode- pendencia desintoxi- cación	
Percibe Renta Mínima				Discapaci- dad genéti- ca	<i>Discapa- cidad genética</i>
Percibe pensión <500/m es				Drogode- pendencia activa	
Prosti- tución				Enferme- dad mental	<i>Enfer- medad mental</i>
Parado > 1 año				Alcoholis- mo	
Hogar con todos los miem- bros en paro				Hepatitis	<i>Hepatitis</i>
				Tuberculo- sis	<i>Tubercu- losis</i>
<i>Delin- cuencia</i>	<i>Trata de persona</i>	<i>Delin- cuencia en la familia</i>	<i>Vive solo</i>	<i>Tiene difi- cultad en relacionar- se con los demás</i>	<i>Enfermo perma- nente que cuida de otro familiar enfermo</i>
Indicadores de vulnerabilidad ambientales, desastres, resiliencia, socioe-					

conómicos y salud					
Indicadores de vulnerabilidad ambientales, desastres, resiliencia, socioeconómicos y salud					
Ambientales	Desastres	Resiliencia	Socioeconómicos ¹²	salud (en general)	salud (situación de vulnerabilidad)
Emisiones de dióxido de carbono	Personas afectadas por actividad volcánica	Coefficiente GINI	% de población en situación de indigencia	% de población < del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	% de población con enfermedades mentales
% de superficie cubierta de bosque	% población expuesta a ciclones tropicales	Gasto Social	Producto Interior Bruto Per Cápita	Tasa de mortalidad por homicidio por cada 100.000 habitantes	% de población con depresión
Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica	% población expuesta a inundaciones	Huella Ecológica	Tasa de alfabetización de adultos	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas
	Promedio de sismos mayores o iguales a 5.5 en la escala de Richter	Índice de Desarrollo Humano		% de población con acceso a servicios de salud	% de población con acceso a servicios de salud

¹² Existen múltiples de estudios que aplican indicadores de vulnerabilidad económica de impacto personal y nacional, en este último sentido se puede aludir por ejemplo a los indicadores propuestos por el Fondo Monetario Internacional, como la deuda externa e interna, la suficiencia de las reservas, la solidez financiera y el sector empresarial (Indicadores de vulnerabilidad, 2003)

		Número de receptores de radio por mil habitantes		% de población rural con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con otros tipos de enfermedades graves
		Percepción de corrupción <i>política</i>		% de población urbana con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con dependencia
				% de población rural con acceso a servicios de agua potable	% de población enferma que cuidada de otro familiar enfermo
				% de población urbana con acceso a servicios de agua potable	% de población con acceso a servicios de agua potable
% tierra cultivada	% población no apoyada económicamente (> 500) tras un desastre	Índice global de vulnerabilidad	Límite al precio de productos básicos	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás

Fuente: Elaboración propia a partir de Cruz Roja Española (2014: 36), Chang ([2005]) y Fernández Carrión (todo lo que se presenta en cursiva).

Las personas vulnerables para la Federación Internacional de Cruz Roja y a media Luna Roja, son la que están expuestas a situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social, económica y de dignidad humana (cfr. Chang, [2005]: 3), no cuentan con apoyo externo, ni tienen capacidad física, económica y/o mental para superar la adversidad que le vulnera (FC).

La vulnerabilidad no puede ser totalmente eliminada, pues no consiste en un proceso circunstancial; pues por ejemplo al ejercitarse la autonomía por medio del consentimiento libre e informado no suprime la vulnerabilidad, pues siempre existe el riesgo de que sea condicionada. Por esta razón, la autonomía no debe ser entendida de modo restricto a partir de la aplicación del principlialismo en bioética, a través de la puesta en práctica de la capacidad de actuar libremente, de acuerdo a los propios valores y creencias; sino incluso desde la perspectiva de un comportamiento autónomo, para poder reducir en lo posible su situación de vulnerabilidad con respecto a terceros.

La vulnerabilidad adquiere dimensión universal, que puede ser combatido a través de medidas específicas de protección equitativa, como pueden ser acciones fundamentadas en derechos de la dignidad humana, aplicadas por parte del estado (Neves, 2009 y Schramm 2006:187-200) o gestionados por la propia sociedad con valores solidarios (FC).

Cuanto más es respetado un individuo, menor es su grado de vulnerabilidad; porque se reconocen los derechos humanos y se garantiza la dignidad de todas las personas, por medio de no menoscabar su integridad, ya sea física, psíquica, social y de identidad (FC), al no explotar de su vulnerabilidad, interna o intrínseca a todo ser humano o externa motivada por condicionantes sociales, políticos, económicos o ambientales. Existe una relación entre vulnerabilidad y equidad política o justicia. La aplicación de la justicia social depende de la práctica de políticas públicas de equidad social, económica y de género en la asistencia sanitaria.

6 Práctica de la bioética-social atendiendo al factor de la vulnerabilidad

Sobre el condicionante y la problemática de la vulnerabilidad social han trabajado diferentes autores, en uno de ellos René Vázquez Jiménez et al. (2014) lo ha hecho sobre el tema y el título de “SIG aplicado a la evaluación de vulnerabilidad por inundación en la ciudad de Tixtla, Guerrero, México”, en el que señala que “a afrontar los efectos de los desastres naturales representa altos costos sociales y económicos, a menudo [siempre] los segmentos más pobres de la población su-

fren los impactos más severos(...)" (Vázquez, 2014).

En el presente texto se tratará en el actual apartado de atender el factor de la vulnerabilidad con la metodología de bioética-social, tal como la ideara Fernández-Carrión en "Teoría de bioética-social", 2020: 135-148) y que será aplica en torno a la identidad de filiación e identidad civil.

6.1 Condicionante social con la existencia o la ausencia de la identidad de filiación y civil¹³

La identidad está comprendida entre la realidad y la irrealidad, o entre la inexistencia o la falta de condición humana y la idea que de ella tiene el propio individuo. En el primer caso se alude al posible tipo de identidad que puede tener cada individuo personalmente o que coincide con la de un colectivo social determinado, ambos casos aceptados por los demás, o por el contrario se trata de una consideración personal que nadie tiene en cuenta o no la entiende en el mismo sentido sino en otro distinto de su poseedor. En el segundo supuesto se da, por ejemplo, una falta de identidad civil o identidad de filiación. En cuanto a la identidad civil se puede estudiar el caso de los miembros de un país sin este tipo de identidad, constituidos por miembros de grupos étnicos o grupos sociales marginales, cuya población no se encuentra registrada ante los organismos oficiales del país, por lo que obviamente no cuentan con ningún tipo de identidad civil, o lo que es lo mismo que socialmente "no existen", se trata de apátridas o simplemente seres inexistentes a efectos oficiales. En esta línea, se analiza un caso planteado en el artículo titulado "Mexicanos sin identidad: luchando contra el problema [de la identidad civil]" (Munaiz, 2012), en el que se indica:

Son invisibles. Viven sin acta de nacimiento y sin registro, al margen de cualquier protección legal. No pueden casarse, abrir una cuenta bancaria, votar, ir a la escuela, heredar, adquirir propiedades ni morir con dignidad [o mejor dicho legalmente]. Son más de 10 millones de mexicanos que permanecen en un limbo de desigualdad [fuera de la legalidad] (Munaiz, 2012).

Esta situación alcanza en todo el mundo la cifra de 50 millones "de niños [los que] no están registrados" (Munaiz, 2012:

¹³ Tema sobre el que trabajar con anterioridad Fernández-Carrión en "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", 2012: 97-104.

2), según Óscar Ortiz, director general de la Organización no gubernamental (ONG) *Be Foundation* “el detonante de este problema tan grave es la miseria” (Munaiz, 2012: 4), aunque además puede ser causado por la exclusión étnica, marginación social, etc. Cuya causa, según Alison Sutto, jefa de protección a la infancia de Unicef México es debido a que:

La falta de registro de nacimientos y documentos de identidad puede tomar a los niños y niñas vulnerables a la violencia, la explotación, la sustracción o la trata. Los niños y niñas son especialmente vulnerables. Al no contar con documentos, no se puede comprobar su edad o filiación, lo cual les coloca como posibles víctimas de explotadores [ajenos o de la propia familia] (cfr. Munaiz, 2012: 5).

Pero también motiva marginación social, económica o política, así como la ausencia de identidad, con las consecuencias generales que se han venido indicando. Los motivos, según Sutto, son que: “Existen factores culturales, geográficos, así como los costos directos e indirectos que les supone a las familias” (cfr. Munaiz, 2012: 7).

En muchas ocasiones, en las aldeas más pobres del país, (donde una familia tiene una media de 5 hijos) prefieren darles de comer que gastar los aproximadamente 100 pesos que cuesta inscribirlos (Munaiz, 2012: 8).

Sin embargo, también es causado por el desinterés de la propia población de participar en las instituciones del estado, el desánimo por la repercusión que pueda provocar sobre ellos cambiar de actitud o incluso puede tratarse de un mecanismo de autodefensa para mantenerse fuera de la ley con mayor facilidad, por todos estos casos no adquieren una identidad civil, aunque queriendo o sin querer forman parte de la llamada identidad de los no identificados.

Para lo primero Sutto plantea el no cobro de las tasas gubernamentales de inscripción social, pero el problema en una parte es otro, falta de interés por la identidad civil y sus implicaciones, aunque hace bien la Convención sobre los derechos del niño en solicitar a los gobiernos que garanticen el derecho a la identidad [nacional] desde su nacimiento (nota 9). Unicef trabaja actualmente con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Inegi) y el Registro Nacional de Población (Renapo) para cuantificar la ausencia de registro de población, des-

de su nacimiento hasta la edad adulta inclusive. Aún con falta de datos exhaustivos según apunta Munaiz, en México el estado en el que se aprecia peor situación es en Chiapas, donde según las cifras aportadas por la Red por los derechos de la infancia en México (Redim), en 2009, no se “registraban ni tan siquiera la mitad de sus nacimientos el primer año” (nota 12); según Munaiz, gracias al apoyo económico de Unicef, en Chiapas, entre 2009 a 2011 “la combinación de estrategias que incluyeron gratuidad” (nota 19) permitió incrementar en 76% el número anual registrados, llegando a más de 165.000 niños y niñas en 2011, con ello parece demostrarse que el mayor porcentaje de la población sin identidad civil es causado por razones económicas y étnicas, pero hay otra parte que es motivada por razones más profundas, personales, de oposición al sistema o al menos falta de interés por la vida pública. Porcentaje que puede atenderse por igual en 2009 en los Estados de Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Morelos, Puebla, Hidalgo y Michoacán, cuya cobertura de nacimientos era del 44,5%, 57,8%, 63,4%, 66,2%, 66,3%, 73,0% y 74,8%, en el primer año de vida, respectivamente (para la misma fecha en Chiapas era de 42,9%).

En cuanto a la identidad de filiación, debido a los cambios tecnológicos habidos en la reproducción asistida a partir del último cuarto del siglo XX ha dado lugar a un desfase entre la identidad y la filiación. Se analizará un caso, como el que propone Jeremy Laurance en *The Independent* (cfr. Laurance, 2012: 2), bajo el título de “Polémica en Gran Bretaña sobre revelar origen a bebés de probeta”. En 2005, se eliminó el anonimato del donador de esperma y óvulos en Inglaterra, por lo que los niños nacidos de esa fecha en adelante a partir de gametos (esperma u óvulos) tienen derecho a saber la identidad de su padre o madre biológica cuando lleguen a los 18 años de edad, pero una encuesta realizada antes de esta reforma legal aprecia que el 28% de estos niños concebidos con esperma de donantes y el 40% de los procedentes de óvulos donados “se enteraron de esa circunstancia” a los siete años de edad, con lo que desde la infancia a una parte de ella se le causa un trauma sobre su verdadera identidad de filiación, mientras que a otros sólo les inquieta y sólo a muy pocos no les importa nada su paternidad. Según un sondeo del Consejo Nuffield de Bioética que examinó a los padres

que eligen no darles esta información a sus hijos “por razones tanto médicas como psicológicas”, terminan “involucrando” a médicos y a trabajadores sociales. Cada año nacen en Gran Bretaña entre 1.500 a 2.000 niños de gametos donados, en la década de los 70 y 80 los médicos aconsejaban a las parejas “que no había necesidad de revelarlo”, en cambio actualmente “aconseja la apertura”, aunque no la convierten en una acción obligatoria, a pesar de que Marily Crawshaw, consejera nacional de UK DonorLink¹⁴, señala que “el efecto sobre las familias cuando los niños descubren la verdad por accidente, como resultado de una prueba o cuando uno de sus padres muere, llega a ser grave” (cfr. Laurance, 2012: 2).

De acuerdo al criterio de Crawshaw puede resultar “devastador” el impacto de guardar el secreto, como se pudo hacer patente en Gran Bretaña en el caso de Rachel Pepa, enfermera en Leicester, de 29 años, que fue concebida por donador y vive con su pareja, Will, y un hijo de tres años, Gabriel. Su padre de crianza sufrió una falla de riñón cuando ella tenía 20 años y está en diálisis desde entonces, como es un padecimiento hereditario, los médicos le dijeron que ella tenía un 50% de probabilidad de contraer dicha enfermedad, pero como a principios de los ochenta cuando sus padres recibieron tratamiento para embarazarse, les aconsejaron que “no era necesario decir la verdad” le ocultaron la situación, por ello en este momento Rachel señala que:

absolutamente y categóricamente creo que debieron decirme cuando era niña, tan pronto como tuviera edad suficiente para procesar la información. Es un dato fundamental sobre uno mismo, saber quiénes son sus padres. A veces me enfurece cuando lo pienso (cfr. Laurance, 2012: 2).

Aun actualmente, es una incógnita como afrontar el tema, pues como señala la doctora Rhona Knight, presidenta del Consejo Nuffield “nos interesa descubrir por qué, y conocer opiniones sobre las responsabilidades de las familias con respecto a revelar este secreto, así como el tipo de apoyo que pudieran necesitar” (cfr. Laurance, 2012: 2); pues, cada persona es un mundo, y por tanto la medida que se tome para

¹⁴ Un registro voluntario creado para ayudar a los donadores, al concebido y a sus “medios” hermanos a estar en contacto.

uno le puede perjudicar o beneficiar, mientras que para otra puede sucederle lo contrario.

En general, la falta de identidad de filiación parece tener mayor repercusión negativa sobre los protagonistas que sobre los progenitores o padres adoptivos, y en estos más que sobre los que tienen ausencia de identidad civil, pues en los primeros esta situación se presenta por encima de la voluntad de los propios interesados, por razones externas al sujeto, que no siempre pueden subsanar, mientras en los segundos se produce por estos mismos motivos o por expreso deseo de ellos, que cuando quieran pueden resolver esta situación posteriormente.

En tanto en los casos de ausencia de la identidad civil como de filiación, esta falta de identidad real en el primer caso y personal en el segundo, de manera momentánea o permanente, según sea en cada caso, es independientemente de la voluntad de los nacidos a través de la reproducción asistida, o miembros de grupos marginales extremos. Los primeros pueden permanecer en este estado hasta que logran descubrir su filiación a través de la información aportada por uno de sus padres adoptivos o con la ayuda de un organismo público que lo relaciona con sus verdaderos progenitores, mientras que en el segundo supuesto se modifica la situación cuando cambia el estado de marginalidad del grupo o mejora el estado económico personal¹⁵.

En algunos casos, mientras que logran superar el estadio de la falta de identidad estas personas pueden pervivir con una identidad utópica o en realidad con una identidad distinta a la que tendría tras el registro civil, con la que pervive hasta el momento de solventar esta ausencia, en cuyo caso, tras el reconocimiento civil de la identidad, pasaría constituirse en ciudadanos con todos los derechos y los deberes que le establece el estado; aunque, aún sin reconocimiento civil, al obtener un trabajo, por ejemplo, lo ejercerán con una identidad como profesional laboral o simple trabajador¹⁶. De igual for-

¹⁵ Como sucediera, por ejemplo, en la Antigüedad con algunos libertos durante el imperio romano, que lograron dejar la condición de esclavo.

¹⁶ En sentido contrario, se puede tener una identidad real desde el acto del nacimiento, aunque con el tiempo puede modificarla a

ma, con la ausencia de filiación la persona contará en un principio con una identidad “adoptiva” (al igual que su situación de partida); pero, al adquirir la identidad de filiación alcanzará la identidad real, por ser la que le corresponde por su condición de naturaleza o de relación con sus verdaderos progenitores. Existe, un tercer caso, viene determinado por una ausencia doble de identidad civil y de filiación, en este supuesto, en momento de adquirir estas dos identidades faltantes alcanza a tener una identidad real o doble identidad, este segundo caso, se da cuando dicha persona quiere seguir manteniendo su “antigua identidad” o previa a su nueva situación junto con la nueva identidad, que se entiende como la definitiva (cuadro 10).

Cuadro 10. Tipología en los casos de ausencia de identidad civil y de filiación

Ausencia de identidad civil	Adquisición de la identidad civil	Adquisición de la identidad de filiación
Identidad distinta	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano (definitiva)	Identidad real (definitiva)
		Doble identidad
Identidad utópica	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano “real”	Identidad real (definitiva)
		Doble identidad
Ausencia de identidad de filiación	Adquisición de la identidad civil	Adquisición de la identidad de filiación
Identidad adoptiva	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano “real” (definitiva)	Identidad real (definitiva)
	Reconocimiento civil de la identidad adoptiva: identidad	Doble identidad

través de una acción directa realizada por deseo propio o a consecuencia de ser miembro de algún grupo social, político, etc. con el que logra alterar o superar un tipo de identidad previa o incluso suplantarse la falta de identidad.

de ciudadano
"adoptivo"

Fuente: Elaboración propia

204

Solo con la muerte, todo ser humano, deja de contar con una identidad real, pues pierde todo tipo identitario existencial, para pasar a engrosar la lista de fallecidos, para ser recordado por sus familiares, amigos, enemigos o la historia, en cada caso; portando una nueva identidad, la de fallecido en general además de la que crean de el los que le mantienen en la memoria.

Por otra parte, con la comparación de estos dos supuestos: identidad civil y de filiación, se constata el grado de afección negativa que puede producirse sobre las personas al no contar con estos tipos de identidad generales; aunque, con el tiempo y cambiando de circunstancias pueden optar estas dos, así como otras particulares serie de identidades particulares en la sociedad en la que están integrados como es la de género, además de la que obtiene por su situación económica, laboral, etc.

La falta de identidad de filiación y de identidad civil se puede entender social y psicológicamente para la persona como una indefinición de su propio ser, por la ausencia de su identidad general y primaria y por tanto puede afectar a su autoestima o tranquilidad psicológica personal como marca su condición de apátrida (lo que conlleva además un problema político y social) ante la comunidad nacional en la que "habita" y dificulta la defensa de lo propio ante los demás.

6.2 Práctica de la bioética-social atendiendo al factor de la vulnerabilidad por ausencia de la identidad de filiación y civil

En "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", Fernández-Carrión, en 2012, indicaba que la bioética se muestra como un medio teórico para la resolución de la falta de estos dos tipos de identidades: civil y de filiación, en particular, al posibilitar poder aplicar una visión ética de comprensión de la problemática especial del ser humano ante la ausencia de filiación, motivada por la aplicación de nuevas tecnologías en el proceso de fecundación artificial..., con resultados no siempre positivos sino incluso negativos para la persona afectada y civil, por razones

de marginación étnica, económica, etc. A la que se le podría añadir los principios del principalismo: no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia o la teoría personalista. Pero, posteriormente, en 2020, tras idear asimismo Fernández-Carrión la “Teoría de bioética-social”¹⁷, aplicará dicho pensamiento sobre el factor de vulnerabilidad que conlleva la ausencia de identidad de filiación y/o civil.

Junto a estas dos problemáticas discriminatorias, se podría añadir la resultante del sistema de castas en la India, como una muestra como la política unida a la religión, en este caso el hinduismo, a partir de las “Leyes de Manu”, dictados de orden religioso, por tanto “sagrado”, perjudica notoriamente a un grupo de personas: los “intocables” o “no tocables” (“dalits”, parias o “miechas”), el colectivo humano inferior a la última casta de “shundrás” (constituida por obreros, campesinos, siervos y esclavos), fuera por tanto fuera de los “varnas” (castas), y que los hinduistas lo equiparaban con el resto de animales no sagrados, como los perros, y para sobrevivir tenían que trabajar en espacios laborales permitido por el sistema de castas; pero incluso por debajo de los intocables e unas zonas de la India existían las personas “invisibles”, que únicamente podían salir a la calle de noche. Tanto la existencia de los intocables e invisibles no solo deben tratarse por la bioética, por ejemplo, sino que es un tema de derechos humanos; pero este no tiene efectividad en la India, en este asunto, pues aunque políticamente con la aplicación de la Constitución de 1950 quedó abolido teóricamente el sistemas de castas, en la practica se sabe que continua funcionano hasta la actualidad (contra los preceptos religiosos, especialmente estos, luchó Mahatma Ganhi); por ello, en ese caso, la aplicación de la teoría de bioética –social sería de gran utilidad en los hospitales y centros médicos, para lograr la igualdad de todos los seres humanos. Contrario al sistema de castas del hinduismo se puede indicar, por ejemplo, el sintoísmo, que alcanza la veneración de los “kami” o espíritus de la naturaleza, lo que por extensión puede interpretar por el aprecio por toda la naturaleza, no solo por las personas.

¹⁷ Se le recomienda al lector interesado en completar el contenido teórico de este tema con lo expresado en el artículo titulado “Teoría de bioética-social” (2020: 135-148).

A continuación se aplicará la teoría de bioética-social sobre distintas problemáticas de salud, como una muestra de trabajo en esta materia:

- 1 Responsabilidad de otredad. Con la responsabilidad social civil (RS), se adquiere un compromiso y una práctica ética, de todos los miembros de la sociedad, a nivel individual como colectivo, para con el entorno humano y natural, más con el añadido a la RS convencional se pone énfasis en la otredad.

La responsabilidad social de otredad, que conlleva la no maleficencia, desde la perspectiva de la bioética, apoya a las personas con ausencia de identidad civil, por ejemplo, mostrando con ellos una actitud de responsabilidad social de respeto y comprensión; mientras que con los individuos que no cuenta con identidad de filiación deben ser condescendientes emocionalmente, de acuerdo a la responsabilidad social, para con esas personas más afectas con su situación.

- 2 Solidaridad, como la responsabilidad puede llegar a mostrarse y en ocasiones perpetuarse como una actitud y comportamiento, teórico, de respeto con los otros; se demanda por tanto, que vaya acompañado de una práctica solidaria para con todos como iguales.

Un posicionamiento solidario con una persona con falta de identidad civil debe reflejarse con una actitud comprensible con su situación y apoyarle en lo necesario, que esté a su disposición para favorecer la situación legal. Y, con un individuo con ausencia de identidad de filiación debe ayudarlo moralmente, con intención de que se sienta mejor psicológicamente, en caso de necesidad.

- 3 Defensa identitaria. Toda persona individualmente así como colectivo tiene derecho de que se le respete su identidad por los otros, que no es uno mismo. La identidad puede ser de cualquier índole, sólo se le demanda, en beneficio de la humanidad, que agrede con ella ni físicamente ni mentalmente a nadie.

En el caso de falta de identidad civil se le apoyará reconociéndole y defendiendo la identidad mostrada por el otro, y especialmente en situaciones que presente vulnerabilidad social, económica y política. Y, en cuanto, a la ausencia de

identidad de filiación se debe defender su identidad, en particular en torno a su estado mental y emocional.

- 4 Justicia social. El principio de bioética de justicia, propuesto por Beauchamp y Childress (1979), se considera excesivamente amplio y simplemente legalista, que alude a la obligación de no discriminar a ningún ser humano; pero, este hecho, tiene que ir acompañado de una intencionalidad y una práctica de apoyo social a los seres más desfavorecidos y vulnerables de la sociedad. Pues en la vida no todo el mundo es igual, un porcentaje muy alto de la población nace en posición excesivamente desvanecida y se mantiene a lo largo de su existencia en un posicionamiento claramente vulnerable para con el resto, y es por ello, que demanda de mayor atención y ayuda.

Con la justicia social, a nivel de ciudadano, se puede ayudar a una persona sin identidad civil, en primer lugar comprendiendo su situación o lo que lo motiva y en segundo lugar poniéndole todos los medios morales, económicos y de intermediación legal. Y, a nivel institucional facilitando todas las disposiciones legales, judiciales y económicas para solventar la situación. Todo esto, es lo mismo, que se puede realizar con personas con ausencia de identidad de filiación.

A nivel judicial, en particular, se solicita que debe favorecer en la interpretación legal, así como en las sentencias, poniendo mucha atención a la situación de todas las personas en situación vulnerable, y en este caso analizado, las que no cuenten con identidad civil ni de filiación.

Cuadro 11. Aplicación de la teoría de bioética social en la resolución de la vulnerabilidad

Teoría bioética-social	Ausencia de identidad civil	Ausencia de identidad de filiación
Responsabilidad (conlleva la no maleficiencia) de otredad	Actitud de responsabilidad social y otredad	Otredad y actitud de responsabilidad social
Solidaridad	Solidaridad especial con su situación	Hacer patente una muestra de comprensión y solidaridad
Defensa identitaria	Reconocimiento y defensa de la identidad	Defensa identitaria del otro (especial-

	<p>tividad del otro, y especialmente en situación de vulnerabilidad (social, económica y política)</p>	<p>mente psicológica en este supuesto)</p>
<p>Justicia social</p>	<p>Justicia social para con todo el mundo, y especial con los grupos y personas más vulnerables. Con comprensión especial con su situación de indefinición civil</p>	<p>Justicia social al igual que con el resto del mundo</p>

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

Alwang, Jeffrey, Siegel, Paul B., Jorgensen, Steen L. (2001) *Vulnerability: a view from different disciplines. Social protection discussion paper series*, Washington, Banco Mundial.

American Psychiatric Association (2010) (Gelenberg, A.J., Freeman, M.P., Markowitz, J.C., Rosenbaum, J.F., Thase, M.E., Trivedi, M.H., Van Rhoads, R.S. –edición- Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd Edition; Kennedy S.H., et al. (2009)) “Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies”, *J. Aff Disorders*, No. 117, 44-53.

Anderson IM (2000) “Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Journal of Affective Disorders*, 58 (1): 19-36.

Anderson, I.M. (1998) “SSRIS versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Depression and Anxiety*, 7 suppl. 1, 11-17.

Anjos, M.F. (2006) “A vulnerabilidade como parceira da autonomia”, *Rev. Bras Bioética*, 2(2),173-186.

Appleton, K.M., Sallis, H.M., Perry, R., Ness, A.R., Churchill, R. (2015) “Omega-3 fatty acids for depression in adults”, *The Cochrane database of systematic reviews*, 11.

Augsburger, A. (2002) “De la epidemiología psiquiátrica a la

epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81, mayo.

Bados López, A. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia", *Psicothema*, No. 13, 453-464.

Báguena Puigcerver, M. J. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático", *Psicothema*, No. 13, 479-492.

Baraldi, A. C. P., DAUD, Zaira Prado, A. M. de, et al. (2007) "Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas", *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 15, 799-805.

Bauer, Raymond A. (edición) (1966) *Social indicators*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology (MIT) Press.

Bauer, M., Dopfmer, S. (1999) "Lithium augmentation in treatment-resistant depression: Meta-analysis of placebo-controlled studies", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(5), 427-34.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2012) *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 7 edc.

Beck, U., y E. Beck Gernsheim (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona: Paidós, 2003.

Becoña, E., Lorenzo, M. C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar", *Psicothema*, No. 13, 511.

Bender, K.J. (2008) "Evidence Grows for Value of Antipsychotics as Antidepressant Adjuncts - *Psychiatric Times*", *Psychiatric Times*.

Berenbaum, L., Eguidazu, S., Reciniello, P., Rodriguez, M. (2015) "Psicología del desarrollo y de la subjetividad", <http://wiki sociales.uba.ar/wiki/psicologia-del-desarrollo-y-de-la-subjetividad/> (Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales).

Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B. (1995) *El entorno social, político y económico de los desastres*, Bogotá.

Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B. (1996) "Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres", *La red*, Red de Estudios sociales en prevención de desastres en América Latina, Bogotá.

Bleger, J. (1991) *Psicología de la Conducta*, Buenos Aires,

- Paidós, 10 reimpr.
- Bleichmar, S. (2006) *No me hubiera gustado morir en los noventa*, Buenos Aires, Taurus.
- Botella, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico", *Psicothema*, No. 13, 465-478.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christensen, H., Meyer, B., Huibers, M., Smit, F., van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., Liu, E., Tung-Hsueh (2013) "Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data", *BMJ*, No. 346, f540.
- Bueno-Sánchez, E., Diniz Alves, J.A. (2008) *Pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas*, Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población, Serie Investigaciones 3.
- Busso, G. (2001) "Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI", CEPAL, Informe de la Reunión de expertos: Seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, CELADE.
- Caddy, C., et al. (2014) "Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy", *Ther Adv Psychopharmacol*, 4 (2), 75-99.
- Cavalcante, T., Morais, A.de, Sadi Monteiro, P. (2017) "Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética", *Revista Bioética*, 25(2), 313-319 , <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- Calzettan, J.J. (2009) *Psicoanálisis y psicología evolutiva: una relación difícil*.
- Capafons, A. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada", *Psicotema*, No. 13, 442-446.
- Capafons Bonet, J. I. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas", *Psicothema*, No. 13, 447-452.
- Carmona Guillén, José Antonio (1977) *Los indicadores sociales hoy*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CEPAL (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Divi-

sión de Población de la CEPAL–CELADE, Santiago de Chile, CEPAL.

- Chang ([2005]) “Indicadores de vulnerabilidad y desastres para América Latina. Producto 3: Resumen ejecutivo e informe final”, www.disaster-info.net/.../isaias_chang.../-informe_final_y_resumen_ejecutivo.doc
- Cipriani, A., Geddes, J.R., Barbui, C. (2007) “Venlafaxine for major depression”, *British Medical Journal*, 334 (7587), 215 (editorial).
- Coelho, H.F., Canter, P.H., E. E. (2007) “Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 1000-1005.
- Colomer Revuelta, J. (2013) “Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia”, *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, No. 15, 261-269.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E. (2013) “Exercise for depression”, *Cochrane Database Syst Rev.*, 9.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (2002) “World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects”, <http://bit.ly/1m3gbXb>.
- Craig, M. (2012) “Miller for Harvard Health Publications”, “Magnetic stimulation: a new approach to treating depression?”
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., Andersson, G. (2008) “Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders? A Meta-Analysis of Comparative Studies”, *Journal of Clinical Psychiatry*, e1-e11.
- Cunha, T. Garrafa, V. (2016) “Vulnerability: a key principle for global bioethics?”, *Camb Q. Healthc Ethics*, 25(2), 197-208.
- Cunha, M. P., Machado, D. G., Capra, J. C., Jacinto, J., Bettio, L. E., Rodrigues, A. L. S. (2012) “Antidepressant-like effect of creatine in mice involves dopaminergic activation”, *Journal of Psychopharmacology*, 26 (11), 1489-1501.
- Daniels, N, Sabin, J. (1997) “Limits to healthcare: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers”, *Philos Public Aff.*, 26(4), 303-350.

- Departamento de Estado EEUU, Programas de Información Internacional (2005) "La salud en adolescentes: problemas mundiales, retos locales", <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0105/ijgs/blum.htm>.
- Dimidjian, S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., Jacobson, N.S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Diniz, D, Corrêa, M. (2001) "Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade", *Cad. Saúde Pública*, 17(3), 679-88.
- Doidge, N., Simon, B., Lancee, W.J. (2002) "Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: II. A DSM-III-R validation study", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2), 615-627.
- Domino, M.E., Burns, B.J., Silva, S.G. (2008) "Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS", *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 588-596.
- Dunlop, Boadie, W., Nemeroff, Charles, B. (2007) "The role of dopamine in the pathophysiology of depression", *Archives of General Psychiatry*, 64 (3), 327-337.
- Durand, V.M., Barlow, D. (1999) *Abnormal psychology: An integrative*.
- Dworetzky, J. (1997) *Psychology*, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole Pub.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., Hedeker, D. (1995) "Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 841-847.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P. (1989) "National Institute of Mental Health Treat-

- ment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, 46 (11), 971-982.
- Emily Underwood (2013) "Short-Circuiting Depression", *Science*, 342(6158), 548-551. 213
- Fernández-Carrión, M.H. (2015) "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al., México, Editorial Porrúa, UNAM, 77-99.
- (2012) "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", *Revista Vectores de investigación*, 5(5), 97-104.
- Fernández Rodríguez, C., Fernández Martínez, R. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría", *Psicothema*, No. 13, 407-418.
- Filloux, J. (1985) *La personalidad*, Buenos Aires, Eudeba, 21 reimpr.
- Fraser, E. (2003) "Social vulnerability and ecological fragility: building bridges between social and natural sciences using the Irish Potato Famine as a case study", *Conservation Ecology*, 7(2), 1-9.
- Freud, S. (1987) "Carta 52", *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 8 reimpr.
- Freud, S. (1987) *Obras Completas*; Buenos Aires, Amorrortu Editores, 8 reimpr.
- Fuster, J. M. (2003) *Cortex and Mind*, Oxford University Press.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires, Paidós.
- García García, E. (2007) "Primera Ponencia. Teoría de la mente y ciencias cognoscitivas", *Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- Garrafa, V. (2012) "Ampliação e politização do conceito internacional de bioética", *Rev. Bioét.*, 20(1), 9-20.
- Garrafa, V, Lorenzo, C. (2008) "Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries", *Cad. Saúde Pública*, 24(10), 2219-2226.
- Garrafa, V., Prado, M.M. (2001) "Mudanças na declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social", *Cad. Saúde Pública*, 17(6), 1489-1496,

<http://bit.ly/2ogkvch>.

- Gaynes, B.N., Lux, L., Lloyd, S., Hansen, R.A., Gartlehner, G., Thieda, P., Brode, S., Swinson Evans, T., Jonas, D., Crotty, K., Viswanathan, M., Lohr, K.N., (2011) "Nonpharmacologic Interventions for Treatment-Resistant Depression in Adults. Comparative Effectiveness Review Number 33. (Prepared by RTI International-University of North Carolina (RTI-UNC) Evidence-based Practice Center)", *AHRQ Publication No. 11-EHC056-EF*. Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality.
- George, M.S., Post, R.M. (2011) "Daily Left Prefrontal Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Acute Treatment of Medication-Resistant Depression", *American Journal of Psychiatry*, 168 (4): 356-364.
- Giedke, H., Schwärzler, F. (2002) "Therapeutic use of sleep deprivation in depression", *Sleep Medicine Reviews*, 6 (5), 361-77.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009) "Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis", *Clin Psychol Rev.*, 29 (3), 193-207.
- Goldberg (s/f) "Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)", salpub.uv.es/.../Escalas.../085_ESCALA_ANSIEDA_D_DEPRESION_GOLDBERG.pdf.
- Golden, R.N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D. (2005) "The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence", *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 656-662.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1989) "Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general", *Br Med J.*, 4(2), 49-53.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1988) "Detecting anxiety and depression in general medical settings", *Br. Med J.*, No. 97, 897-899.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2008) "A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial", *Health Technol Assess*, 12 (14), 1-80.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2007) "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in ado-

- lescents with major depression: Randomised controlled trial", *British Medical Journal*, 335 (7611), 142.
- Goyal, M., Singh, S, Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B., Haythornthwaite, J.A. (2014) "Meditation programs for psychological stress and well-being". *Jama Intern. Med.*, 174 (3), 357-368.
- Gutierrez, F (2005) *Teorías del desarrollo cognitivo*, Buenos Aires, McGraw Hill.
- Guideline, P. (1999) "Depression in primary care. Vol. 2. Treatment of major depression", *Clinical practice guideline*. No. 5.
- Guzzetta, F., Tondo L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007) "Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder", *J. Clin Psychiatry*, 68 (3), 380-383.
- Hallahan, B., Ryan, T., Hibbeln, J.R., Murray, I.T., Glynn, S., Ramsden, C.E., SanGiovanni, J.P., Davis, J.M. (2016) "Efficacy of omega-3 highly unsaturated fatty acids in the treatment of depression", *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209 (3), 192-201.
- Hamilton, M., (1960) "A rating scale for depression", *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, No 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967) "Development of a rating scale for primary depressive illness", *Br J Soc Clin Psychol*, No. 6, 278-296.
- Hayes, S. ([2017]) "State of the ACT Evidence", ContextualPsychology.org, https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence.
- Herrera, Reyes G. (2013) "Estado del conocimiento sobre metodologías de evaluación de vulnerabilidad sísmica de edificios", *Ingeniería y Sociedad UC*, 8(1), 7-28.
- Hidalgo-Leiva, Diego A. et al. (2016) "Evaluación de la vulnerabilidad sísmica de hospitales de Costa Rica con la aplicación de índices de vulnerabilidad", *Revista internacional de Ingeniería de estructuras*, 21(4), 437-452.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., McNeil, D.W. (2004) "A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression", *Behavior Modification*, 27 (4), 458-469.
- Houaiss, A., Villar, M.S. (2009) *Dicionário Houaiss da língua*

- portuguesa*, Rio de Janeiro.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., Wampold, B.E. (2008) "A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia", *J. Affect Disord*, 110 (3), 197-206.
- Indicadores de vulnerabilidad (2003) <https://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/vuls.htm>.
- Josefsson, T., Lindwall, M., Archer, T. (2014) "Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review", *Scand J Med Sci Sports*, 24 (2), 259-272.
- Kavirajan, H.C., Lueck, K., Chuang, K. (2014) "Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression", *The Cochrane database of systematic reviews* 7.
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., Brown, W.A. (2012) "A Systematic Review of Comparative Efficacy of Treatments and Controls for Depression", *PLOS ONE*, 7 (7), e41778.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008) "Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration", *PLoS Med.*, 5 (2), e45.
- Koldobsky, N. (1995) *La personalidad y sus desordenes*, Buenos Aires, Salerno.
- Kottow, M. (2008) "Vulnerabilidad y protección", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Tealdi, J.C. (director), Bogotá, Unesco, 340-342.
- Kraus M.F., Burch, E.A. (1992) "Methylphenidate hydrochloride as an antidepressant: controversy, case studies, and review", *South. Med. J.*, 85 (10): 985-91.
- Labrador, F. J., Crespo, M. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales", *Psicothema*, No. 13, 428-441.
- Lacan, J. (1985) *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1981) *El seminario, libro 1 (1953-1954)*, Barcelona, Paidós.
- Lakhan, S.E., Callaway, H. (2010) "Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder and treatment-resistant depression: systematic review", *BMC Research Notes* 3, 60.
- Lanier, Eric (2003) "Depression: The Hidden Workplace Illness" (2003 Professional Safety Article Index), *Professional*

Safety, Journal of the American Society of Safety Engineers, 27-30, <http://www.asse.org/professional-safety/indexes/2003/>.

- Laurance, J. (2012) "Polémica en Gran Bretaña sobre reveler origen a bebés de probeta", *La jornada*, 11 abril, 2.
- Lawrence, R.W. (2004) "Effect of mirtazapine versus fluoxetine on "sleep quality"", *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (8), 1149-1150.
- Lefaucheur, J.P. (2014) "Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)", *Clinical Neurophysiology*, No. 125, 2150-2206.
- Levine, Gonsalves, Barbur (1993) "Inositol 6 G Daily May Be Effective in Depression but Not in Schizophrenia", *Human Psychopharmacology*.
- Levine, V.; Silvia, F. (2006) "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5), 792-793.
- Levine; Vittorio; Silvia; Francesco "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5): 792-793.
- Linde, K., Berner, M.M., Kriston, L. (2008) "St John's wort for major depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- López Blasco (2005) "La trama de los itinerarios de emancipación", *Tendencias en exclusión social y políticas de solidaridad*, J. Tezanos (edición), Madrid, Fundación Sistema, 529-554.
- Lorenzo, C.F. (2006) "Los instrumentos normativos en ética de la investigación en seres humanos en América Latina: análisis de su potencial eficacia", *Ética de la investigación en los seres humanos y políticas de salud pública*, Keyeux G, Penschaszadeh V, Saada E, (coordinadores), Bogotá, Unesco, 167-190.
- Lyoo, I. K., Yoon, S., Kim, T. S., Hwang, J. Kim, J. E., Won, W., Renshaw, P. F. (2012) "A randomized, double-blind placebo-controlled trial of oral creatine monohydrate augmentation for enhanced response to a selective serotonin reuptake inhibitor in women with major depressive disorder", *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 937-945.
- Machado, J. (2007) *Chollos, chapuzas, changas. Jóvenes, trabajo precario y futuro*, Barcelona, Anthropos.

- Maldavsky, D. (1997) *Sobre ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva visión.
- Marangell, L.B., Martinez, M, Jurdi, R.A., Zboyan, H. (2007) "Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities", *Acta Psychiatr Scand*, 116 (3), 174-81.
- Márquez Mendoza, O. (2017) *Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición).
- Maat, S. de, Dekker, J., Schoevers, R. (2007) "Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: A mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials", *Depression and Anxiety*, 25(7), 565-574.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S. (2004) "Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial", *JAMA*, 292 (7), 807-820.
- Meil, G. (2011) *Individualización y solidaridad familiar*, Barcelona, Obra Social Fundación "la Caixa.
- Melamed, M. M. (1983) *Sidur ha-mercaz*, Jerusalem, Centro Educativo Sefaradí Jerusalem, 565-566, comentarios y notas.
- Melkerson, M.N. (2008) "Special Premarket 510(k) Notification for NeuroStar TMS Therapy System for Major Depressive Disorder", *Food and Drug Administration*.
- Mischoulon, D., Fava, M. (2002) "Role of S-adenosyl-L-methionine in the treatment of depression: a review of the evidence", *Am. J. Clin. Nutr.* 76 (5), 1158S-61S.
- Munaiz, C. (2012) "Mexicanos sin identidad: luchando contra el problema [de la identidad civil]", <http://noticias.prodigy.msn.com/nacional/mexicanos-sin-identidad#image=1>.
- Mura, G., Moro, M.F., Patten, S.B., Carta, M.G. (2014) "Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: a systematic review", *CNS Spectr*, 19 (6), 496-508.
- National Commission for the Protection of Human (EEUU) (2005) "Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research", <http://bit.ly/2oeRpu>.

- Navarro, Larrubia (2006) "Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo", *Baética. Estudios de arte, geografía e historia*, No. 28, 485-506.
- Narraro Rodríguez, SR., Larrubia Vargas, R. (2006) "Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo", *Baética. Estudios de arte, geografía e historia*, No. 28, 485-506.
- Nelson, J.C., Devanand, D.P. (2011) "A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia", *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (4), 577-585.
- Neves, M.P. (2009) "Article 8: respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle", *La déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme: histoire, principes et application*, Paris, Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura), 167-177.
- Neves, M.P. (2006) "Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio", *Rev. Bras Bioética*, 2(2), 157-172.
- NHS (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005). "Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care".
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2004) "Depression: management of depression in primary and secondary care", *NICE guidance*, Londres, NICE.
- NICE (2005) *NICE Guidelines: depression in children and adolescents*, Londres, NICE.
- NICE (2014) "Transcranial magnetic stimulation for treating and preventing migraine".
- Nierenberg, A.A., Fava, M., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., McGrath, P.J., Alpert, J.E., Warden, D., Luther, J.F., Niederehe, G., Lebowitz, B., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) "A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: A STAR*D report", *American Journal of Psychiatry*, 163 (9), 1519-1530.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2002) "Panorama de la sociedad. Los indicadores

- sociales de la OCDE”, <http://www.oece.org/els/social>.
- Organización Mundial para la Salud (OMS) (2000) “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad”, Ginebra, OMS, *Informe Salud para todos en el año 2000*, oecd.ilibrary.org/docserver/soc_glance-2001-sum-es.pdf?expires=15...
- Organización par alas Naciones Unidas (ONU) (2012) “Indicadores sociales”, unstats.un.org/unsd/demographic-products/socind/.
- Orr, K., Taylor, D. (2007) “Psychostimulants in the treatment of depression: a review of the evidence”, *CNS Drugs*, 21 (3): 239-57.
- Papakostas, G.I., Thase, M.E., Fava, M., Nelson, J.C., Shelton, R.C. (2007) “Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? A meta-analysis of studies of newer agents”, *Biological Psychiatry*, 62 (11), 1217-1227.
- Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J. M. (2002) “Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión”, *Psicothema*, No. 13, 493-510.
- Puriños, M.J. ([2006]) “Hamilton Depression Rating Scale – HDRS-”, <http://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>).
- Quiroga Romero, E., Errasti Pérez, J. M. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad”, *Psicothema*, No. 13, 393-406.
- Ranjbar, E., Memari, A.H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F.S., Eshghi, M.A. (2015) “Depression and Exercise: A Clinical Review and Management Guideline”, *Asian J Sports Med* 6 (2).
- Ravindran, A.V., da Silva, T.L. (2013) “Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: a systematic review”, *Journal of Affective Disorders* 150 (3), 707-19.
- Rial, I., Vicente, L. (2007) *Política fiscal y vulnerabilidad fiscal en Uruguay: 1976-2006*, Montevideo, Banco Central del Uruguay, bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Documentos%20de%20Trabajo/5.2008.pdf.
- Rice, P (2000) “Desarrollo humano: estudio del ciclo vital”, <http://books.google.com.pe/books?id=ZnHbCKUCtSUC&p>

g=PA44&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6IFnVKykCMKjgwSCtoO4Ag&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false.

Robledo Vico, J. (2018) "El fantástico mensaje de Stephen Hawking contra la depresión", *As*, 27 enero, <https://as.com/deportesyvida/2018/01/27/portada/1517052894>

221

Rodríguez Rigual, M. (2003) "Mesa redonda: Adolescencia-necesidad de creación de unidades de adolescencia", *An Pediatr*, No. 58, 104-110

Roth, A., Fonagy, P. (2006) "Cognitive-Behavioral Therapy Alone and in Combination with medication: University of Minnesota and University of Pennsylvania–Vanderbilt University Studies", *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press, 2 edc., 76-78.

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P.B. (2014) "Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis", *J. Clin Psychiatry*, 75 (9), 964-974.

Ruiz, F. J. (2010) "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.

Ruiz Rivera, N. (2012) "La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo", *Investigación geográfica*, No. 7, scielo.org.mx/scielo.php?script=50188-46112012000100006.

Rush, A.J., Marangell, L.B., Sackeim, H.A. (2005) "Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: A randomized, controlled acute phase trial", *Biological Psychiatry*, 58 (5), 347-54.

Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R. (2006) "Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1231-42.

Saldaña, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario", *Psicothema*, No. 13, 381-392.

Schramm, F.R. (2006) "A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública", *Rev. Bras. Bioética*, 2(2),

187-200.

222

- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína", *Psicothema*, No. 13, 365-380.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (2005) "Adolescents mortality", *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 62(3), 225-238.
- Serra, E., González, A., Oller, A. (1989) *Desarrollo Adulto. Sucesos evolutivos a lo largo de la vida*, Barcelona, Centro Editor Universitario.
- Shaffer, D. R. (2000) "Capítulo 7: Desarrollo cognitivo: la teoría de Piaget y el punto de vista sociocultural de Vygotsky", *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*, México: Internacional Thompson, 5 edc.
- Shaffer, D. (2000) *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*, México, Thomson Editores, 5 edc.
- Shaw, K., Turner, J., Del Mar, C. (2002) "Tryptophan and 5-hydroxytryptophan for depression", *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- Shelton, R. (2006) "Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment", *Primary Psychiatry*, 12 (4), 73-82.
- Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., O'Dowd, T. (2017) "Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 2.
- Solbakk, J.H. (2011) "Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?", *Rev. Redbioética/Unesco*, 1(3), 89-101.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. (1991) "Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *American Journal of Psychiatry*, 148 (8), 997-1008.
- Spates, C. R., Pagoto, S., Kalata, A. (2006) "A Qualitative And Quantitative Review of Behavioral Activation Treatment of Major Depressive Disorder", *The Behavior Analyst Today*, 7 (4), 508-518
- Stahl, S. M. (2011) *The Prescriber's Guide (Stahl's Essential Psychopharmacology)*, Cambridge University Press.

- Stassen, K. (2006) "Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia", <http://books.google.com.pe/books?id=sGB87-HX-HQC&pg=PA46&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6lFnVKykCMKjgwSCtoO4Ag&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false>.
- Sutherland, J.E., Sutherland, S.J., Hoehns, J.D. (2003) "Achieving the best outcome in treatment of depression", *Journal of Family Practice*, 52 (3), 201-209.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014) "Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis", *BMJ*, No. 348, g1151.
- Thase, ME (1999). "When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder?", *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 333-346.
- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (2001) "El grano y la criba de los tratamientos psicológicos", *Psicothema*, 13 (3), 523-529.
- Trivedi, M.H., Fava, M., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., Quitkin, F., Warden, D., Ritz, L., Nierenberg, A.A., Lebowitz, B.D., Biggs, M.M., Luther, J.F., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) "Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1243-52.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) "Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy", *N. Engl. J. Med.*, 358 (3), 252-260.
- Turner, E.H., Rosenthal, R. (2008) "Efficacy of antidepressants", *BMJ*, 336 (7643), 516-517.
- Tuunainen, A., Kripke, D.F., Endo, T. (2004) "Light therapy for non-seasonal depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2003) "Declaração internacional sobre os dados genéticos humanos", Paris: Unesco <http://bit.ly/2oDqgUt>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2005) "Declaração universal sobre bioética

- e direitos humanos”, Genebra, Unesco, <http://bit.ly/2kgv9lt> 2.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (1997) “Declaração universal sobre o genoma humano e os direitos humanos”, Paris, Unesco, <http://bit.ly/2oNe3x4>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2013) *International Bioethics Committee. Report of IBC on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity*, Paris, Unesco.
- União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euro-mediterránea (1998), <http://bit.ly/2oAwSBt>.
- Valenstein, M., McCarthy, J.F., Austin, K.L., Greden, J.F., Young, E.A., Blow, F.C. (2006) “What happened to lithium? Antidepressant augmentation in clinical settings”, *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1219-1225.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo”, *Psicothema*, No. 13, 419-427.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia”, *Psicothema*, No. 13, 345-364.
- Van Voorhees, B. W., Smith, S., Ewigman, B. (2008) “Treat depressed teens with medication and psychotherapy”, *The Journal of Family Practice*, 57(11), 735-739a.
- Vázquez Jiménez, René et al. (2014) “SIG aplicado a la evaluación de vulnerabilidad por inundación en la ciudad de Tixtla, Guerrero, México”, XVI Congreso nacional de Tecnologías de la información geográfica, Alicante, 24-27 junio, dinalet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=5431158.
- Watts, M., Bohle, HG. (1993) “The space of vulnerability –the causal- structure of hunger and famine”, *Progress in Human Geography*, 17(1), 43-67.
- Warner, K. (ed.) (2007) *Perspective on Social Vulnerability*. United Nations University, Munich Re Foundation, Bornheim.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000) *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, New York, Basic Books.
- Winnicott, D. (1989) *Los bebés y sus madres*, Buenos Aires, Paidós.
- Winokur, A., DeMartinis, N.A., McNally, D.P., Gary, E.M.,

- Cormier, J.L., Gary, K.A. (2003) "Comparative effects of mirtazapine and fluoxetine on sleep physiology measures in patients with major depression and insomnia", *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (10), 1224-1229.
- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R.W., Martiny, K., Terman, M., Wu, J.C. (2005) "Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders", *Psychological Medicine* 35 (7), 939-44.
- Zarzosa Espina, P. (1996) *Aproximación a la medición del bienestar social*, Valladolid, Universidad de Valladolid.
- Zimmerman, M.P., Zimmerman, M.A., Chelminski, I. (2005) "Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high?", *J. Nerv Ment. Dis.*, 193(3), 170-175.
- Zisook, S., Rush, A.J., Haight, B.R., Clines, D.C., Rockett, C.B. (2006) "Use of bupropion in combination with serotonin reuptake inhibitors", *Biological Psychiatry*, 59 (3), 203-10.
- Zispin, Remeron, Mayers, A.G., Baldwin, D.S. (2005) "Antidepressants and their effect on sleep", *Human Psychopharmacology*, 20 (8), 533-59.