

“Hacednos un hueco en vuestro corazón”: una respuesta creyente al estigma y a los problemas de salud mental

German López-Cortacans

Institut Superior de Ciències Religioses “Sant Fructuós”, Tarragona, España
E-mail: germancortacans@hotmail.com

Recibido: 10 de agosto de 2021
Aceptado: 13 de octubre de 2021

RESUMEN: Los problemas de salud mental se han incrementado con la pandemia del COVID-19 y este sufrimiento emocional se vive, en la mayoría de las ocasiones, en soledad. Ello es debido al miedo de ser estigmatizados como diferentes del resto de la sociedad, agravando, aún más, los sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad emocional. Desde la Buena Noticia anunciada por Jesús, se nos interpela a mirar la realidad de sufrimiento emocional más allá de los estereotipos y prejuicios sociales, eliminando, de este modo, el estigma que se interpone entre las personas.

PALABRAS CLAVE: Estigma; salud mental; Buena Noticia; exclusión; vulnerabilidad; COVID-19.

“Make room for us in your hearts”: A believer’s response to stigma and mental health problems

ABSTRACT: Mental health problems have increased with the COVID-19 pandemic and this emotional suffering is experienced, in most cases, alone. This is due to the fear of being stigmatized as different from the rest of society, further aggravating feelings of vulnerability and emotional fragility. From the Good News announced by Jesus, we are challenged to look at the reality of emotional suffering beyond stereotypes and social prejudices, thus eliminating the stigma that stands between people.

KEYWORDS: Stigma; mental health; Good News; exclusion; vulnerability; COVID-19.

1. Introducción

Hace unos meses la atleta Simone Biles anunció que no competiría en la prueba individual de gimnasia artística en los Juegos Olímpicos de Tokio por presentar un elevado nivel de estrés¹. La noticia no hizo énfasis tanto en el abandono, aunque era una noticia su no participación, como en los motivos que estaban relacionados con los problemas de salud mental que le impedían participar en plenas condiciones. Si la causa hubiese estado relacionada con una lesión, la noticia hubiese tenido un alcance que se circunscribiría únicamente en el ámbito estrictamente deportivo; pero la atleta, al comunicar que sufría un problema de salud mental, abrió una “puerta” que se estaba cerrada. Con su actitud valiente visibilizó una situación que se oculta con mucha frecuencia y que fue recogida por los medios de comunicación de todo el mundo con grandes titulares.

La retirada de esta deportista, en el transcurso de una competición olímpica, nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la

salud mental. Esto es así, porque en una sociedad subordinada a la productividad y al éxito, que la atleta norteamericana haya decidido suspender su actuación en un momento tan importante de su carrera para priorizar su bienestar emocional, se debe interpretar como una necesidad ineludible de priorizar la salud mental sobre cualquier otro asunto.

2. El iceberg de los problemas de salud mental

La retirada de la competición de Biles, debido a problemas emocionales, ha puesto de relieve que la línea que separa el bienestar emocional de los problemas de salud mental es muy delgada y que todos estamos expuestos, a lo largo de nuestra vida, a traspasarla. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que el incremento del sufrimiento psíquico y de diversos problemas de salud mental² está estrechamente vinculado a los estilos de

¹ El periódico *The New York Times* se hacía eco de esta noticia con el título: “Simone Biles and the weight of perfection”, <https://www.nytimes.com/2021/07/24/sports/olympics/simone-biles-gymnastics.html>

² Para facilitar la lectura de este artículo se utilizará el término “problemas de salud mental” en su acepción más amplia que engloba cualquier manifestación de malestar emocional (enfermedad, síntomas, síndromes) que incide, en mayor o menor grado, en la adecuada realización de las actividades de la vida diaria de una persona.

vida³. Es decir, a las circunstancias vitales y a todo el conjunto de factores sociales que, sumados a los determinantes biológicos y genéticos, configuran los determinantes biopsicosociales que están relacionados con la salud mental y el bienestar de cada persona; y en ellos están incluidos los factores neurobiológicos, la interacción entra la genética del individuo y el ambiente (epigenética) y la habilidad para gestionar los pensamientos, emociones, conductas y las interacciones con los otros.

Además, unidos a estos condicionantes, y dado que el hombre y la mujer son seres sociales, se deben añadir los factores culturales, económicos, políticos y ambientales, además de las políticas nacionales, el nivel de vida, las condiciones laborales y los apoyos sociales de la comunidad⁴. Desde este planteamiento complejo, la etiología de los problemas de salud mental no es unicausal, por el contrario es el resultado de la interacción de es-

tos determinantes que afectarán, en menor o mayor grado, el bienestar emocional de la persona.

En un reciente informe realizado por el Ministerio de Sanidad de España se constata que el problema de salud mental más frecuente es el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7% de población⁵, con una frecuencia entre los 35 y 84 años en ambos sexos. El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y su incidencia se incrementa con la edad. En el informe se destaca que el síntoma más frecuente es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4% de la población (15,8% en mujeres, 5,1% en hombres), que aumenta con la edad. Los trastornos psicóticos en conjunto afectan al 1,2% de la población siendo la más frecuente la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2‰. En la in-

³ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>

⁴ L. J. HERNÁNDEZ – J. OCAMPO – D. SOFÍA – C. CALDERÓN, “El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales”, *Rev. Salud Pública* 19 (2017), 393-395.

⁵ En el informe se recoge información clínica de una amplia muestra (4,8 millones) de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, describiendo 43 problemas psicológicos. A efectos orientativos para este artículo, describimos solo los problemas más prevalentes, así como las cifras de consumo de psicofármacos. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN SANITARIA, *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*, Madrid 2021).

fancia y adolescencia (<25 años) los problemas más frecuentes reportados en el informe son los trastornos hipercinéticos (1,8%) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6%)³. En relación al consumo de psicofármacos, en el estudio se reporta que el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha retirado al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio. El informe concluye que el consumo de psicofármacos tiene un patrón común: es mayor en mujeres, se incrementa con la edad, se observa un consumo más elevado en los niveles más bajos de renta, y es mayor la dispensación conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad.

De estos datos se infiere de forma nítida que los problemas de salud mental son una realidad muy presente en la población, formando un gran *iceberg* del que sólo vemos una parte de él, es decir las personas que los comparten con su entorno más próximo y que solicitan ayuda profesional. Pero las perspectivas de disminución de estos problemas, lejos de reducirse se han incrementado considerablemente. En efecto, el pasado 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la situación epidemiológica provocada por la enfermedad

COVID-19 en el mundo como una pandemia. El impacto mundial y la rapidez con las que se ha desarrollado esta pandemia ha propiciado el desarrollo de sentimientos de vulnerabilidad, temor al contagio, tanto al propio como al de los seres queridos, y miedo a la evolución y al impacto de la pandemia entre la población. Estos sentimientos, se han acrecentado con la incertidumbre a corto, medio y largo plazo en relación a los efectos devastadores en la economía y en los sistemas de producción, que se han traducido en pérdidas de empleo que han sido importantes factores estresantes y motivo de preocupación para una parte importante de la población⁶.

En conjunto, la evidencia disponible hasta ahora de los estudios realizados ratifica que la pandemia del COVID-19 está teniendo un impacto negativo en la salud mental de la población que se manifiesta en un incremento en los niveles de ansiedad durante la etapa inicial del brote de COVID-19, además de depresión y síntomas postraumáticos⁷. En

⁶ G. ANDRÉS – A. SUÁREZ, “La salud mental en tiempos de la COVID-19”, *Rev. Salud Pública* 94 (2020), 1-4.

⁷ D. TALEVI – V. SOCCI – M. CARAI *et al.*, “Health outcomes of the COVID-19 pandemic”, *Riv Psichiatr* 55 (2020), 137-144.

un reciente estudio realizado en ocho países se reportó tasas relativamente altas de síntomas de ansiedad (6,33% a 50,9%), depresión (14,6% a 48,3%), trastorno de estrés postraumático (7% a 53,8%), ansiedad (34,43% a 38%) y estrés (8,1% a 81,9%). Según las conclusiones del estudio, los factores de riesgo asociados con niveles elevados de ansiedad incluyen el sexo femenino, el grupo de edad más joven (≤ 40 años), la presencia de enfermedades crónicas o psiquiátricas, el desempleo, ser estudiantes y la exposición frecuente a noticias sobre COVID-19 en las redes sociales⁸.

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto que los problemas de salud mental son un importante problema de salud pública a nivel mundial. Es por ello que las organizaciones internacionales, gobiernos y la ciudadanía han tomado conciencia que los desastres globales, como la pandemia, siempre están relacionados con un aumento de los casos de depresión, ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno por uso de sustancias y

violencia doméstica⁹. De estos datos se concluye que prestar atención a la salud mental de la población es una prioridad ineludible y para ello es preciso dotar de recursos a la atención a la salud mental en la misma forma y en la misma medida que se refuerce el sistema de salud general, y como un eje primordial del mismo.

3. Definición y características del estigma en salud mental

Si pudiésemos encontrar un denominador común en las vivencias y experiencias de las personas que sufren un problema de salud mental este sería la *ocultación*¹⁰. En efecto, este rasgo distintivo se presenta, en la mayoría de las ocasiones, disimulando el malestar emocional a las personas que les rodean, tanto a la familia, amigos como en

⁸ J. XIONG J – O. LIPSITZ – F. NASRI *et al.*, “Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review”, *J Affect Disord* 1(2020), 55-64.

⁹ S. GALEA – R. M. MERCHANT – N. LURIE, “The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention”, *JAMA Intern Med* 180 (2020), 817-818.

¹⁰ La mayoría de los estudios que investigan El estigma en salud mental lo relacionan con las personas que sufren un Trastorno Mental Grave. En este artículo el estigma en salud mental es contemplado en su globalidad considerando cualquier situación que genera un sufrimiento emocional intenso que se prolonga en el tiempo.

el ámbito laboral. El temor a ser identificado y etiquetado como una persona con un diagnóstico de enfermedad mental propicia, en la mayoría de los casos, que se intente solucionar el problema por sí mismo sin ayuda especializada, de esta forma la persona entra en una espiral de aislamiento que le genera más ansiedad y malestar emocional. Esta marca negativa es el estigma¹¹, por la cual, todas las personas que manifiestan síntomas situados en el espectro de los problemas mentales se clasifican sesgadamente de la igual manera.

Desde esta mirada monofocal se refuerza un estereotipo, un modo unificado y homogéneo de calificar y clasificar a un grupo de personas solo por presentar una característica particular. Los estereotipos más

habituales se relacionan con la peligrosidad y la violencia, la incapacidad de la persona para desarrollar tareas básicas de la vida, dificultad en establecer relaciones significativas y carencia de control, así como un grado variable de responsabilidad por lo que les sucede¹². Según Muñoz, “el estigma es un proceso de características psicológicas y sociales que da como resultado cambios psicológicos en la persona estigmatizada provocando su exclusión y marginación del colectivo por parte del grupo normativo”¹³. Como resultado de la interacción de estos prejuicios y estereotipos se generarán una serie de consecuencias perjudiciales en la vida de la persona estigmatizada, que se concretan en una reducción signifi-

¹¹ Las raíces etimológicas del concepto estigma, derivan del griego *στίγμα* (*stigma*), que hace referencia a una “marca hecha en la piel con un hierro candente” o “nota infamante” (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2014). “En la antigua Grecia, la palabra estigma se refería a una marca que se grababa en el cuerpo de ciertas personas, a modo de castigo por delitos graves o bien como señal de esclavitud. En cualquiera de los casos, esta era una marca ofensiva que indicaba que la persona que la poseía debía ser evitada” (F. MOLERO, *Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones*, en J. MORALES – M. MOYA – M. GAVIRIA – E. CUADRADO (eds.), *Psicología Social*, McGraw-Hill/Interamericana, Madrid 2007, 619, 640).

¹² Así, a modo de ejemplo, se le aconseja a la persona diagnosticada de depresión mayor que “ponga de su parte para salir de esa situación”; o a la persona que sufre agorafobia se le dice “que no le va suceder nada malo si sale a dar un paseo por la avenida”. Evidentemente no se actuaría de la misma forma ante una persona, por ejemplo, que debuta con un cuadro diabético o que haya sufrido un Accidente Cerebro Vascular. Ello demuestra que los problemas de salud mental son percibidos socialmente de diferente forma que los problemas de salud de etiología orgánica.

¹³ M. MUÑOZ – A. GUILLEN – E. PÉREZ-SANTOS, “La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razón para la esperanza”, *Rehabilitación Psicosocial* 10 (2007), 10-19.

cativa en sus interacciones sociales con los demás aumentando su aislamiento.

Siguiendo este planteamiento, Gofman¹⁴ describe el estigma asociado al problema de salud mental como una fuerza de resistencia que dificulta y obstaculiza la recuperación de los afectados en el desarrollo de un proyecto vital satisfactorio y el disfrute pleno como ciudadanos de plenos derechos. De este modo, el estigma opera como una fuerza centrífuga que aleja del comportamiento normativo a las personas con problemas de salud mental. Según Crisp¹⁵, hay una predisposición profunda e interiorizada en todos los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de los que se salen de lo deseado, que se alejan de lo que se considera “normal” en un contexto social concreto. De este modo, las personas “anormales” son percibidas, en la mayoría de los casos, con recelo y sospecha y, por tanto, hay que debe alejarse de ellas.

El estigma, por tanto, es una marca negativa que lleva a sus portadores a juicios y situaciones de

desprestigio y descrédito que determinan que siempre se los considere de una forma peyorativa y despectiva. Estas actitudes cristalizan en comportamientos y actitudes sistemáticas de exclusión y marginación, lo que se entiende propiamente como discriminación¹⁶. Asimismo, las personas con problemas de salud mental han de afrontar en su vida cotidiana una doble dificultad. Por una parte, experimentan los síntomas propios de su problema de salud mental, y, por otro lado, deben enfrentarse a las consecuencias del estigma social que está asociado a su problema; de este modo, la persona inicia un proceso de interiorización de los estereotipos y prejuicios en forma de autoestigma. Es como si se tratara de un “espejo”, donde “las personas se ‘miran’ a sí mismas a través del estigma que la sociedad les atribuye, llegando a asumirlo e interiorizarlo”¹⁴. Este doble efecto estigmatizador tiene importantes implicaciones para sus relaciones sociales, familiares y laborales ya que la disminución de la autoestima y el aislamiento social obstaculizan la demanda de ayuda especializada.

¹⁴ E. GOFFMAN, *Estigma: la identidad deteriorada* (4ª ed.), Amorrortu, Buenos Aires 1989.

¹⁵ A. CRISP, “The tendency to stigmatize”, *Br J Psychiatry* 178 (2001), 197-199.

¹⁶ A. BADALLO – F. BALLESTEROS – A. BERTINA *et al.*, “La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana”, *Clínica Contemporánea* 9 (2018), 1-15.

Desde la antropología cultural el estigma es definido como un tema con raíces morales que surge cuando aquello que es realmente importante para las personas, como por ejemplo los valores que existen en su contexto social, se ven amenazados por algún aspecto particular (conducta, atributo, apariencia, entre otros). La respuesta, ante la amenaza, es defensiva porque pretende proteger aquello que es valorado en dicho contexto, y de esta forma se estigmatiza a la persona “diferente”. Con el estigma, por tanto, se señala que, para ese contexto particular, la persona estigmatizada posee algún aspecto que sale de lo moralmente establecido y para el estigmatizador es una respuesta efectiva y natural, que surge como un acto de defensa psicológica, ante la amenaza de la “diferencia social”¹⁷.

4. El estigma como “mirada” distorsionada del otro

De lo expuesto hasta aquí se puede aseverar que la construcción social de la “normalidad” deja fuera todas aquellas personas que difieren

de lo común, para ello, siguiendo a Rengel, “la sociedad crea cajones estancos donde se ‘colocan’ y ‘etiquetan’ a los individuos”¹⁸. Además, esta identificación tiene otra función social, así cuando se señala al otro como “diferente”, al mismo tiempo, estamos indicando que nosotros somos los “normales”. Es decir, el etiquetado del otro nos permite consolidarnos en nuestra condición de “personas normales”. Otra característica del estigma a resaltar es su fundamentación subjetiva, de este modo, la construcción del estigma siempre presupone una percepción de esa diferencia que es interpretada como negativa. El origen del estigma, por tanto, no reside en las diferencias objetivas, sino en la mirada del otro, en la percepción que tenemos de él como “no normal”. Esa mirada se construye en un entramado complejo de significados y esquemas previos que operan en un nivel inconsciente y que “se encarga de filtrar la realidad por un colador compartido por el conjunto de la sociedad”¹⁹.

Desde este planteamiento reduccionista que percibe a la sociedad

¹⁷ L. YANG – A. KLEINMAN – B. LINK *et al.*, “Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory”, *Social Science* 64 (2007), 1524-1535.

¹⁸ D. RENGEL, “La construcción social del ‘otro’. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida”, *Gazeta de Antropología* 21 (2005), 1-14.

¹⁹ *Ibid.*

partiendo de la dicotomía irreal del “nosotros frente al vosotros”, y donde en muchas ocasiones no se mira a las personas por lo que son, sino por las etiquetas que les han sido fijadas, resultan inevitables los efectos negativos y perniciosos generadores de una estigmatización que está muy presente, tanto a nivel social, laboral, familiar como personal. Lamentablemente, son muchas las personas que sufren problemas de salud mental que terminan interiorizando esta mirada estigmatizante, al aplicar sobre sí mismas creencias e ideas estereotipadas tan perjudiciales que los llevan a verse como inferiores al resto de la sociedad, a sentir y vivir emociones negativas como la vergüenza, la decepción, la culpa, incluso el miedo. Y de este modo, pueden desarrollar comportamientos de evitación social y aislamiento, que limita sus oportunidades y derechos en todas las áreas laboral, vocacional, social, familiar, sanitaria y personal.

5. **“Jesús, mirándole, le amó”
(Mc 10, 21): mirada creyente
del estigma**

Mirar y ver son dos actos diferenciados por su intención y por la atención que les dedicamos, aunque queden unidos por una raíz biológica y anatómica común.

Ver se refiere al acto sensorial, a la capacidad fisiológica de percibir donde el proceso óptico y físico de la percepción visual funciona mecánicamente. La vista nos permite captar señales lumínicas para que, tras ser estas convertidas en información nerviosa, el cerebro pueda interpretar lo que hay a nuestro alrededor y ofrecernos una proyección de imágenes sobre la cantidad de luz, forma, distancia, movimiento, posición, de todo aquello que está a nuestro alrededor. Mientras la mirada es definida como una visión orientada y focalizada hacia un objeto o persona concreta.

De este modo, se puede afirmar que entre ver y mirar existe una diferencia esencial: “la mirada nace en los ojos, pero los trasciende. Ella es un fenómeno-frontera que equidista entre lo objetivo y lo subjetivo”²⁰. Pero la mirada, a diferencia de la vista, no nace, se construye, se aprende a mirar de una forma determinada porque es un proceso cultural de aprendizaje. De ahí, se concluye, que el estigma es una mirada distorsionada de la persona que sufre problemas de salud mental.

²⁰ M. A. VILLAMIL, “Fenomenología de la mirada”, *Discusiones Filosóficas* 10 (2009), 97-118.

En relación con la mirada, Lévinas formula la siguiente cuestión: “me pregunto si se puede hablar de una mirada dirigida hacia el rostro, pues la mirada es conocimiento, percepción. Yo pienso más bien que el acceso al rostro es, de entrada, ético”²¹. Por tanto, la proximidad hacia el otro no tiene como fin prioritario conocerlo; sino, construir una relación de tipo ético, ya que el otro es uno igual que yo y por tanto me concierne. La mirada, para Lévinas, está enmarcada en el rostro y “el rostro asimismo es fuente de comunicación porque la realidad de la persona es siempre una realidad dual, de dos rostros: somos hombres y mujeres colocados en el mundo para ver y ser vistos, desde un ‘tú’ que nos mira o desde un ‘yo’ que mira y es mirado”²². De este modo, el rostro se convierte en el primer vínculo de comunicación interhumana²³.

Desde este planteamiento, los Evangelios describen de forma reiterada que la mirada de Jesús se relaciona con la compasión hacia los más desfavorecidos: “viendo a la muchedumbre, Jesús se enterneció de compasión por ella, por-

que estaban fatigados y decaídos como ovejas sin pastor”, “movido a compasión” abre los ojos de los ciegos, y arranca de la muerte al hijo de una pobre viuda (Mc 1,41; 8,2; Mt 20,34; Lc 7,14). La mirada de amor de Jesús no se centra únicamente en la apariencia física de la persona enferma, su mirada va más allá de lo exterior y visible, se dirige hacia su interioridad, percibe con nitidez su sufrimiento más profundo y por ello comprende su angustia existencial de sentirse débil, sucio y pecador delante de los hombres y de Dios. Es desde esta fragilidad y vulnerabilidad que Jesús se siente afectado en sus entrañas, su compasión se traduce en acción liberadora del sufrimiento y la exclusión, porque él es la esperanza de los perdidos. Es por ello por lo que la praxis sanadora y liberadora de Jesús se concreta en el anuncio de la Buena Noticia.

Según Montero, es “el anuncio del Reino como realidad que en él se hace presente, no es un anuncio abstracto, sino que asume también la realidad de los cuerpos enfermos y el mundo de relaciones rotas que conlleva”²⁴. Por ello Jesús sana al enfermo generando en él

²¹ E. LÉVINAS, *Ética e infinito*, Machado Libros, Madrid 2000, 71.

²² E. LÉVINAS, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Sígueme, Salamanca 1999, 201.

²³ *Ibid.*

²⁴ C. MONTERO, *Vulnerabilidad, reconocimiento y reparación praxis cristiana y plenitud humana*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile 2012, 212.

la necesidad de depositar toda su confianza en el Dios de la Vida, pero esta sanación es integral, esto quiere decir que Jesús también reconcilia al enfermo con la sociedad, restaura los puentes de relación que estaban destruidos por el estigma, de tal modo que la curación es plena cuando los enfermos son integrados en la sociedad. Por eso Jesús en el evangelio de Marcos (1, 40-45) le dice al hombre que ha sido curado de la lepra que vaya a ver al sacerdote para que certifique su curación, este era el único modo que tenía el leproso de recuperar su estatus religioso y social y de volver con su familia.

De este modo, la sanación integral de Jesús implica derribar los muros de exclusión y de vergüenza, ahora el hombre y la mujer sanada perciben la liberación de la vergüenza y la culpa, pueden volver con su familia y a su contexto social y religioso. Con su praxis liberadora y sanadora, Jesús anuncia a un Dios que es Padre compasivo para todos, especialmente de aquellos que son excluidos, rechazados y despreciados, de los

estigmatizados por los poderes religiosos.

6. Conclusión

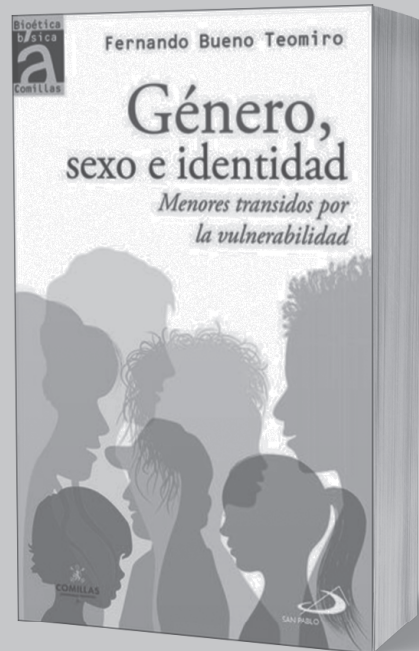
La retirada de una atleta de la competición de los Juegos olímpicos por problemas de ansiedad ha puesto de relieve la necesidad de visibilizar el sufrimiento emocional que generan los problemas de salud mental. La respuesta social, en la mayoría de las ocasiones, ha sido la de una *mirada* distorsionada que ha propiciado que las personas perciban el peso del estigma, de sentirse que no son “normales” generando sentimientos de culpa y vergüenza. Desde la Buena Noticia anunciada y vivida por Jesús, se nos insta a hacer hueco en nuestros corazones para dar cabida a los que sufren, a tener una mirada limpia para observar la realidad de sufrimiento emocional que viven estas personas más allá de los estereotipos y prejuicios sociales y, de este modo, desde el amor fraternal, construir actitudes inclusivas y reconciliadoras.

Género, sexo e identidad

Menores transidos por la vulnerabilidad

Fernando Bueno Teomiro

La variedad en la forma de vivir y expresar la propia identidad sexual y de género es una realidad manifiesta en nuestra sociedad. Acercarse a la disforia de género, de los menores en concreto, conlleva poner en la palestra la realidad del sufrimiento de muchas personas que no se reconocen a sí mismas y que cuando se miran en el espejo no se aceptan ni se quieren. Desdeñar esta situación refiriéndose a ella como ideológica o de «personas raras y enfermas» supone despreciar sus heridas y sus lágrimas. En *Género, sexo e identidad*, desde el principio ético de la responsabilidad y desde un enfoque multidisciplinar, Fernando Bueno hace una rigurosa reflexión académica para mirar el rostro maltrecho de estas personas y salir a su encuentro.



Género, sexo e identidad

Menores transidos por la vulnerabilidad
Fernando Bueno Teomiro

ISBN: 978-84-8468-893-8
Universidad Pontificia Comillas,
San Pablo, 2021.
