

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

- LA EMPATÍA, UN ELEMENTO NECESARIO EN LA ASISTENCIA ESPIRITUAL DE LOS PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN LA CÁRCEL DE “EL BARNE” EN CÓMBITA, BOYACÁ COLOMBIA
- NOCIÓN FOUCAULTIANA DEL ABORTO LEGAL: APROXIMACIONES TEÓRICAS DESDE LA GOBERNANZA GLOBAL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL
- NEUROCIENCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: DESAFÍOS PARA LA BIOÉTICA (PARTE II)
- SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN EL FINAL DE LA VIDA. PERSPECTIVA BIOÉTICA
- LA FANTASÍA TRANSHUMANISTA DE UN HUMANO SIN VEJEZ. TÓPICOS DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICA

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 24

Nº 2

DICIEMBRE 2023

VIDA Y ÉTICA

Ñ O 2 4

N ° 2

2 0 2 3

INSTITUTO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA
Av. Alicia Moreau de Justo 1600
Ciudad de Buenos Aires
C1107AFF Argentina

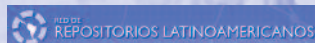
TELÉFONO / FAX
(+5411) 4338-0634

E-mail
bioetica@uca.edu.ar

Web
bioetica.uca.edu.ar

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

INDEXADA EN



DIRECCIÓN Pbro. Lic. Rubén O. Revello

COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA Lic. Cecilia Díaz Arévalo

DISEÑO
Y EDICIÓN María Alejandra Ferrice

TRADUCCIÓN Y
CORRECCIÓN
DE RESÚMENES CODE Servicio Lingüístico

AÑO 2023

ISSN 1515-6850

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados.
Se autoriza la reproducción total o parcial, citando la fuente y el nombre del autor
en forma explícita.

Los artículos que se publican en esta revista son de exclusiva responsabilidad de
sus autores y no comprometen la opinión del Instituto de Bioética ni de la
Pontificia Universidad Católica Argentina.
La revista se reserva los derechos de autor y el derecho de reproducir los artículos
enteros en otros medios impresos y/o electrónicos.

SUMARIO

ARTÍCULOS

pág. 09

LA EMPATÍA, UN ELEMENTO NECESARIO EN LA ASISTENCIA ESPIRITUAL DE LOS PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN LA CÁRCEL DE "EL BARNE" EN CÓMBITA, BOYACÁ COLOMBIA

Pbro. Mario Hernando Vergara Amaya

pág. 25

NOCION FOUCAULTIANA DEL ABORTO LEGAL: APROXIMACIONES TEORICAS DESDE LA GOBERNANZA GLOBAL Y LA COOPERACION INTERNACIONAL

Dra. Kendall Ariana López Peñay Lic. Natalia Jimenez Diaz

pág. 49

NEUROCIENCIA Y TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD: DESAFIOS PARA LA BIOÉTICA PARTE II

Dr. Carlos Castro Campolongo Dra. Maria de la Victoria Rosales

pág. 71

SINDROME DE DESMORALIZACION EN EL FINAL DE LA VIDA: PERSPECTIVA BIOÉTICA

Dr. Cristian Viaggio

pág. 109

LA FANTASÍA TRANSHUMANISTA DE UN HUMANO SIN VEJEZ. TÓPICOS DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICA.

Dr. Enrique Numa Banti

DOCUMENTOS INTERNACIONALES

pág. 127

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO PARA LA CAMPAÑA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES ORGANIZADA POR RADIO1RAI & CADMI D.I.R.E

Santo Padre Francisco

pág. 129

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO CON MOTIVO DEL DÍA INTERNACIONAL DE CONCIENCIACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA Y EL DESPERDICIO DE ALIMENTOS 2023

Santo Padre Francisco

pág. 133

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN EL ENCUENTRO PROMOVIDO POR LA CONFERENCIA ESPISCOPAL ITALIANA PARA LA PROTECCIÓN DE MENORES Y PERSONAS VULNERABLES

Santo Padre Francisco

pág. 137

MENSAJE DE SU SANTIDAD FRANCISCO A LA ASAMBLEA DE LAS PARTES DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE DERECHO PARA EL DESARROLLO (IDLO)

Santo Padre Francisco

pág. 141

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA CONFERENCIA DE LAS PARTES EN LA CONVENCIÓN MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO (COP 28)

Santo Padre Francisco

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Gran Canciller
S.E.R. Monseñor Jorge Ignacio García Cuerva

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

Vicerrectores
Dra. María Clara Zamora
Pbro. Gustavo Boquín

Decano a cargo
Facultad de Ciencias Médicas
Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

Investigadores
Dra. Mg. Graciela Moya
Mg. Dra. Silvia Birnenbaum

In memoriam
+R.P. Domingo Basso, O.P. 1929-2014
+Edmund Pellegrino, MD, Ph. D. 1920-2013
+P. Dr. Angelo Serra, S.I. 1919-2012
+S.E. Card. Elio Sgreccia 1929-2019
+Dra. María Celestina Donadio Maggi de Gandolfi 1944-2020



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

VIDA Y ÉTICA COMITÉ EDITORIAL

S. E. R. Mons. Alberto G. Bochatey, O. S. A.,
Universidad Católica de La Plata, Argentina

Dr. Antonio Cabrera
Universidad Anáhuac, Mexico

Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo
*Pontificia Universidad Católica Argentina,
Argentina*

Jorge José Ferrer, S. J., Th. D.
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere
*Pontificia Universidad Católica Argentina.
Facultad de Derecho*

Prof. Dr. Dario Sacchini
Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy

Rab. Dr. Fernando Fishel Szlajen
*Asociación Mutual Israelita Argentina,
Argentina*

Prof. Dr. Jean-Marie Le Méné
Fundación Jérôme Lejeune, France

COMITÉ CIENTÍFICO

R.P. Dr. Roberto Colombo
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Dra. Maria Luisa Di Pietro
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño
Universidad Nacional de Cuyo. Argentina

Dr. Francisco Javier León Correa
Universidad Central de Chile. Chile

Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier
*Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo Nacional
de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina*

P. Gonzalo Miranda, L.C.
Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. Italy

Dra. Mg. Graciela Elena Sara Moya
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

Prof. Dra. Elena Postigo Solana
Universidad Francisco de Vitoria, Spain

EDITORIAL

Estimados lectores:

En primer lugar, queremos disculparnos con nuestros lectores por el retraso en la aparición de este número de nuestra revista. Diversas circunstancias accidentales han intervenido en esta situación, entre ellas, nuestra colaboradora del área de prensa y difusión, la muy querida Marysol Bustos, en muy poco tiempo ha padecido una enfermedad que lamentablemente la condujo al final de su vida. Queremos en esta editorial rendirle honor a su memoria, como mujer talentosa, una gran profesional que llevaba su trabajo con alegría y pasión. Su ausencia nos causa una gran tristeza y ha generado un espacio en la confección de la revista, que recién ahora estamos pudiendo compensar.

Una vez más confirmamos que la visión más abarcativa en la defensa de la dignidad de la vida humana sigue siendo el personalismo ontológico propuesto por Mons. Elio Sgreccia. Al fundar la dignidad en lo ontológico, es decir, en el ser y no en las acciones, es posible abarcar a muchas personas que, habiendo perdido la capacidad de actuar de determinado modo conservan la dignidad unida a su existencia.

Esta toma de posición respecto de la antropología de la cual parte el personalismo ontológicamente fundado, brinda

una plataforma segura y estable en la búsqueda de una ética objetiva y se convierte en una verdadera base de pensamiento que exige la coherencia de respetar constantemente la condición humana de toda persona. Es esta condición la que hace de garantía para sostener todo otro derecho, ya que se basa en lo que la persona es, desde el comienzo hasta el fin de su existencia. Siguiendo a Tomás de Aquino que enseñaba que "el obrar sigue al ser", si pongo mi acento en el ser, aun cuando una patología o una determinada condición, me impida el ejercicio de una función, seguiré siendo humano, ya que la prioridad, lo que me define profundamente es mi ser y no mi obrar.

El presente número reúne cinco artículos interesantes vinculados a la bioética y la psicología, así como las neurociencias. El primero de estos artículos nos llega desde Roma y tiene como autor al presbítero Mario Hernando Vergara Amaya. Él nos va a presentar un tema que debemos reconocer que no ha sido tratado por la bioética con la frecuencia y la profundidad que requiere, de ahí la importancia de su aporte en nuestra revista. El título presenta una disyuntiva: ¿Huir o acompañar? Frente a la asistencia espiritual de las personas privadas de libertad. El tema, rápidamente, comienza a recorrer el camino de la necesidad de una empatía que nos haga reconocer en el otro, su valor como persona, de modo tal que, podamos entenderlos y asistirlos

en sus necesidades concretas sea minusvalías físicas, trastornos psiquiátricos, problemas físicos, etcétera. La empatía, entonces, se presenta como un puente de comunicación que superando todos los a priori, nos conduce al encuentro de la persona en su fragilidad a la cual se suma, su condición de privado de la libertad. El autor de este artículo, nos introduce al pensamiento de varios referentes entre los cuales aparece Giovanni Russo, Edith Stein y Nelson Mandela. Se trata de un artículo altamente interesante y recomendable que nos devuelve el rostro de las personas concretas, que suman a su sufrimiento físico y psíquico, el dolor de estar privados de la libertad.

El segundo artículo es de las doctoras Arianna López Peña y Natalia Jiménez Díaz, quienes nos hacen llegar su artículo sobre cooperación internacional, la gobernanza global y las filosofías subyacentes en el tema del aborto. Sin caer en teorías conspirativas, conservando la objetividad de una mirada científica y crítica a la vez, ambas autoras muestran la coincidencia de la ideología de un pensador contemporáneo de gran influencia como es Foucault con relación a las políticas públicas, propuestas y llevadas a cabo por ciertos organismos internacionales. El artículo es sumamente desafiante y estoy seguro que generará todo un hilo de comentarios con posiciones a favor y en contra que muestra la pluralidad del diálogo trans-

disciplinario, así como la identidad clara y concreta del personalismo como corriente de análisis bioético.

El tercer artículo es un trabajo conjunto entre el doctor Carlos Castro Campolongo y la doctora María de la Victoria Rosales, donde se desarrollan aspectos específicos de la neurociencia y lo que conocemos como trastornos límites de la personalidad. Es muy interesante ver como este patrón de conductas que se relacionan con la inestabilidad del vínculo interpersonal y de la imagen propia pueden ser analizados desde un marco de bioética personalista, sobre todo, considerando el rol del médico al momento del diagnóstico y a la objetividad del mismo. Estamos seguros que este artículo será de gran interés para todos ustedes.

El cuarto artículo que tiene como autor al doctor Cristian Viaggio, con larga experiencia en cuidados paliativos, ha descrito un síndrome claramente determinado que se llama síndrome de desmoralización en el final de la vida, sobre el que hace un análisis desde una perspectiva bioética. Este síndrome de desmoralización de la cual nos habla, se vuelve fundamental al momento de tomar decisiones en el final de la vida; ya que, algunas personas que lo padezcan podrían tomar decisiones equivocadas res-

pecto de temas gravísimos como la eutanasia. El autor nos propone hacer un discernimiento en estos casos, a partir de los principios de la bioética personalista ontológicamente fundada. Desde una mirada existencial va a analizar la defensa de la vida física, la libertad del sujeto y del médico tratante, así como la libertad que conlleva el ejercicio de la alianza médico paciente. Como ustedes pueden entender, la responsabilidad moral conlleva libertad, es decir conciencia plena y voluntad absoluta y en estos casos la desmoralización que el síndrome describe, va a teñir las decisiones llevando al error y puede llevar a teñir de subjetividad una decisión tan grave como la de decidir un tratamiento paliativo, o aún la propia muerte.

En el quinto artículo, uno de nuestros profesores el doctor Numa Banti, Hace su aporte en un artículo llamado la "Fantasía transhumanista de un humano sin vejez", Para ello va a analizar la tecnología disponible y va a plantear desde el punto de vista antropológico y médico, cuáles son las posibilidades reales de realizar estas promesas. Su visión transversal de la persona humana, rescata la dignidad de cada una de las etapas de la vida, la infancia, la adolescencia, la juventud, la vida adulta y también la vejez. Todas y cada una de estas etapas con su propia y singular dignidad.

En la sección de enseñanzas del magisterio hemos hallado una serie de recomendaciones como el discurso de su santidad Francisco "A los participantes en el Encuentro promovido por la Conferencia Episcopal Italiana para la protección de menores y personas vulnerables" que, están en el corazón de la atención bioética y cuya dignidad tenemos el compromiso de defender y sostener; así mismo, su mensaje para la "Campaña Nacional contra la violencia hacia las mujeres". En una línea más general vinculado también a la cuestión ecológica, recogemos en este número el mensaje de santo Padre a la "Asamblea de las Partes de la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo (IDLO)" y su mensaje con motivo del "Día Internacional de concientización sobre la pérdida y el desperdicio de alimentos 2023". Por supuesto que hemos incluido el discurso dado en la ciudad de Dubái, que ha traído una gran repercusión dado que se presentó dentro de la

"Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático".

Como ustedes pueden observar este número que se ha hecho esperar largamente, nos compensa con la variedad y profundidad de muchos temas, cada uno de ellos servirá como disparador para generar nuevas líneas de pensamiento e investigación. Esperemos que la presente revista de Vida y Etica, cumpla con las expectativas de todos ustedes.

Los invito a seguir trabajando y a colaborar dando testimonio de la vida y de las personas y su valor en cada uno de los ámbitos donde nos movemos, el hospital, la universidad, el juzgado, los foros políticos y académicos, siempre buscando la verdad y el bien.

Pbro. Licenciado Rubén Revello
Director de la Revista Vida y Ética

**LA EMPATÍA,
UN ELEMENTO
NECESARIO EN LA
ASISTENCIA
ESPIRITUAL DE LOS
PRIVADOS DE LA
LIBERTAD EN LA
CÁRCEL DE “EL BARNE”
EN CÓMBITA,
BOYACÁ COLOMBIA**

Fecha de recepción: 07/12/2023

Fecha de aceptación: 21/02/2024

Pbro Mario Hernando Vergara Amaya

Contacto: mariohernando1@hotmail.com

- Licenciado en Filosofía y Educación Religiosa, Magister en Bioética y estudiante de Doctorado en Bioética en Ateneo Pontificio Regina Apostolorum- Roma, Italia
Orcid.org /000-0003-3721-2595

RESUMEN

La experiencia pastoral como capellán en el Establecimiento Carcelario de Mediana Seguridad "El Barne" (Cómbita, Boyacá, Colombia), me ha permitido conocer la realidad espiritual de las Personas Privada de la Libertad (PPL). Este contexto motiva a brindar el servicio de Asistencia espiritual (AE) y religiosa mediante el desarrollo de actividades en el marco de las políticas de atención integral y tratamiento penitenciario. Por tratarse de un tema primordial en la atención espiritual, que consiste en la promoción de la vida y su dignidad, damos a conocer a grandes rasgos el contexto evidenciado en el trabajo de la (AE). Luego, intentaremos apoyarnos en el concepto de empatía, según Edith Stein y Giovanni Russo, es decir, desde una postura filosófica y médica respectivamente. Seguidamente, haremos mención del exceso de la empatía como también de su ausencia. Nos proponemos una tarea e intentaremos hacer una propuesta bioética desde una mirada pedagógica y educativa para terminar dando unas conclusiones que esperamos, puedan servir para futuros trabajos dentro de la (AE).

Palabras clave: Asistencia Espiritual, empatía, privación de la libertad, bioética, pedagogía y educación.

ABSTRACT

The pastoral experience as chaplain in the Medium Security Prison Establishment "El Barne" (Cómbita, Boyacá, Colombia), has allowed me to know the spiritual reality of Persons Deprived of Liberty (PPL). This context motivates us to provide the service of Spiritual Assistance (SA) and religious assistance through the development of activities within the framework of comprehensive care and prison treatment policies. Because it is a primary issue in spiritual care, which consists of the promotion of life and its dignity, we briefly present the context evidenced in the work of the (AE). Then, we will try to rely on the concept of empathy, according to Edith Stein and Giovanni Russo, that is, from a philosophical and medical position respectively. Next, we will mention the excess of empathy as well as its absence. We set ourselves a task and we will try to make a bioethical proposal from a pedagogical and educational perspective to end up giving some conclusions that we hope can be used for future work within the (AE).

Keywords: Spiritual assistance, Empathy, People deprived of liberty, Bioethics, Pedagogy and Education.

CONTEXTO

Gracias a la oportunidad de ser capellán en la Cárcel y Penitenciaría con Alta y Mediana Seguridad El Barne (CPAMSEB), establecimiento ubicado en Cóbbita (Boyacá, Colombia), ha sido posible evidenciar el estado de vulnerabilidad en que se encuentran las personas privadas de la libertad. Muchas de ellas están lejos de sus lugares de origen y de sus familias, con escasos recursos económicos y a veces en estado de enfermedad o viviendo procesos de duelo, etc., realidades y situaciones a las cuales se les ha de dar prioridad.

En el desarrollo del programa de *Asistencia Espiritual* (AE), se han venido realizando actividades puntuales como la celebración de la Eucaristía, el sacramento de la Reconciliación, la Dirección espiritual, los retiros espirituales (movimiento Emaús) y la asistencia a una serie de cursos y talleres; a esto se suman las bendiciones que individual o comunitariamente solicitan y las entregas de kits de aseo personal, etc.

Lo anterior nos permite constatar que, si bien se está haciendo un buen trabajo desde el punto de vista espiritual con las (PPL), cada vez es necesario un mayor conocimiento de los contextos, realidades y situaciones concretas de la población privada de la libertad, de modo que se incremente la sensibilidad pastoral y nuestra misión redunde en el bienestar integral de la comunidad privada de la libertad. A partir de este panorama, nos surge un interrogante: ¿Cómo pensar y aplicar el tema de la empatía en el marco de la AE? Creemos que en lugar de "huir" hay que "acompañar", y, para este propósito, el concepto de empatía relacionado con la situación de la privación de la libertad carcelaria puede hacer posible una nueva visión del cómo tratar cada caso cuya característica connota la dignidad que corresponde a la persona humana.

El papa Francisco, en su encíclica *Fratelli tutti*, expresa que "No es una opción posible vivir indiferentes ante el dolor, no podemos dejar que nadie quede 'a un costado de la vida'. Esto nos debe indignar, hasta hacernos bajar de nuestra serenidad para alterarnos por el sufrimiento humano. Eso es dignidad" (1).

Esta motivación magisterial del Papa nos anima a abordar el concepto de empatía desde la visión de dos autores, Edith Stein y Giovanni Russo, teniendo en cuenta que es posible desarrollar con ellos un trabajo para la realidad de la (AE) en el ambiente carcelario, desde su postura filosófica y médica respectivamente. Además, se contempla la posibilidad de plantear una propuesta bioética que, por

una parte, favorezca la cercanía al ser humano para comprender las situaciones desde la singularidad de sus culturas, contextos y cosmovisiones; y, por otra, permita identificar el impacto que genera el hecho de estar recluido en una celda, tras unas rejas, lejos del ambiente familiar, donde, como dicen ellos mismos, "la visita que no tenemos de nuestras familias es la visita de nuestro capellán".

EMPATÍA SEGÚN EDITH STEIN¹

Como discípula de Husserl, Edith Stein profundiza el concepto de empatía desde el aspecto fenomenológico. Al hablar de la distinción cualitativa de la conciencia subjetiva acerca de las vivencias, nos permite dentro de su estructura gramatical una idea acerca de lo que puede ser la empatía:

Toda acción de otro la vivencio como procedente de un querer, y éste a su vez de un sentir sentimiento; con ello me está dado al mismo tiempo un estrato de su persona y un dominio de valores aprehensibles en principio para él, el cual motiva además con pleno sentido la espera de posibles actos volitivos y acciones futuros (2).

Claudia Donoso-Sabando señala que, para Stein, la empatía "es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en que aprehende la vida anímica de su próximo", en otras palabras, "la empatía misma es un acto originario como vivencia presente, pero no originaria según su contenido" (3).

Acerca del pensamiento de Stein sobre el concepto de empatía, Philippe S. Merlier afirma que,

1 Teresa Benedicta de la Cruz (Edith Stein) nació en Breslau el 12 de octubre de 1891. En 1913, se fue a Gotinga para asistir a las clases universitarias de Edmund Husserl, de quien llegó a ser discípula y asistente, consiguiendo con él el doctorado. Allí se encontró también con el filósofo Max Scheler y este encuentro atrajo su atención sobre el catolicismo. En 1934, el 14 de abril, tuvo lugar la ceremonia de toma de hábito en el monasterio de las Carmelitas Descalzas de Colonia. Su entrada en el convento no fue una huida: "Quien entra en el Carmelo no se pierde para los suyos, sino que le tienen aún más cercano; y esto porque nuestra profesión es la de dar cuenta de todos a Dios". El 9 de agosto de 1942 sor Teresa Benedicta de la Cruz, junto con su hermana Rosa y muchos otros de su pueblo, murió en las cámaras de gas de Auschwitz. "Teresa Benedicta de la Cruz - Edith Stein (1891-1942) - biografía", Vatican, consultado el 31 de agosto de 2024, https://www.vatican.va/news_services/liturgy/saints/ns_lit_doc_19981011_edith_stein_sp.html.

La empatía es, primero, una apertura al otro que estriba en la imaginación: nos imaginamos en el lugar del otro, por oposición a los fenómenos vecinos (simpatía, compasión, etc.) que consideran al otro como análogo, como otro yo, un alter ego sobre el que nos proyectamos y, por tanto, salimos de nosotros (por cierto, para ir hacia él), pero no es una apertura real a su alteridad. En la empatía, acojo a lo extraño del otro, no busco en él lo que ya conozco de él; es primero el movimiento hacia la diferencia: salgo de lo mismo (o de lo que en mí resulta idéntico a él) (4).

Entonces, la empatía viene a ser una actividad generadora de escenarios que apuntan a entender al otro en los distintos ámbitos donde se desarrolla la vida, como la salud, la convivencia, el compartimiento del alimento, la clase, el trabajo, el deporte, etc. La empatía como capacidad humana, puede mencionar o percibir el trato correcto hacia los demás, basado en la comprensión del contexto y la situación de cada sujeto. Es un sentir sobre lo que el otro está experimentando y sintiendo, y del cual se encuentra un apoyo para hacer un trabajo emocional, espiritual y de superación, pues ayudará para que dentro del programa de la (AE), se descubran valores y cualidades que permitan un proceso integrativo de dignidad y de vida para estar con la sociedad.

LA EMPATÍA EN EL PENSAMIENTO DE GIOVANNI RUSSO²

Russo orienta el concepto de empatía desde una postura médica, factor que considerará predeterminante en el mejoramiento de la salud como valor humano:

La empatía médica es la actitud de cercanía del médico hacia el paciente, encaminada a crear un clima humano de bondad, cortesía y comprensión mutua. La empatía médica es la intuición del mundo interior del paciente. No se trata de sentimientos fuertes y personales, sino de una mirada de comprensión relacionada con el problema clínico. La empatía es la actitud de

2 Fundador (1997) y Director de la Scuola Superiore di Specializzazione in Bioetica e Sessuologia de Mesina (Italia); presidente, por dos períodos, de la Facultad de Teología "S. Tommaso" de Mesina; miembro (con nombramiento papal) desde 2006 de la Pontificia Accademia per la vita, Ciudad del Vaticano; presidente de la Società Italiana di Bioetica e Sessuologia; integrante durante 14 años del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dei Farmaci del Policlinico Universitario de Mesina; miembro de la Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici de Mesina; ha sido director de la revista científica "Itinerarium". Accademia Peloritana dei Pericolanti, consultado el 31 de agosto de 2024, <https://www.accademiapeloritana.it/Curricula%20soci/Russo%20Giovanni.pdf>

apertura de una persona por lo que la otra experimenta, la aceptación de su estado interno (5).

Ahora bien, para comprender la importancia del concepto en un contexto carcelario, Mónica María Lopera Medina y Jeniffer Hernández Pacheco nos dicen que "La situación de salud que hoy viven las PPL trasciende el fenómeno biomédico de salud-enfermedad. Un abordaje más integral permite entenderla como resultante de la interacción entre los determinantes del orden estructural, institucional y personal" (6).

Las situaciones que allí se presentan generalmente, implican una relación permanente o significativamente recurrente entre médico, paciente, personal sanitario y demás personas que realizan un oficio en dicho establecimiento, en quienes se hace necesaria la empatía. En lo referente a la (AE), la misión del médico en la búsqueda del bien de los pacientes, anima a ser enseñada y aplicada en el campo de las PPL, el personal de la salud, de educación, formación, en el conjunto familiar, comunitario y social. Esta idea la refuerza Daniel Elío-Calvo cuando manifiesta que "la relación entre el médico y el paciente ha sido siempre un encuentro humano, que, pese a los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento, sigue siendo el eje de la práctica médica" (7).

Ese acercamiento humano se debe reconocer como un fin en sí mismo, en el cual se valora la realidad del otro, se humaniza el dolor y se apoya la evolución anímica del paciente. Aplicar un concepto como la empatía en la relación médico-paciente es un ejemplo que permite crear estrategias para que la persona afectada por una enfermedad o una dolencia logre una mejor calidad de vida; este aspecto no se limita al manejo o eliminación de síntomas, sino a mejorar su entorno y su vida, como la cercanía a sus familias, el acceso oportuno y puntual a la atención médica y al suministro de medicamentos, el cumplimiento de sus dietas, el trato adecuado que se merece una persona por su estado de vulnerabilidad, etc.

En consecuencia, los postulados de Stein y Russo permiten ver la importancia de la empatía en la (AE) de las PPL en lo referente al manejo que se le dé a la versión evidenciada y escuchada sobre el postulado filosófico y médico acerca de su estado de privación. Pues, toda vez que su intención es sentir, comprender, acompañar o conocer interna y externamente la vivencia de otra persona ha de propiciar escenarios de dignidad y vida caracterizados por un crecimiento espiritual y emocional.

Así las cosas, creemos que el concepto de empatía iluminado por la bioética puede ser elemento estratégico a la hora de generar una atención integral y un tratamiento

oportuno para la "resocialización". Ya Elio Sgreccia decía que "[...] el concepto de bioética se plantea con un significado más amplio respecto a la ética médica tradicional", y Potter la define como un "nuevo saber", "una ciencia de la supervivencia" (8). Por tanto, siendo la bioética la disciplina de la vida, la empatía daría la posibilidad de ser aplicada en escenarios preocupados por el crecimiento de la vida, como son el sacramento de la Reconciliación, la Dirección espiritual, cursos, talleres, entregas de kits de aseo personal, como en el acompañamiento de procesos de duelo en la (PPL).

LA APUESTA BIOÉTICA POR LA EMPATÍA

Entrados en el escenario bioético, el documento publicado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que menciona las 122 Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, nos ayuda a profundizar sobre la importancia de la empatía en la (AE). Si bien se publicaron en 1955, continúan siendo un texto vigente para el trabajo con las personas privadas de la libertad, pues, en consonancia con la bioética, centran su atención en el valor de la vida y su dignidad. Así lo destaca la primera regla:

Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merece su dignidad y valor intrínsecos en cuanto seres humanos. Ningún recluso será sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, contra los cuales se habrá de proteger a todos los reclusos, y no podrá invocarse ninguna circunstancia como justificación en contrario. Se velará en todo momento por la seguridad de los reclusos, el personal, los proveedores de servicios y los visitantes (9).

Por su parte, Juan Carlos Hoyos Rojas, citando a Jonathan Edelstein, define en estos términos la bioética para un contexto carcelario:

"La bioética se orienta a cumplir un fin común de protección, garantía y respeto por la vida, en antagonismo a la biopolítica, ya que el principio bioético de no maleficencia está encaminado a fortalecer todo tratamiento terapéutico, para que no se lastime, no se cause sufrimiento y mucho menos se haga daño alguno a la persona; la bioética no es invasiva y su trascendencia en el tratamiento terapéutico consiste en acompañar y fortalecer la dignidad humana sobre los principios de justicia y no maleficencia, de la mano de la ética, la moral, la autoestima, el respeto y la otredad, los cuales favorecen el autorreconocimiento y la convivencia pacífica" (10).

Esta definición complementa y entreteteje la intención de la primera Regla Mandela acerca del cuidado y protección de la vida y el respeto de la dignidad de la persona. Teniendo como base a la persona, la empatía fija la mirada en bien de la vida y la salud de las (PPL), toda vez que, escuchar, acompañar, asistir en el sacramento de la Reconciliación, de la Dirección espiritual, es evidenciar no una idea sino una realidad posible de sanar, orientar, formar y apoyar.

Philippe S. Merlier establece una diferencia entre compasión y empatía, y destaca, a la luz del pensamiento de Edith Stein, la fuerza que tiene la empatía en el hecho bioético:

Sentir compasión es ser sensible a la desgracia ajena o sufrir o padecer con el otro como si uno pudiera aguantar el dolor en su lugar; en cambio, la empatía consiste en percibir de forma intuitiva lo que siente sabiendo que es inalienable su dolor y que nadie puede vivirla en su lugar. Quien se compece corre el riesgo de consentir una piedad excesiva —en la que resultan desiguales los papeles—. La compasión es un viaje de ida hacia el sufrimiento del otro; la empatía es una ida y vuelta de la vivencia frente al sufrimiento (“la intercomuni3n husserliana”) (4).

En consecuencia, la empatía orientada por el saber bioético llega a crear un clima humano de gentileza, cortesía y comprensi3n recíproca, pues todos somos seres humanos dotados para vivir y que necesitamos ser escuchados, atendidos y alentados por una palabra. Ahora bien, para diferenciar lo que es la empatía y su aplicaci3n en la bioética, creemos necesario ver el polo opuesto de la misma, es decir, cuando se presentan situaciones de exceso o ausencia de empatía.

1. La situaci3n excesiva de la empatía

Una de las características de la (AE) es la presencia, la escucha, el conocer las necesidades e intentar caminar con la persona, es decir, una atenci3n integral. Escenarios como este pueden favorecer el surgimiento excesivo de empatía, que según Angélica Julieth Guillén Puerto et al “es una respuesta emocional percibida como negativa, resultado de la interacci3n empática de una persona con quienes enfrentan situaciones de dolor y sufrimiento” (11). En contextos clínicos, hospitalarios o estados de vulnerabilidad, la empatía en exceso se convierte en una acci3n que absorbe, se posesiona y exagera hasta la compasi3n y la solidaridad. La exageraci3n de la empatía causa

pérdida de la autonomía y libertad, y deforma su objetivo fundamental, que busca mantener una sana regulación y equilibrio entre los seres humanos.

José Carlos Bermejo nos muestra la cara oscura de la empatía cuando afirma que "la hiper-empatía es considerada un trastorno mental por el manual de diagnóstico psiquiátrico, por el gran malestar que les genera a las personas que lo sufren y puede llevar a situaciones de codependencia, de sobreprotección y permisivismo o de agotamiento emocional" (12). Esta se presenta cuando nos mostramos excesivamente empáticos ante el sufrimiento ajeno; por ejemplo, el querer dar solución a todo tratando de excluir la asistencia que ha de ofrecer cada campo profesional, psicología, psiquiatría, educación, salud, etc. Ahora, intentemos ver la otra cara de la ausencia de la empatía.

2. La ausencia de empatía frente al otro

En las personas privadas de la libertad es notable la ausencia de empatía por la estigmatización que la sociedad genera. Con algunas excepciones, se constata que, pasados los años de reclusión, la ausencia familiar se agudiza y la persona tiene que adaptarse a diversas culturas y formas de pensar; asimismo es evidente el deterioro de la salud por la edad y por los años transcurridos en prisión. Esto no exime de las actividades personales y de carácter obligatorio (el aseo personal, la fila para el conteo o recibir el alimento, lavado de ropa, el trabajo que ellos pueden desempeñar, etc.). Por tanto, la persona privada de la libertad se ha de acomodar y aprender a vivir lejos de la realidad acostumbrada y empeñada a veces en la posibilidad de resocializar su vida.

La revista Médicos sin fronteras señala que, "en el caso de los enfermos olvidados, son las propias enfermedades las que convierten en crisis la situación de generaciones y comunidades enteras" (13). Esta situación es tan cercana a la realidad de la cárcel, pues el punto central de la ausencia de la empatía tiene que ver con el olvido familiar y la indiferencia. Por eso, nace la importancia de cuidar del otro, como lo indican César Delgado Lombana y Manuel Prada Londoño,

Cuidar del otro y de uno mismo, cuidar la carne que duele, cuidar el rostro sufriente: he aquí el corazón de la relación paciente-médico. Así, para Gadamer y Ricœur, cuidar es un modo de relación con el otro, vínculo que exige la donación de la palabra que acaece en el diálogo, el diálogo que despliega la narración, confianza nacida de la entrega mutua y razonabilidad práctica que orienta para salir de la oscuridad (14).

En consecuencia, para el continuo proceso de asistir espiritualmente a un privado de libertad, se nos descubre que somos seres humanos, dotados de razón, listos para cumplir los valores propuestos frente a la vulnerabilidad del otro. Es pensar que somos capaces de atender el clamor de los que sufren y hacer valer la presencia de la empatía en la realidad que hemos propuesto en este artículo. Por eso, ahora proponemos una tarea mediada por la pedagogía y la educación, impulso para una bioética que objetiva la aplicabilidad de la empatía en los valores humanos.

La tarea

Consideramos que la bioética, en su interés por salvaguardar la vida, en su intención de ser un campo interdisciplinar y en su manera de crear puentes, puede proponer como tarea la empatía como elemento fundamental de quienes, en su estado de reclusión, se encuentran expuestos a un tema de vulnerabilidad. La motivación la expone claramente el papa Francisco a los participantes en un encuentro internacional para responsables regionales y nacionales de la pastoral penitenciaria, cuando dice que,

No se puede hablar de un ajuste de deuda con la sociedad en una cárcel sin ventanas. No hay una pena humana sin horizonte. Nadie puede cambiar de vida si no ve un horizonte. Y tantas veces estamos acostumbrados a tabicar las miras de nuestros reclusos. Llévense esta imagen de las ventanas y el horizonte, y procuren que en vuestros países siempre las prisiones, las cárceles tengan ventana y horizonte, incluso una pena perpetua, que para mí es discutible, incluso una pena perpetua tendría que tener un horizonte (15).

Esta preocupación de la Iglesia para con los privados de la libertad hace posible una responsabilidad seria de quienes asistimos espiritualmente a esta población. Nos exige dedicar el tiempo suficiente para la escucha y el diálogo, para comprender contextos y culturas, y así leer la realidad de cada privado de libertad. Y en este ámbito, la empatía puede ayudar a impulsar el mejoramiento de la realidad individual, comunitaria y familiar en espacios de convivencia, de ánimo, fortaleza y signos de esperanza, etc., pues también es generadora de confianza y, por tanto, ayuda a la claridad de los procesos, facilita la cercanía con las familias y el bienestar a nivel de salud y, por qué no, para que en una etapa final de la vida exista la posibilidad del reencuentro con sus seres queridos.

Para esto, se proponen dos elementos importantes que ayudarán a cultivar la empatía en la realidad carcelaria, en el marco de la (AE): la pedagogía y la educación. Estos elementos los aborda el papa Francisco en la carta encíclica *Laudato si'*, frente a la realidad del cuidado de la casa común, pero también aplican ante una realidad de privación de la libertad. Dice el Papa que,

Muchas cosas tienen que reorientar su rumbo, pero ante todo la humanidad necesita cambiar. Hace falta la conciencia de un origen común, de una pertenencia mutua y de un futuro compartido por todos. Esta conciencia básica permitiría el desarrollo de nuevas convicciones, actitudes y formas de vida. Se destaca así un gran desafío cultural, espiritual y educativo que supondrá largos procesos de regeneración (16).

Francisco coloca las bases destinadas a formar y orientar, no solo a los presbíteros, sino a todo el personal que está vinculado con la pastoral de justicia y libertad en el marco de la (AE), como son catequistas, movimiento Emaús, grupos carismáticos y apostólicos, entre otros.

La pedagogía

En la línea del Magisterio de la Iglesia, san Juan Pablo II sostiene que la pedagogía "[...] tiende a educar al hombre, poniendo ante él las exigencias, motivándolas e indicando los caminos que llevan a su realización" (17). Mientras que Ramón Calzadilla ofrece una aproximación al concepto de pedagogía, como ciencia humanista, destacando que "La pedagogía se ocupa en su esencia del conocimiento, en el tiempo y en el espacio, de las acciones imprescindibles y necesarias que han de realizarse para que tales procesos [aprendizaje, conocimiento, educación y capacitación] resulten, a la postre, eficientes y eficaces, tanto para el educando como para el educador (18).

Entonces, si la empatía configura el escenario para entender y hacerse partícipe de una realidad que acontece en el otro, la pedagogía propone que en el manejo de la realidad de los privados de la libertad, exista la posibilidad de adoptar métodos y formas de construir y aplicar la (AE). De esta manera, la empatía, auxiliada por la pedagogía, dará origen a una novedosa atención, que fomente una vida digna, que colabore en la pronta recuperación de quienes están enfermos y genere espacios de sana convivencia; que privilegie a quienes padecen alguna limitación física y garantice un final feliz a quienes presentan un cuadro de fase terminal.

La educación

Es importante considerar que un estado de reclusión exige ocupar el tiempo en alguna actividad que fomente el bienestar integral de la persona, aspecto en el cual la educación juega un papel trascendente, como bien lo señala Ergüin Armando Guillén Baca:

"El proceso educativo tiene como objetivo formar y consolidar todas y cada una de las capacidades y habilidades humanas, con el único fin de que el ser humano pueda vivir con plenitud; sería un error cultivar permanentemente el aspecto intelectual del alumno y dejar de lado el resto de las dimensiones que lo componen como persona, en particular, las emociones" (19).

Ahora bien, la educación como elemento fundamental de la vida del ser humano, no debe estar solo en función de un título académico, mención de honor o diploma (aunque también haga parte del proceso de reclusión para quienes lo deseen), sino para ser aplicada en cada contexto, realidad y ambiente donde el ser humano interactúa. En este proceso que trata de sacar lo mejor de cada persona, la empatía ha de ocupar un espacio sobresaliente en los currículos académicos de la formación profesional. Se suma que, en la misma, se incluyan espacios de humanización caracterizados por el uso y vivencia de los valores enfocados a favorecer la vida desde la dignidad y los derechos correspondientes para cada ser humano, a los cuales la bioética, dentro del escenario requerido, ayudará a preparar a las (PPL) para vivir bien en medio de la sociedad.

En suma, pedagogía y educación se convierten en dos pilares favorables para que la empatía, utilizando escenarios creativos, estrategias organizadas y estructurando el programa de atención adecuada, pueda relacionar las dimensiones humanas. Pues, una posición empática construida racional y afectivamente, ayuda a cultivar la disposición para entender el verdadero "sentir" del privado de la libertad y generar un espacio de vida que le permita hacer más llevadero el cumplimiento de la condena, que favorezca el aprovechamiento del tiempo y le impida desprenderse de sus contextos de origen familiar y social acompañado de su propia cultura.

CONCLUSIONES

Pese al rigor normativo y de protocolos del establecimiento carcelario, me considero afortunado por ejercer mi ministerio presbiteral como capellán en este lugar, pues el hecho de estar cerca de la población privada de la libertad y tener la experiencia de evidenciar y escuchar las diversas situaciones que limitan la vida por causa de un hecho cometido, ha hecho posible: 1) descubrir la importancia de la (AE), la cual permite comprender lo frágil y vulnerable que es la realidad humana; 2) percibir el carácter limitado del ser humano tras las rejas, es decir, en querer hacer mucho, pero a la vez nada, por estar limitado a una condición de vida; y 3) ver la importancia de la empatía en el marco de la (AE) y la notable diferencia de estar enfermo en la cárcel y enfermo en el ambiente de libertad, como el estar lejos de los contextos familiares y una realidad acostumbrada de vida.

Así las cosas, el ejercicio de la (AE) me permitió situar las posturas de los dos autores escogidos en relación con la empatía para vislumbrar la realidad humana. Por una parte, Edith Stein pone como centro los estados de la conciencia de otros y la experiencia del yo sobre otro yo. Por otra, Giovanni Russo, quien ha contribuido con su experiencia como docente en bioética y sus valiosos escritos dirigidos a agentes de salud en temas como el inicio y el final en la relación médico-paciente, para significar la singularidad que representa el sentir del otro y que por su connotación creemos que se pueden aplicar a la realidad de estar privados de la libertad.

De otra parte, ocupado de la (AE), el acercamiento al sacramento de la Reconciliación o a la Dirección espiritual se hace evidente la necesidad de practicar la actitud empática. Se descubre que el objetivo ha de estar caracterizado en el ofrecer alternativas para manejar las distintas situaciones que puede ocasionar el ambiente de reclusión. Más allá del tratamiento ofrecido para ciertas patologías como de la ayuda que ellos requieren, es importante acerca de la empatía la procura de la práctica en quienes tenemos un oficio en este lugar. Pues, todo ha de integrar la connotación del ser humano con la dignidad en cada una de sus relaciones y situaciones que se viven en el ambiente de la cárcel y, sobre todo, hacer una apuesta porque haya un consentimiento que se va construyendo para vivir en la sociedad.

La bioética cumple una función en el ver y oír que los diálogos se tornan desanimados, a veces faltos de esperanza, las lágrimas y las voces lentas y cansadas ante esta realidad de la privación de la libertad. Iluminada por la pedagogía y la educación, permite pensar en que no se puede huir, sino que se necesita acompañar, estar ahí, haciendo florecer la empatía para vidas que necesitan dar un buen fruto en las familias y en la

sociedad. Nuestro mayor deseo es que la propuesta de la empatía sea considerada un elemento que reviste importancia en el tratamiento de la (AE) para los privados de la libertad de este establecimiento carcelario en Cómbita, Boyacá, y que la bioética, cada vez más, se interese por gestar campos y ambientes pedagógicos y educativos que, permita en este escenario de reclusión ser un signo de esperanza en la atención espiritual para los privados de la libertad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Papa Francisco. Carta encíclica Fratelli tutti, sobre la fraternidad y la amistad social. [internet]. 2020. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html
2. Stein E. Sobre el problema de la empatía. Madrid: Editorial Trotta; 2004.
3. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*. 2024; 18(2):184-193.
4. Merlier PS. La empatía según Edith Stein. *Acta fenomenológica latinoamericana*. 2019;VI:71-80.
5. Russo G. *Bioetica e Sessuologia*. 1ª. ed. Messina – Italy: Ed Velar; 2004.
6. Lopera-Medina MM, Hernández-Pacheco J. Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020;19:1-26.
7. Elío-Calvo D. La relación médico-paciente. *Revista Médica La Paz*. 2021;27(2):92-101.
8. Sgreccia E. *Manual de Bioética I Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2007.
9. Naciones Unidas. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Sudafrica: 2015; UNODOC [Consultado 2023 de Jun 14] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf
10. Hoyos-Rojas JC. La Procrastinación de la Bioética en el tratamiento penitenciario colombiano. *Novum Jus*. 2021; 15(2):23-54.
11. Guillén-Puerto AJ, López-Rodríguez AT, Motta-Tautiva PA y Ortiz-Hernandez YA. Prevención del desgaste por empatía y promoción de la salud mental en personal sanitario. Bogotá: UNIMINUTO; 2022.

12. Bermejo JC. La cara oscura de la empatía. Obtenido de La cara oscura de la empatía. España; 2019 [Consultado 2023 oct 2] Disponible en <https://www.josecarlosbermejo.es/la-cara-oscura-de-la-empatia/>
13. Zabalgogeazkoa A. Los enfermos olvidados. Médicos sin fronteras. 2009;1-16.
14. Lombana-Delgado C, Londoño-Prada M. Dolor y sufrimiento. Lecturas complementarias con Gadamer y Ricœur. En-claves del pensamiento. 2022;31: 1-27.
15. Francisco. Discurso a los participantes en un encuentro internacional para responsables regionales y nacionales de la pastoral penitenciaria [internet]. 2019. Disponible en http://www.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2019/november/documents/papa-francesco_20191108_pastorale-carceraria.html
16. Papa Francisco. Carta encíclica Laudato si', sobre el cuidado de la casa común. [internet]. 2015. Disponible en https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
17. Juan Pablo II. Audiencia general. [internet]. 1981. Disponible en http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiences/1981/documents/hf_jp-ii_aud_19810408.html
18. Calzadilla R. La pedagogía como ciencia humanista: conocimiento de síntesis, complejidad y pluridisciplinariedad. Revista de pedagogía. 2004;25(72):123-148.
19. Guillén-Baca EA. Educación socioemocional y empatía. Didac. 2018;72:64-69.



NOCIÓN FOUCAULTIANA DEL ABORTO LEGAL:

APROXIMACIONES TEÓRICAS DESDE LA GOBERNANZA GLOBAL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Fecha de recepción: 28/08/2023

Fecha de aceptación: 12/09/2023

* Este artículo es una versión revisada y ampliada de la tesis *"Necropolítica del aborto legal en la cooperación internacional de los países en desarrollo en el marco de*

Dra. Kendall Ariana López Peña¹

Contacto: kendall.lopez@uabc.edu.mx

- Profesora Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Baja California. Es doctora en Estudios de Desarrollo Global por la Universidad Autónoma de Baja California, Master en Relaciones Internacionales y Diplomacia con énfasis en Administración de proyectos de Cooperación Internacional y Licenciada en Relaciones Internacionales. Ambas por la Universidad Nacional, Costa Rica.

Lic. Natalia Jiménez Díaz²

Contacto: jimeneznatalia94@gmail.com

- Encargada de Alianzas Corporativas en la organización internacional, Aldeas SOS. Licenciada en Relaciones Internacionales con énfasis en Cooperación Internacional y Bachelor Degree en Relaciones Internacionales. Ambos por la Universidad Nacional, Costa Rica.

1 Profesora Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Baja California. Es doctora en Estudios de Desarrollo Global por la Universidad Autónoma de Baja California, Master en Relaciones Internacionales y Diplomacia con énfasis en Administración de proyectos de Cooperación Internacional y Licenciada en Relaciones Internacionales. Ambas por la Universidad Nacional, Costa Rica.

2 Licenciada en Relaciones Internacionales con énfasis en Cooperación Internacional y Bachelor Degree en Relaciones Internacionales. Ambos por la Universidad Nacional, Costa Rica.

RESUMEN

Dentro del sistema internacional, existen diversas relaciones entre diferentes actores que a su vez se ven influenciadas por múltiples variables. El presente artículo realiza un recorrido teórico de conceptos como los de necropolítica, biopolítica y gobernanza global en la disciplina de las relaciones internacionales, y particularmente en la cooperación internacional. Así, la problemática principal se centra en analizar la relación existente entre el Estado y la ciudadanía que plantea la necropolítica desde una visión foucaultiana del biopoder. Es decir, la manera en que se administra la vida y la muerte desde la configuración de la agenda global sobre el aborto legal, a través de la cooperación internacional.

Palabras clave: Necropolítica, aborto legal, gobernanza global, cooperación internacional.

ABSTRACT

Within the international system, there are various relationships between different actors that are in turn influenced by multiple variables. This article provides a theoretical overview of concepts such as necropolitics, biopolitics, and global governance within the field of international relations, particularly in international cooperation. Thus, the main issue focuses on analyzing the relationship between the state and citizenship that necropolitics proposes from a Foucauldian perspective of biopower. That is, the way life and death are managed through the shaping of the global agenda on legal abortion, through international cooperation.

Keywords: Necropolitics, legal abortion, global governance, international cooperation

INTRODUCCIÓN

Dentro de las configuraciones de poder, existen múltiples variables que impactan sobre las relaciones que se gestan entre los diferentes actores del sistema internacional. En el caso de la necropolítica, la problemática principal se centra en analizar la relación entre el Estado y la ciudadanía, desde una noción foucaultiana de biopoder. La administración de la vida y la muerte que emana desde la configuración de la agenda global, mediante la cooperación internacional como un *recurso* no coercitivo para los Estados.

El paradigma de la biopolítica de Foucault se refiere a una visión concreta del poder, cuyo principal objeto de estudio es la población y el control del Estado sobre ésta. A través del control de variables biológicas que determinan o no, la condición de humanidad de cierto grupo de seres humanos. Acontecimientos históricos como el genocidio judío, racismo y la esclavitud se constituyen como ejemplos del pasado en los cuales el Estado administraba la muerte de cierto grupo poblacional y establecía lo que Foucault denominaba el *Derecho Soberano de Matar*.

De esta manera, el tema del aborto legal se constituye como eje central para el presente artículo, pues se analiza desde los supuestos teóricos de la necropolítica y su interacción con los conceptos de gobernanza global y particularmente, de cooperación internacional.

NECROPOLÍTICA

El concepto de necropolítica se constituye como la columna vertebral del presente documento. Dicha acepción, es propia del filósofo postmodernista Michael Foucault, y es retomada y estudiada por Mbembe. Por lo que su tendencia teórica está fundamentada por ambos autores. Ahora bien, la visión desde la cual se aborda el presente trabajo corresponde a los conceptos de economía de la muerte, la cosificación del ser humano, entre otros conceptos, que emanan del concepto de biopoder y permiten comprender cómo opera la necropolítica en la actualidad en contra del no nacido.

Hernández (1) en su artículo *Biopolítica y relaciones internacionales: los cuerpos en las relaciones internacionales* exploran nuevos objetos y nuevas coordenadas teóricas en la disciplina de las relaciones internacionales, que bien podrían enmarcarse en lo que se considera el "cuarto debate" de la disciplina. Este señala que, "en los últimos años, términos como 'biopolítica' y 'gubernamentalidad' han ganado terreno en el análisis de migraciones y derechos humanos, además de que

continúan presentes como instrumento para el debate teórico y el análisis de la política mundial" (p. 81).

La teoría de necropolítica viene a ser un objeto de estudio para Mbembe (2) quien establece uno de los conceptos medulares para esta investigación: la biopolítica. Este se enmarca en un contexto poscolonial, donde se analizan los procesos coloniales de África y el comportamiento de diferentes grupos de poder, mediante hechos como la esclavitud, las guerras y el dominio sobre la vida de otros seres humanos. Para Laje, "la necropolítica no es más que la contracara del mismo paradigma (biopolítico): administrar la vida, incluye políticamente administrar la muerte, pues esta última es un elemento esencial de la vida" (comunicación personal, 2022). Así, lo que Foucault intenta decir con biopolítica, es una forma concreta de poder.

En suma, este concepto permite problematizar aquello en lo que se fundamenta la política contemporánea, el enlace entre la violencia y el derecho, y la excepción y la soberanía (3). Esto, según Garduño, "implica analizar una nueva relación entre las nociones de soberanía, economía y violencia en la sociedad internacional actual" (4, p. 130). En ese sentido, el concepto de soberanía, va más allá de la noción clásica de la disciplina de las relaciones internacionales. Entendida como un elemento central de los Estados modernos. Sino que, actualmente hay una transformación del concepto, que se desplaza hacia estructuras de poder internacional que definen las agendas legislativas, ejecutivas y judiciales. Particularmente, en el caso del aborto, Naciones Unidas ha solicitado su legalización desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994.

Según Mbembe (2), el Estado nazi se puede considerar como el acto que abrió la vía al "*derecho de matar*", al convertirse en la formación de poder que combinaba el racismo, lo mortífero y lo suicida en sus características. Igualmente, el autor describió cómo el racismo se encargó de regular la distribución de la muerte, que era la condición de aceptabilidad de la matanza. Otro ejemplo de necropolítica fue señalado por Osuri (5) en el caso de Iraq, donde el compromiso necropolítico responde a condiciones de violencia "etnosectaria" creadas a través de la ocupación militar y el ejercicio de la soberanía colonial.

Ahora bien, con respecto al nivel conceptual, en el presente artículo se considera lo señalado por Garduño (4): "la necropolítica sería el uso de la muerte o la amenaza de muerte, gráfica y explícita, para mantener o aumentar un poder multidimensional y repartido entre actores institucionalizados y aquellos que no lo son" (pp. 129-130). Además, el autor señaló que esta puede ser entendida como una nueva manera de ejercer el poder a través de la muerte, lo cual ha generado

una transformación de los seres humanos en una especie de mercancía intercambiable y "desechable" que responde a los intereses de mercados y a sus dueños (4). Igualmente, Mbembe (2), basado en lo que planteó Foucault respecto a la necropolítica, definió la soberanía como el poder de dar vida o muerte.

Homo Sacer argumenta que la vida y la muerte han sido politizadas:

Hoy vida y muerte no son conceptos científicos, sino conceptos políticos que en cuanto a tales, sólo adquieren un significado preciso por medio de la decisión. Una decisión, salta a la vista, que define esta frontera geopolítica entre la vida y la muerte y que el Estado y el poder se reserva para sí: es el Estado quien autoriza [...], es el Estado quien decreta la 'muerte legal' [...]. (1, p. 88)

En este punto, resulta relevante comprender la relación conceptual entre necropolítica y biopoder. Foucault entendía como biopoder el "dominio de la vida en que el poder ha establecido su control" (2, p. 20), y ambos conceptos están vinculados con una dominación sobre el "otro". Sin embargo, el biopoder antecede a la comprensión de necropolítica:

El biopoder, término acuñado por Foucault para referirse a un régimen inédito que toma como nuevo objetivo y vehículo de acción el bienestar de la población y la sumisión corporal y sanitaria de sus ciudadanos, se nos presenta como el antecedente del necropoder. (2, p. 14)

Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que solo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder. Este ya no tiene que vérselas solo con sujetos de derecho, sobre los cuales el último poder es la muerte, sino con seres vivos, y el dominio que pueda ejercer sobre ellos deberá colocarse en el nivel de la vida misma; haber tomado a su cargo a la vida, más que la amenaza de asesinato, dio al poder su acceso al cuerpo. (6, p. 172)

De esta manera, el poder sobre el "otro" que propone la necropolítica a partir de la muerte se contrapone al planteamiento de la biopolítica de Foucault (6), sin dejar de lado que ambas tienen el mismo objetivo de dominación y permanencia del poder. En suma, según lo expuesto por Chávez (3), lo que Foucault planteó en cuanto a la biopolítica es una lógica donde la comprensión de la política se basa en el control, la distribución y la determinación de la vida con base en "clasifica-

ciones biológicas" y formas de regulación, como la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad y la raza (2). De forma consecuente:

Este control presupone la distribución de la especie humana en diferentes grupos, la subdivisión de la población en subgrupos, y el establecimiento de una ruptura biológica entre unos y otros. Es aquello a lo que Foucault se refiere con un término aparentemente familiar: el racismo. (2, p. 22)

Así las cosas, en términos foucaultianos el racismo permite emplear el *derecho soberano de matar* y establecer mecanismos de biopoder en los Estados modernos. Asimismo, Foucault explicó cómo se genera una relación con el "otro" que representa una amenaza o un atentado contra la propia vida, por lo cual podría ser percibido como mortal o, incluso, como un peligro absoluto (2). Ante esto, y para salvaguardar el potencial de vida propio y la seguridad, es necesaria su eliminación biofísica. Lo anterior, es señalado por el autor como una de las principales críticas a la modernidad.

Además, en la comprensión de la forma en que se ejerce dicho poder, el aporte de Butler (7) en su análisis de los *Mecanismos psíquicos del poder*, plantea que el poder se convierte en algo que al ser impuesto termina siendo internalizado por aquel que lo recibe. En este caso, la sociedad es quien internaliza esa lógica de biopoder aceptando así sus condiciones, tal y como se describe por Butler (7). Por este motivo la historia muestra por sí misma la aceptación en el pasado de condiciones discriminatorias como lo fue por ejemplo el racismo.

En suma, para Laje (2022), el vínculo entre el aborto y el racismo, entendido en términos foucaultianos, recae en la eugenesia. La historia del discurso eugenésico del siglo XIX, y, sobre todo, la primera mitad del XX se encuentra en los escritos de Margaret Sanger en la revista *Birth Control Review*. Sanger fue la fundadora de Planned Parenthood, que inició siendo una clínica de control natal en 1916. Las ideas de Sanger relativas a favor del aborto se presentaban como una política de limpieza de raza. "Evitar la descendencia de los menos aptos" y "limpiar la raza" son frases que se encuentran de manera reiterada en sus escritos sobre el tema. En efecto, el aborto sirve para los fines de seleccionar quiénes nacen y quiénes mueren antes de nacer" (Laje, comunicación personal, 2022). Así, históricamente Planned Parenthood ha realizado esfuerzos en comunidades negras e inmigrantes.

El tema del control poblacional como un asunto de interés nacional para Estados Unidos ya había sido impulsado por la eugenista Margaret Sanger³, fundadora de la IPPF, la multinacional abortista más grande del mundo. Sanger, conocida por su estrecha relación con el movimiento neomalthusiano y por liderar proyectos como Negro Project, describió un plan para la paz, consecuente con los 14 puntos del presidente Wilson (8). La autora mencionó que los objetivos principales para el Congreso de Población de Estados Unidos debían ser los siguientes:

- a) Elevar el nivel y aumentar la inteligencia general de la población.
- b) Aumentar lentamente la población, manteniendo la tasa de natalidad en su nivel actual de 15 por mil, disminuyendo la tasa de mortalidad por debajo de su marca actual de 11 por mil.
- c) Mantener las puertas de inmigración cerradas a la entrada de ciertos extranjeros, que su condición va en detrimento y es perjudicial para la fortaleza de la raza, como débiles mentales, idiotas, imbeciles, locos, sífilíticos, epilépticos, criminales, prostitutas profesionales, y otros en esta clase prohibidos por las leyes de inmigración de 1924.
- d) Aplicar una política severa y rígida de esterilización y segregación a ese grado de población cuya progenie está contaminada, o cuya herencia es tal que los rasgos objetables pueden ser transmitidos a la descendencia.
- e) Asegurar el país contra futuras cargas de mantenimiento para numerosos descendientes que puedan nacer de padres débiles mentales, pensionar a todas las personas con enfermedad transmisible que consientan voluntariamente a la esterilización.
- f) Dar a ciertos grupos disgénicos de nuestra población su elección de segregación o esterilización [...]. (8, pp. 107-108)

Asimismo, actualmente el aborto tiene consecuencias eugenésicas en determinados países de Europa, donde la totalidad de los seres humanos con síndrome de Down son abortados antes de nacer. "La sola idea de una "malformación" o de un

3 En 1921, Sanger fundó la Liga Estadounidense para el Control de la Natalidad y fue su presidenta hasta 1928. La liga fue una de las organizaciones matrices de la Federación Estadounidense de Control de la Natalidad, que en 1942 se convirtió en la Planned Parenthood Federation of America, con Sanger como presidente honorario. Sanger, que había viajado a Europa para estudiar el tema del control de la natalidad allí, también organizó la primera Conferencia Mundial de Población en Ginebra en 1927, y fue la primera presidenta de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (fundada en 1953).

“problema de salud” concentra los abortos en determinados tipos de individuos, con claros efectos eugenésico” (Laje, comunicación personal, 2022).

La biopolítica, como la describió Mbembe (2), también basa su argumentación en un tema demográfico, pues la seguridad se percibe amenazada ante el crecimiento poblacional. De hecho, esta misma posición es acuerpada por otros teóricos, como el economista británico Thomas Robert Malthus, quien, según Collantes (9), planteaba que la pobreza de los países menos desarrollados respondía a un comportamiento demográfico altamente expansivo, dado que ello representaba una amenaza para el uso racional de los recursos en las sociedades.

Por su parte, Collantes (9) también señaló que dicho autor planteaba la existencia de un comportamiento social en el que el crecimiento demográfico es más rápido que la reproducción de los medios para su subsistencia. Según Malthus como se citó en Collantes (9), dicha tendencia de sobrepoblación es frenada por factores positivos, como la miseria, la enfermedad y la muerte; y se enlaza en el fundamento teórico de la necropolítica, donde esta última justifica la muerte de un sector de la sociedad, según la decisión del soberano (9).

Peter Singer, profesor de la Universidad de Princeton, señaló que la vida de un animal como los cerdos tiene más valor “que vida de una persona con discapacidades mentales severas o con un avanzado estado de demencia senil, a razón de que los primeros serán más capaces de desarrollar una vida placentera y rica que los segundos” (10, p. 54), y que la de un recién nacido (10). Lo anterior, con base en la ética utilitarista del autor, quien aduce sobre la necesidad de contar con una capacidad de autoconciencia y racionalidad para tener derecho a la vida. Según Singer, si un ser vivo no cuenta con estas capacidades, entonces su vida podría ser eliminada sin ninguna responsabilidad moral, ya sea un feto, un recién nacido o una persona con algún tipo de discapacidad mental (10).

Los animales no humanos, los bebés y los retrasados mentales se encuentran en una misma categoría; y si es éste el argumento que utilizamos para justificar los experimentos con animales no humanos, tenemos que preguntarnos también si estamos dispuestos a permitirlos con los otros dos grupos y si establecemos una distinción entre los animales y estos humanos, ¿sobre qué base se apoya, sino sobre una preferencia mal disimulada –y moralmente indefinible– por los miembros de nuestra propia especie? (10, p. 53)

En otro sentido, como lo señaló Garduño (4), los diversos intereses y objetivos políticos y económicos pueden obtenerse mediante el uso de la muerte y el perdón de la vida; ello, a través de la necropolítica, según la epistemología poscolonial

proveniente de Mbembe (2). Sin embargo, la necropolítica no es la única que se desarrolla en torno a lo político, sino también la gobernanza; está, según Monejero (11), es manejada por medio de organismos internacionales que pretenden transformar el sistema de Estados. Según el autor, lo anterior se logra mediante la construcción de reglas de gobierno desde escenarios locales que puedan ser articuladas con el contexto global.

Además, como lo señaló Mbembe (2), existen fuerzas económicas e ideológicas en el mundo moderno que reconfiguran muchos de los imaginarios sociales en múltiples temas. Así, resulta importante comprender cómo la necropolítica, actualmente, ha transformado la manera en que se percibe la vida humana y, asimismo, la percepción del valor del cuerpo humano, en algo desechable e, incluso, para mercadear. Dicho de otro modo, "las personas ya no se conciben como seres irremplazables, inimitables e indivisibles, sino que son reducidas a un conjunto de fuerzas de producción fácilmente sustituibles" (2, p. 15).

Finalmente, autores como Arteaga (12) analiza el tema de la violencia, desde condiciones estructurales que según el autor responden a motivaciones de carácter político, económico, social y racionales. Asimismo, incorpora en su análisis el rol de los diferentes actores e incluso redes simbólicas. Todos elementos de interés también, para la presente investigación y el abordaje del aborto desde la gobernanza global.

Por consiguiente, la existencia de estructuras de poder como organismos internacionales, multinacionales, agentes económicos y políticos que influyen en la reconfiguración de nuevas percepciones del valor de la vida humana en la sociedad actual. Hacen necesario la comprensión de la gobernanza global, pues en esta, convergen los diferentes actores, recursos e intereses para comprender la red de coordinación global respecto al aborto legal.

GOBERNANZA GLOBAL

La gobernanza global es un concepto de la disciplina de las Relaciones Internacionales que, en los últimos años, ha alcanzado una gran notoriedad en la academia. Este término constituye la siguiente categoría temática de esta tesis, la cual corresponde a un elemento clave en la problemática de la investigación, pues a partir de ella se comprenden la dinámica internacional y las relaciones entre los Estados, sus agendas globales y otros actores con respecto al tema de la necropolítica del aborto legal.

Este concepto guarda estrecha relación teórica con el concepto anterior de necropolítica. En un contexto en donde los Estados ya no son los únicos actores influyentes en la configuración del sistema internacional y la distribución del poder. Estrictamente, la biopolítica, en este sentido preciso, refiere al control de las poblaciones a través de la intervención consciente sobre variables biológicas agregadas: natalidad, morbilidad, higiene pública, mortalidad, demografía en general, etc. (Laje, comunicación personal, 2022). Para Laje (2022) "a diferencia del moderno poder disciplinario, cuyo objeto es el sujeto individualizado, el objeto de la biopolítica es la población como tal" (comunicación personal).

Asimismo, autores como López-Vallejo et al. (13) recalcaron que la gobernanza puede incluir elementos basados en los intereses y objetivos de los actores, pero también las normas e ideas que guían su comportamiento. Aunado a esto, los autores señalaron cómo la cooperación se convierte en un mecanismo de cumplimiento no coercitivo, pero que sí logra influir en el desarrollo de la gobernanza de los Estados (13). Desde este ángulo el aborto se ha venido impulsando por distintos actores como un tema de agenda global, con especial interés desde la mitad del siglo XX y hasta la actualidad, con mayor insistencia, por sus consecuencias demográficas y su impacto en la natalidad (Laje, comunicación personal, 2022).

Así, es menester destacar que, como lo mencionó Valverde (14), los Estados no solo obedecen a sus propios intereses, sino que muchas veces, dentro de ese mismo capitalismo neoliberal en el que se encuentran inmersos, responden a los intereses de multinacionales y otros organismos internacionales.

Si bien la gobernanza motivó una reflexión en torno a lo político, significó esencialmente una apuesta desde organismos internacionales, eminentemente financieros y comerciales, por transformar el sistema de Estados y construir desde los escenarios locales, reglas de gobierno que pudiesen articularse con el contexto global. (15, p. 304)

Finalmente, Montoya y Rojas (15) reafirmaron la posición de los últimos dos autores y dejaron en evidencia la forma en que es válido e, incluso, necesario cuestionarse la manera en que las políticas públicas de los países, en torno al tema del aborto libre, han podido verse influenciadas por intereses económicos y políticos matizados como necropolítica.

En esta misma línea, según Villamar (16), la gobernanza global no es lo mismo que gobierno global; esta es "la suma de muchas formas en que individuos e instituciones, públicas y privadas, manejan sus asuntos en común", y porque "es un proceso continuo a través del cual los intereses en conflicto o divergentes pueden

ser ordenados, y pueden realizarse acciones de cooperación" (17, p. 138). De la misma manera, Lamy (17) argumenta que dicha gobernanza es una nueva forma de decisión que encuentra un eco en círculos nacionales y locales, con lo que influye en múltiples contextos y niveles.

Por consiguiente, la gobernanza se constituye como "un proceso que le da dirección tanto a la economía como a la sociedad, un proceso que, obviamente, establece metas colectivas, así como mecanismos que intervengan ante la aparición de los conflictos de intereses habituales en cualquier conglomerado" (13, p. 37). Por ende, para comprender el desarrollo de la necropolítica en el sistema internacional, es necesario analizar a su vez la relación de ésta con la gobernanza global.

En suma, en relación con la dimensión de modelos para la investigación, López-Vallejo et al. (13) determinaron que la gobernanza global supone ideas, hipótesis y planteamientos que responden al postulado de un "nuevo orden", el cual sigue apelando a su configuración del poder del Estado. Así, a pesar de que se busca dejar atrás las "sombras" del paradigma de la confrontación global, este sigue articulando las prácticas políticas basadas en el paradigma de la soberanía, el cual, según Chávez (3), está basado en "la dicotomía amigo/enemigo que, si bien es parte fundamental del relato moderno Carl Schmitt pretendió fundar en esta dicotomía, la diferencia política específica desde la cual determinar lo político, ha cobrado una actualidad asombrosa en los Estados contemporáneos" (3, p. 24). Ante esta situación, se destacan los elementos esenciales que definen la gobernanza.

Tabla 1.1
Elementos esenciales de la gobernanza en torno al aborto libre

Elementos esenciales de la gobernanza global en torno al aborto libre	
Alcance global	<p>Incide en los procesos políticos internos de los países desde una presión internacional con respecto al tema de la legalidad del aborto.</p> <p>Inmersa en un contexto de alta globalización en donde influyen la participación y los intereses de diferentes actores internacionales: entidades privadas, gubernamentales y no gubernamentales a través de redes de coordinación.</p>
Relocalizar la autoridad internacional	<p>La autoridad se relocaliza en nuevos actores cuya naturaleza no es estatal, sino privada y de orden no gubernamental. El foro de las Naciones Unidas, así como sus diferentes agencias alrededor del mundo, se establece como una plataforma de autoridad internacional.</p>
Disposiciones de las conferencias	<p>Conferencia Mundial de Población en Bucarest (Naciones Unidas, 1974)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pone en discusión el tema del aborto a través del Plan de Acción Mundial sobre Población y Desarrollo. • La negociación no es bien recibida por parte de los Estados. <p>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo (Naciones Unidas, 1994)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan nuevos términos para volver a negociar el tema del aborto, pero en esta ocasión se hace uso de eufemismos para referirse al tema en un nuevo programa basado en el Plan de Acción Mundial de 1974. • La agenda es aceptada y el aborto avanza a nivel internacional como un tema de derechos humanos por la salud sexual y reproductiva.

	<p>IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz en Beijing de 1995</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se consolida el concepto de salud reproductiva. Agenda 2023 • Objetivo 3: Este objetivo insta a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva • Objetivo 5: fomentar el acceso a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos.
Actores internacionales	<p>Gobiernos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bélgica, España, Canadá, Alemania, etc. <p>ONG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMS, Comisión Europea, Bill y Melinda Gates Foundation, The Global Fund, Open Society Foundation, Ford Foundation, UNFPA, IPPF, Asociación de la Mujer y el Desarrollo, Centro de Derechos Reproductivos, etc.

Fuente. *Elaboración propia con base en Villamar (16)*

De este modo, la gobernanza se constituye de un conjunto de actores: sujetos, colectividades; agentes públicos y privados. Los cuales, a partir de su historia, sus intereses particulares; tienen el poder para movilizar recursos del Gobierno (16) y establecer relaciones, así como procesos administrativos y políticos. "Al respecto, la propia definición de la comisión daba cuenta de que no se trata solo de Estados, sino de una multitud de agentes públicos y privados y en muy diversas escalas de la jerarquía internacional" (16, p. 141).

Finalmente, al hablar sobre gobernanza, es importante reconocer que, como señaló A. Montenegro (18), esta puede brindarse desde una dimensión política. De este modo, el proceso de la toma de decisiones se desarrolla en torno a los intereses de los actores inmersos, a la hora de formular una política para alcanzar una meta concreta. Asimismo, se indica la existencia de "mecanismos de coerción que ejercen diversos actores tales como los Estados y otras organizaciones internacionales mediante la manipulación de costos y beneficios económicos" (18, p.

308). Por esta razón es importante analizar el concepto de gobernanza, no como un constructo aislado sino como aquel que complementa la unidad de análisis de esta investigación. La cual corresponde a los Mecanismos de configuración de la gobernanza global desde la necropolítica.

La siguiente figura detalla con mayor precisión la relación entre la unidad de análisis, los constructos, categorías y subcategorías del presente artículo.

Figura 1.1.
Categorías y subcategorías de la investigación

Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas			
UNIDAD DE ANÁLISIS	CONSTRUCTO 1	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Mecanismos de configuración de la gobernanza global desde la necropolítica	Gobernanza Global	Políticas públicas	Evolución de las políticas públicas sobre la legalidad del aborto en México.
		Actores	Actores aliados para la gobernanza global en temas de salud sexual y reproductiva.
		Interacciones	Redes de coordinación entre los actores principales de la gobernanza global en temas de salud sexual y reproductiva
		Recursos	Tipos de recursos utilizados en la cooperación internacional vinculada a la salud sexual y reproductiva.
	CONSTRUCTO 2	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
	Necropolítica	Biopoder	Nivel de legitimidad de las prácticas adyacentes al ejercicio del biopoder..
			Presencia normativa de institucionalización de las prácticas del biopoder
			Oferta de clínicas que ofrecen los servicios.
		Racismo	Enfoque de la política con respecto al tratamiento del feto.
			Visualización de la política con respecto al derecho a la vida
Soberanía	Influencia de las estructuras de poder internacional en la configuración de los Estados.		

Fuente: Elaboración propia.

La cooperación, los mecanismos de cumplimiento no coercitivos y la legitimidad de las decisiones de política pública forman parte de esos elementos incluidos en la gobernanza. La necropolítica permite explorar una nueva manera de ejercer el poder a través de la muerte por parte de los Estados, sin embargo, la gobernanza global identifica el desplazamiento de este poder hacia nuevos actores internacionales y sus respectivos intereses y recursos. Lo cual supone una transformación de la concepción clásica de soberanía nacional. Mientras que, por su lado, la cooperación internacional se convierte en ese *recurso* no coercitivo de la gobernanza global que permite alcanzar el objetivo de la administración política de la vida y

la muerte. Siendo esto último, una transformación de los seres humanos en una especie de mercancía intercambiable y desechable que responde a los intereses de actores internacionales.

De esta manera, se puede vincular la cooperación financiera entre los países como un factor de influencia que fortalece ciertas agendas globales, la cual para el caso de esta investigación versa en el tema del aborto legal. Por este motivo es necesario comprender la definición del mismo, pero no solo como un fenómeno social sino como el eje central que permite la movilidad de recursos entre actores internacionales como Estados, organismos internacionales y multinacionales, en torno al tema.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Las relaciones de los diferentes actores dentro del sistema internacional pueden desarrollarse de varias maneras, según los intereses de cada actor, y estas pueden ser de conflicto o de cooperación. Así, debido a la naturaleza del presente estudio, esta investigación se centra en la definición y la comprensión del segundo postulado, ya que este, permitirá abordar otros elementos claves como los actores, recursos e intereses que versan dentro de la dinámica de cooperación internacional sobre el tema. De esta forma, un primer acercamiento conceptual es planteado por Ayllón (19), quien describe la cooperación internacional como "toda relación entre actores internacionales orientada a la mutua satisfacción de intereses o demandas, mediante la utilización complementaria de sus respectivos poderes en el desarrollo de actuaciones coordinadas y/o solidarias" (p. 26).

Asimismo, Castro (20) coincidió en que la cooperación internacional involucra "acciones y herramientas de carácter internacional orientadas a movilizar recursos e intercambiar experiencias para alcanzar metas comunes" (p. 1). Además, el autor describió que esta se caracteriza por criterios de solidaridad, equidad, eficacia y sostenibilidad; así como por la corresponsabilidad y el interés de todas las partes involucradas.

Finalmente, es necesario destacar los elementos que configuran la cooperación internacional. Según Ayllón (19), en primer lugar, está la percepción que las partes deben tener con respecto a la coincidencia de intereses y la posibilidad de que estos sean alcanzados. Además, el autor señaló la importancia de un acuerdo expreso o tácito en cuanto a las actividades por realizar, así como en las transacciones necesarias para ello (19). Lo anterior se vincula a la aplicación de ciertas pautas o reglas que aseguran el cumplimiento de los acuerdos entre las partes. Por

consiguiente, se debe destacar que existen diferentes ámbitos en los que se puede brindar cooperación internacional; según Castro (20), estos pueden enfocarse en un objetivo político, económico, entre otros. En el caso del económico, el autor aclaró que este puede ser reembolsable o no reembolsable, según lo acordado entre las partes.

ABORTO LEGAL

La comprensión conceptual respecto al aborto es medular para el presente trabajo, sin embargo, también es necesario el análisis de los diferentes factores económicos, políticos e históricos que se entrelazan a esta práctica, que ha existido por años y que con el paso del tiempo ha ido encontrando su legalización por múltiples razones. Asimismo, el entendimiento de las negociaciones y discusiones que se han gestado a nivel internacional respecto al tema, permiten brindar un mayor alcance a la interpretación de este concepto y su evolución hasta la actualidad (21).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (21) definió el aborto como "una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez" (p. 1). En ese sentido, dicha interrupción puede ser justificada incluso ante la carencia de preparación psicológica de la mujer y con respecto a su situación económica.

En la Rusia zarista, el infanticidio y el aborto estaban vinculados en el Código Penal de 1885 como dos formas de asesinato perpetradas por la mujer (22), en donde "el aborto era considerado como un acto premeditado, un delito cometido por elección, no por desesperación y, por lo tanto, desde el punto de vista legal, menos excusable y más reprobable que el infanticidio" (párr.2). En ese contexto, para los legisladores era ineludible mantener el concepto de aborto como asesinato, entendiendo que el feto "*ya pertenecía a la raza humana*" aunque todavía no estaba "*completamente desarrollado*" (párrafo 3).

El origen de la legalización de este fenómeno social tuvo lugar en la Rusia Soviética, tres años después de la Revolución de 1917 mediante el decreto de la legalización del aborto, publicado en el periódico Noticias del Comité Ejecutivo Central de los Soviets el 18 de noviembre de 1920 (23). "La legalización del aborto fue justificada por los representantes del gobierno soviético como una medida requerida por la precaria situación en la que se encontraban las mujeres trabajadoras y campesinas" (23, p. 44). Con este decreto, la Rusia soviética se convirtió

en el primer país del mundo en el que en legalizar la interrupción voluntaria del embarazo y en permitir su práctica gratuita en hospitales públicos. Para Mayo (24) en esta normativa, el feto desaparece como ente protegido y aparecen la mujer y la familia amparados jurídicamente.

El líder de la Revolución rusa, Lenin fue el principal promotor del aborto legal, escribiendo lo siguiente:

Exigir la abolición absoluta de todas las leyes contra el aborto o contra la difusión de literatura médica sobre medidas anticonceptivas. Semejantes leyes no muestran sino la hipocresía de las clases dominantes... Libertad para la propaganda médica y la protección de los derechos democráticos elementales de los ciudadanos, hombres y mujeres. (22, p.)

En ese sentido, Pokrovskaia (25), "apoyaba la despenalización del aborto porque defendía el control de natalidad como esencial para la "higiene racial", es decir, la producción de niños de "mejor calidad" (párr. 5).

Cabe mencionar que, en el establecimiento del aborto como política pública en la Unión Soviética, no se determinaba una limitante de semanas para practicar el aborto; es decir, este podía realizarse hasta las 40 semanas de gestación. Asimismo, lo concibe hoy en día el Estado de Nueva York; es decir, este puede realizarse hasta las 40 semanas de gestación con el llamado "aborto por nacimiento parcial", el cual implica una técnica para abortar en el tercer trimestre del embarazo; en otras palabras, dicha técnica se utiliza a partir de las 24 semanas de gestación, por lo que a este se le considera un aborto tardío (26).

Un practicante de atención médica licenciado, certificado o autorizado bajo el título ocho de la ley de educación, actuando en su lícito ámbito de práctica, puede realizar un aborto cuando de acuerdo a su juicio profesional razonable y bien intencionado basado en los hechos del caso del paciente: La paciente se encuentre dentro de la vigésimo cuarta semana del embarazo, o haya una ausencia de viabilidad fetal, o el aborto sea necesario para proteger la vida o la salud del paciente. (26, párr. 8)

Dentro de las modificaciones que realizó esta ley para actualizar la política del Estado en relación con el aborto, se tiene la connotación de la palabra *persona*, puesto que con esta se apuntaba a una víctima de homicidio, dado que ello

implicaba a un ser humano que había nacido y estaba vivo. Así, se estableció la despenalización total del aborto.

Cabe señalar, además que las definiciones conceptuales emitidas por la Real Academia Española (27) y la OMS (21) aluden al proceso de interrupción del embarazo y omiten la descripción de la práctica en sí; esto, para separarse de la definición de Lenin, entendida como "terminación artificial del embarazo". Lo cual, sensibilizó la práctica mediante el uso del lenguaje a través de las resoluciones emitidas por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo (28) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz en Beijing de 1995.

Por otra parte, el Dr. Antony Levantino, ginecólogo obstetra certificado, quien realizó 1500 abortos en Estados Unidos, describió ante la Cámara de Representantes de Estados Unidos la técnica de un aborto quirúrgico:

La primera tarea es retirar la laminaria que anteriormente se había colocado en el cuello uterino para dilatar lo suficiente y permitir el procedimiento que se está a punto de realizar. Con eso logrado, dirige tu atención a los instrumentos quirúrgicos dispuestos en una pequeña mesa a su derecha. El primer instrumento lo que busca es un catéter de succión de 14 French. Es de plástico transparente y mide aproximadamente nueve pulgadas de largo. Tiene un orificio a través del centro de aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada de diámetro. Imagínate a ti mismo presentando este catéter a través del cuello uterino e instruir a la enfermera circulante para que encienda la máquina de succión. Dicha máquina se conecta a través de un tubo de plástico transparente al catéter. Lo que verás es un líquido amarillo pálido que se parece mucho a la orina que sale a través del catéter hacia una botella de vidrio en la máquina de succión. Este es el líquido amniótico que rodea al bebé para protegerlo.

Con la succión completa, busque su sujetador (pinzas) Sopher. Este instrumento tiene unas trece pulgadas de largo y es fabricado en acero inoxidable. En el extremo se ubican mordazas de aproximadamente $2 \frac{1}{2}$ pulgadas de largo y alrededor de $\frac{3}{4}$ de pulgada de ancho con filas de crestas o dientes afilados. Este instrumento es para agarrar y aplastar tejido. Cuando agarra algo, no lo suelta. El aborto de DyE⁴ trimestral es un procedimiento a ciegas. El bebé puede estar

4 La dilatación y la evacuación (D y E) es un procedimiento para abrir (dilatar) el cuello uterino y eliminar quirúrgicamente el contenido del útero (evacuación).

en cualquier orientación o posición dentro del útero. Imagínese alcanzando con el sujetador (pinzas) Sopher y agarrando cualquier cosa que puedan. A las veinticuatro semanas de gestación, el útero es delgado y blando, así que tenga cuidado de no perforarlo, o perforarán las paredes. Una vez que haya agarrado algo adentro, apriete el sujetador para fijar las mandíbulas y tirar con fuerza, muy fuerte. Sientes que algo se suelta y sale una pierna completamente formada de seis pulgadas de largo. Acérquese de nuevo y agarre todo lo que pueda. Ajusta la mandíbula y tire muy fuerte una vez de nuevo y sale un brazo de la misma longitud. Alcance una y otra vez con esa abrazadera y arranque la columna vertebral, los intestinos, el corazón y los pulmones. (29)

Homo Sacer menciona que la vida y la muerte han sido politizadas (1). Y que éstas adquieren significado mediante la *decisión* que define esa frontera geopolítica entre la vida y la muerte. Es el Estado quien autoriza y es el Estado quien decreta la 'muerte legal' (1). Sin embargo, en la definición de la práctica de la "interrupción del embarazo", resulta importante preguntarse, el ¿cómo se emplea esta *decisión*? Así como, "¿en qué condiciones concretas se ejerce ese poder de matar, de dejar vivir o de exponer a la muerte?, ¿Quién es el sujeto de ese derecho?, ¿Qué nos dice la aplicación de este poder sobre la persona que es condenada a muerte y de la relación de enemistad que opone esta persona a su verdugo?" (2, p. 20).

Con el propósito de responder a las preguntas anteriores, resulta necesario la descripción de cómo se ejecuta un aborto a través del procedimiento quirúrgico. Lo anterior, permite alejarse del uso del lenguaje, que es propio de la filosofía sofista, y hacer un acercamiento más semántico y etimológico sobre el significado del concepto "interrupción del embarazo". Del mismo modo, la descripción del procedimiento quirúrgico permite evidenciar las condiciones concretas: físicas, médicas, de infraestructura en las que se ejerce el poder de matar. Así como identificar tanto, el sujeto del derecho a matar: el médico y la madre; como la persona condenada a muerte: niño (a) intrauterino o no nacido. Al cual, el Estado le segrega de su condición de humanidad, para decretar la 'muerte legal', a través por ejemplo de un aborto DyE.

La parte más difícil de un aborto DyE es extraer la cabeza del bebé. La cabeza de un bebé a esa edad es aproximadamente del tamaño de una ciruela grande y ahora flota libremente dentro de la cavidad uterina. Tú puedes estar bastante seguro de que lo tienes si la abrazadera Sopher se extiende hasta que tus dedos te lo permitan. Sabrás que lo has hecho bien cuando presiones el sujetador y veas un material blanco gelatinoso que sale del cuello uterino. Ese es el cerebro del bebé. A continuación, puedes extraer las piezas del cráneo. Muchas veces

saldrá una carita y te mirará fijamente. ¡Felicidades! Acabas de realizar con éxito un aborto por DyE por succión en el segundo trimestre. Acabas de afirmar tu derecho a elegir. (2, p. 2)

Ahora bien, no existe un único tipo de aborto: por un lado, están aquellos que de forma natural e involuntaria se dan en el organismo de la mujer, lo que se conoce como aborto espontáneo; por otro lado, están los abortos provocados. Para efectos de esta investigación, el tipo de aborto a considerar corresponde al aborto provocado, es decir, al voluntario o legal. Así, más allá de las condiciones que establezcan los países para su legalidad, se estudia el aborto provocado, bajo el consentimiento de cada mujer.

Según los datos de la OMS (30), la cantidad de abortos que se practican alrededor del mundo anualmente es de 25 millones. Además, se afirma que, de esa cantidad, el 97 % corresponde a países en desarrollo de África, Asia y América Latina. En el caso de Estados Unidos, se realizan 2500 abortos al día y 350 000 abortos al año, únicamente en la IPPF; así, al sumar las cifras de otras clínicas, se tienen alrededor de un millón (31). Y en el contexto mexicano, como se mencionó al inicio de la investigación, se han realizado 251,619 abortos desde el 2007, año en que se legaliza el aborto hasta el 31 de julio del 2022 (32).

De esta manera, se logra evidenciar cómo el abordaje de una problemática social como el aborto, es un hecho que sobrepasa la individualidad de las personas y que, para alcanzar una comprensión integral del mismo, se requiere del respaldo de otros conceptos que se encuentran inmersos en la disciplina de las relaciones internacionales. Es decir, detrás de la decisión de cada persona, hubo diferentes factores sociales, políticos y económicos que contextualizan la realidad que llevó al individuo a decidir sobre la vida o la muerte de otro ser humano. Lo anterior hace referencia a esa configuración de la gobernanza global, donde convergen diferentes actores, intereses y recursos que pueden ser analizados desde el funcionamiento de la cooperación internacional. Pero que finalmente, terminan de enlazar su origen en el bagaje histórico y teórico de la necropolítica y el biopoder.

CONCLUSIÓN

El uso de la teoría de necropolítica de Foucault y estudiada por Mbembe, para una investigación en relaciones internacionales. Su análisis sobre la cosificación del ser humano y la necesidad de los Estados de quitarles a ciertos individuos de su población, su condición de humanidad para poder ejercer el *Derecho soberano de matar*. Hacen a esta teoría relevante para explicar la *economía de la muerte* que opera en la industria del aborto y la *condición de aceptabilidad de la matanza* del no nacido que promueven organismos internacionales y el sistema internacional, en general

Lo anterior, mediante un entramado de gobernanza global que requiere de la relocalización de la autoridad (fuera del Estado) y la movilización de recursos reembolsables y no reembolsables, propios de la cooperación internacional.

REFERENCIAS

1. Hernández R. Biopolítica y relaciones internacionales. Los cuerpos en las relaciones internacionales. Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM. 2021;(141).
2. Mbembe A. Necropolítica: Editorial Melusina, S. L.; 2011.
3. Chávez H. Necropolítica. La política como trabajo de muerte. Revista Ábaco. 2013; 4(78).
4. Garduño M. La necropolítica de la Organización del Estado Islámico. Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM. 2013;(117).
5. Osuri G. Necropolitical complicities: (re)constructing a normative somatechnics of Iraq. Social Semiotics. 2009; 19(1).
6. Foucault M. La voluntad del saber: Siglo XXI Editores; 2005.
7. Butler J. Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción: Ediciones Cátedra Universitat de València; 2015.
8. Sanger M. A Plan for Peace, (Margaret Sanger) fue publicado en la Birth Control Review ; 1932.
9. Collantes F. Robert Malthus: un economista político convertido en demógrafo por aclamación popular. In VII Congreso de la Asociación de Historia Económica; 2001.

10. Nieto MA. La ética utilitarista en la relación de humanos y animales: aporte de Peter Singer al proyecto gran simio an simio. [Online].; 2009. Available from: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1033&context=filosofia_letras.
11. Monedero J. La trampa de la gobernanza. In El gobierno de las palabras. Política para tiempos de confusión.: Fondo de Cultura Económica de España; 2009. p. 169-184.
12. Arteaga N. Perspectivas teóricas de la violencia: modos epistémicos. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. 2013; 23(66).
13. López-Vallejo M, Mungaray A, Quintana F, Velázquez R. Gobernanza global en un mundo interconectado: Universidad Autónoma del Estado de Baja California; 2013.
14. Valverde C. De la necropolítica neoliberal a la empatía radical violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización: Icaria Editorial, S. A.; 2015.
15. Montoya E, Rojas R. Elementos sobre la gobernanza y la gobernanza ambiental. Gestión y Ambiente. 2016; 19(2).
16. Villamar Z. Gobernanza global y (su propio) desarrollo. Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM. 2017;(127).
17. Lamy P. Governance: Utopia or Chimera? Études. 2005; 402(2).
18. Montenegro A. La gobernabilidad migratoria en Sudamérica: la difusión de abajo hacia arriba (ascendente) del Acuerdo de Residencia del Mercosur. Revista de Administración Pública. 2018; 52(2).
19. Ayllón B. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
20. Castro J. Cooperación internacional. [Online].; s.f.. Available from: https://www.ucipfg.com/Repositorio/MGTS/MGTS15/MGTSV15-09/Unidad_academica/5/1_IntroCooperaci%C3%B3nInternacional.pdf.
21. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. OMS; 2014.
22. Frencia C, Gaido D. Marxismo y derecho al aborto. Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto de noviembre de 1920. In Gaido D, Quiroga

M, Luparello V. Historia del socialismo internacional.: Ariadna Ediciones; 2020. p. 59-87.

23. BBC Mundo. ¿Cuál fue el primer país del mundo en legalizar el aborto y por qué lo hizo? [Online].; 2018. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-44259569>.

24. Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2002; 28(2).

25. Pokrovskaia M. Activista feminista y médica. Líder del Partido Progresista de las Mujeres. : Ariadna Ediciones; 1852- 1922.

26. Observatorio de Bioética. Nueva York autoriza el aborto hasta el momento del parto. [Online].; 2019. Available from: <https://www.observatoriobioetica.org/2019/02/29794/29794>.

27. Real Academia Española [RAE]. Aborto. [Online].; s.f.. Available from: <https://dle.rae.es/aborto>.

28. Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Organización de las Naciones Unidas; 1994.

29. Comité Judicial de la Cámara de Representantes de Estados Unidos. Testimony of Anthony Levatino, MD, JD before the Committee on the Judiciary, U.S. House of Representatives. Comité Judicial de la Cámara de Representantes de Estados Unidos; 2015.

30. Organización Mundial de la Salud [OMS]. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>.

31. Schnake C, Ossandon A, Bennett V. Síndrome post-aborto: Universidad de Santiago; 2000.

32. Verny T. La vida secreta del niño antes de nacer: Ediciones Urano México, S. A.; 2022.

33. Fresneda C. 'El lugar más peligroso para un afroamericano es el útero' [Online].; 2011. Available from: https://www.elmundo.es/america/2011/02/24/estados_unidos/1298587761.html.

NEUROCIENCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD:

DESAÍOS PARA LA BIOÉTICA (PARTE II)

Fecha de recepción: 13/12/2023

Fecha de aceptación: 07/02/2024

Dr. Carlos Castro Campolongo

Contacto: cccastro1215.cc@gmail.com

- Licenciado en Psicología. Master en Neuropsicología Clínica en el Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU) en la Universidad Europea Miguel de Cervantes, Doctor en teología, especialización sistemática (Antropología): Facultad de teología de Catalunya, Barcelona; autor de varios artículos científicos publicados por la Editorial de Facultad de Teología de Catalunya, y por la Editorial de la Facultad de Psicología de la Universidad Argentina Kennedy. Es Miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica Argentina y responsable del Área de Neuroética y Salud Mental del Instituto de Bioética de la UCA

Dra. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

- Dra. en Ciencias Médicas (UCA). Máster en Ética Biomédica (UCA). Licenciada en Psicología (UBA). Jefa del Servicio de Salud Mental del HZGA Mi Pueblo de Fcio. Varela (Bs As). Presidente del Comité de Bioética Clínica del HZGA Mi Pueblo de Fcio. Varela (Bs.As.). Responsable del Área Neuroética y Salud Mental del Instituto de Bioética de UCA. Directora de la Diplomatura en Cuidados Paliativos: Calidad asistencial y Ética de cuidado en la Facultad de Ciencias Médicas (UCA). Profesora de grado y posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas (UCA)

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) consiste en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, así como de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa. Si bien el DSM-5 avisaba acerca de la aplicabilidad de los cuatro principios de la bioética anglosajona (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia), en el marco de la bioética personalista, revisamos la importancia de una adecuada comunicación en la relación médico paciente tanto a los aspectos diagnósticos, como a los del tratamiento. El diagnóstico de un trastorno mental es trascendental para la persona, tanto para lograr su mejoría y recuperación, como en los posibles efectos adversos, principalmente el estigma, el prejuicio y la discriminación (menores oportunidades de trabajo, cobertura médica limitada) a los que puede dar lugar. Se revisa la evidencia diagnóstica de marcadores genéticos, sustratos cerebrales, "biomarcadores", el procesamiento emocional y cognitivo y los síntomas clínicos. Intentamos dar respuesta a algunos interrogantes acerca de cómo realizar un diagnóstico de TLP, si debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte, si todos los tratamientos tienen el mismo grado de validez y por tanto de recomendabilidad; si es que en la práctica clínica se evalúan adecuadamente el uso de Guías de Práctica Clínica para Trastornos específicos y,

ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) consists of a dominant pattern of instability in interpersonal relationships, as well as in self-image and affect, and intense impulsivity. Although the DSM-5 warned about the applicability of the four principles of Anglo-Saxon bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice), within the framework of personal bioethics, we review the importance of adequate communication in the medical relationship patient to both diagnostic and treatment aspects. The diagnosis of a mental disorder is transcendental for the person, both to achieve improvement and recovery, as well as possible adverse effects, mainly stigma, prejudice and discrimination (minors job opportunities, limited health coverage) to which it may result. Diagnostic evidence of genetic markers, brain substrates, "biomarkers", emotional and cognitive processing, and clinical symptoms are reviewed. We try to answer some questions about how to make a diagnosis of BPD, if treatment should be imposed for the good of the patient, even if he does not accept it, if all treatments have the same degree of validity and therefore recommendability; whether the use of Clinical Practice Guidelines for specific Disorders is adequately evaluated in clinical practice and, finally, in relation to the patient, how much information

finalmente, en relación con el paciente, cuánta es la información que resulta apropiado darle. Las terapias más aplicadas hoy en día, ofrecen algunos datos significativos, aunque provisorios, pues en general se recomiendan más estudios para corroborar los resultados.

Palabras clave: Asistencia espiritual, empatía, privación de la libertad, Bioética, Pedagogía y Educación.

is appropriate to give. The most applied therapies today offer some significant data, although provisional since more studies are generally recommended to corroborate the results.

Key Words: Neurosciences; Ethics; Bioethics; Borderline Personality Disorder; Physician Patient Relations; Diagnostic Techniques and Procedures

INTRODUCCIÓN

Se ha definido a la neuroética como el estudio de las cuestiones que se plantean cuando se extienden los descubrimientos científicos sobre el cerebro a análisis filosóficos, a la práctica médica, a las interpretaciones legales, a las políticas sociales y de salud. En virtud de su carácter interdisciplinario, puede ser considerada como una subdisciplina de las neurociencias, de la filosofía o de la bioética, según la perspectiva que se desee privilegiar. (1) Para su estudio, consideramos importante tener en cuenta las dos fuentes que la alimentan: las estructuras socioculturales y las neuronales, que trabajan conjuntamente. (2) (3)

Nuestro marco de trabajo subraya la importancia de considerar y estudiar los aspectos neurológicos considerando la unitotalidad de la persona. Enfatizando la existencia de una continuidad desde la ética a la bioética y hacia la neuroética en cuanto ésta, por medio de las últimas tecnologías, muestra las bases neurológicas que posibilitan la dimensión moral del ser humano.¹ Nuestra intención es considerar la incursión de las neurociencias con relación a la ética, para poder ver cómo la naturaleza biológica humana posibilita el juicio y la conducta moral. Para que quede expresada la unidad en la que el hombre consiste, no sólo en su aspecto personal, sino desde una antropología fundamental *sustantiva*, reflexionamos sobre el valor fundamental de la vida humana, su valor integral que imbrica el cuerpo-cerebro en interrelación compleja con la vida psíquica y espiritual. (4)

1 Pautassi Grosso J. Desde la bioética a la neuroética. rev. latinoam.bioet. 2013; 13(2).

El presente artículo continua nuestras consideraciones acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP) realizadas en el marco de la neuroética. (5) Hemos intentado, en aquel, nuestro primer escrito, dar respuesta a algunos interrogantes acerca de cómo realizar un diagnóstico de TLP, si resulta suficiente utilizar el modelo categorial, o si es el modelo dimensional el que aporta novedad significativa que ha de ser considerada. Nos hemos preguntado si debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte, iniciando un camino de posibles preguntas que el TLP plantea a la bioética. Hemos afirmado que el TLP consiste en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, así como de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa (6). El suicidio consumado llega al 8-10 % y son habituales los actos de autolesión, así como las amenazas y los intentos de suicidio. (7) (8) (9) Durante las experiencias disociativas puede aparecer, incluso, la automutilación, vivida como un alivio al reafirmar la capacidad de sentir, o de expiar el sentimiento de culpa por considerarse mala persona (10). Los estudios epidemiológicos de los trastornos de la personalidad (TTPP) en poblaciones clínicas muestran que el TLP es el más frecuente (11) Según el DSM-5, su prevalencia es de aproximadamente un 1,6% en la población general, pero podría elevarse al 5.9%. En pacientes de atención primaria llegan al 6% y, quienes acuden a los centros de salud mental, alcanzan al 10%, mientras que la población de hospitalizados en unidades psiquiátricas llega al 20%. Hay que notar que la prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad. En este segundo escrito abordaremos su compleja etiología y los estudios que suelen centrarse en factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales. (12) (13)

FACTORES GENÉTICOS

En relación con los factores genéticos, estudios en gemelos indican que estos factores contribuyen en las características del TLP. (14) En efecto, el TLP llega a ser "cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general". (6)p.665) A pesar de las investigaciones todavía no conocemos la arquitectura genética de este trastorno (15) con lo cual se nos dificulta desarrollar tratamientos preventivos, o modificadores. En general, los estudios encontraron que el número de genes que alcanzan alguna implicación significativa es bajo. Pero lo notable es que se descubrió que dichos genes se relacionan con otros trastornos mentales. Pareciese que el estudio de Witt (16), es el primer estudio que demuestra que el TLP se solapa genéticamente con Trastorno bipolar (TB), el Trastorno depresivo mayor (TDM) y la esquizofrenia (EZO). El equipo de Witt mostró que hay dos genes involucrados, el

PKP4, que codifica la proteína Plakophilin-4 en el cromosoma 2 (PKP4; $P = 8,24 \times 10^{-7}$); y el gen DPYD que codifica la enzima dihidropiridina deshidrogenasa en el cromosoma 1 (DPYD, $P = 1,20 \times 10^{-6}$) con implicancias para la exocitosis en los tres trastornos mencionados y el TLP. No obstante, es necesario que estos hallazgos tan prometedores sean replicados con muestras más grandes. Por otra parte, los estudios ambiente-genética son muy escasos y la mayor parte de ellos poseen fallos metodológicos y muy pocos consideran las interacciones entre el ambiente y la genética como predictores del diagnóstico del TLP (17) Sólo podría señalarse al estudio realizado por Distel (18), como aquel que busca en gemelos y hermanos, las interacciones y correlaciones gen-ambiente, a fin de explicar la etiología del TLP. Recientemente, se ha demostrado que hay condiciones ambientales que pueden alterar estados epigenéticos y, de ese modo, promover el desarrollo de enfermedades complejas, tales como Trastorno de estrés postraumático (TEP), TDM, EZQ, TB y TLP. En particular, refiriéndonos al TLP, sabemos que el trauma infantil es un factor de riesgo conocido que podría actuar como condición ambiental importante causante de cambios epigenéticos (15) Se ha visto que hay una proporción directa entre la gravedad del trauma infantil y el TLP, con un nivel más alto de metilación de un gen que es clave en el estrés, el receptor de glucocorticoides NR3C1. (19) También se encontraron patrones de metilación aumentados en los genes del receptor de serotonina 2A (HTRA2A), monoaminoxidasa A y B y catecol O-metiltransferasa en pacientes con TLP comparados con controles (20), aumento de los niveles de metilación en el factor neurotrófico que cumple un importante papel en el desarrollo neurológico, derivado del cerebro (BDNF) y que puede servir como marcador de estrés infantil. (21) Patrones de metilación del ADN del gen del ARN ribosómico (región promotora del ADNr) y el promotor del gen ancla 1 de membrana rico en prolina (PRIMA1) para pacientes con TLP. Para el promotor de PRIMA1, la metilación promedio de seis sitios CpG (Citosina fosfo Guanina) fue 1,6 veces mayor en pacientes con TLP en comparación con los controles. Por el contrario, los niveles de metilación de la región promotora del ADNr fueron significativamente menores (0,9 veces) en pacientes con TLP en comparación con los controles. (22) El aumento en la metilación de PRIMA1 provoca una disminución de la función enzimática y un aumento de la actividad colinérgica, lo que se ha informado en pacientes con TLP (22) También se encontraron niveles altos de metilación en APBA2, APBA3 (proteínas neuronales con metilación aberrante encontradas previamente en cáncer, pero no en trastornos psiquiátricos) (23) y en GATA4, KCNQ1, MCF2, NINJ2 y TAAR5 en muestras de sangre de pacientes con TLP en comparación con los controles. (24)

En suma, los pacientes con TLP pueden tener patrones de modificación epigenética anormales en genes que se relacionan con el estrés, el neurodesarrollo y las condiciones neuropsiquiátricas. Pero, aún falta dilucidar cuáles son los mecanismos neurobiológicos y moleculares, supuestas estas modificaciones, que conducen al fenotipo TLP. Un estudio realizado por Arranz (25) analizó todo el epigenoma en un grupo de pacientes con TLP, de los cuales, algunos habían vivido traumas infantiles (N= 49), otro grupo no (N= 47) y un grupo control (N= 44). Se observaron sitios CpG metilados diferencialmente en varios genes y regiones intragénicas en el cromosoma X y en el cromosoma 6. Quienes padecían TLP, no sólo mostraron niveles más bajos de metilación en estos sitios CpG que los controles sanos, sino que quienes padecieron traumas infantiles aumentan estas diferencias. Pero, además, las comparaciones entre TLP con trauma infantil y pacientes y controles sin ellos, mostraron diferencias significativas en cuatro genes (POU5F1, GGT6, TNFRSF13C y FAM113B) ninguno de ellos en el cromosoma X. Los análisis de enriquecimiento de conjuntos de genes mostraron que las alteraciones epigenéticas se encontraron con mayor frecuencia en los genes que controlan la regulación de estrógenos, la neurogénesis y la diferenciación celular. Por tanto, las alteraciones epigenéticas en el cromosoma X y en los genes reguladores de estrógenos pueden contribuir al desarrollo del TLP y explicar las diferencias de presentación entre sexos. Además, los eventos traumáticos infantiles pueden modular la magnitud de las alteraciones epigenéticas que contribuyen al TLP.

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

En relación con los factores neurobiológicos, nuestro saber al respecto es limitado, tal como lo son las intervenciones farmacológicas. En los estudios acerca del TLP se han identificado tres grupos de síntomas principales: a) desregulación conductual (impulsividad-agresión, ira, autolesiones no suicidas, comportamiento suicida, abuso de sustancias, gasto compulsivo); b) desregulación afectiva (labilidad emocional, reacciones emocionales negativas intensas, disforia generalizada, etc.); c) perturbaciones en las relaciones interpersonales (relaciones inestables, miedo al abandono percibido o real y consecuente evitación del mismo). Los dos primeros no son exclusivos del TLP. En efecto, los problemas de comportamiento aparecen prominentemente en el trastorno de personalidad antisocial y en el trastorno explosivo intermitente. En cuanto a la reactividad afectiva, así como la disforia, ambos ocurren en los trastornos del estado de ánimo, particularmente en el TB. Aunque es propio del TLP, a diferencia del TB, la experiencia afectiva del vacío crónico (26). Pero, la tercera dimensión de la sintomatología límite y

que dichos síntomas se manifiesten intra e interpersonalmente, diferencian a este trastorno de los otros trastornos de personalidad (27). De allí que los estudios neurobiológicos hayan comenzado por examinar esta interacción. (28) Sabemos que muchos síntomas en el dominio interpersonal son, en realidad, manifestaciones de dificultades intrapersonales (débil sensación interna de bienestar, estabilidad y autorregulación) pudiendo estar relacionada con una desregulación subyacente de los neuropéptidos, en particular, los opioides (26). En el TLP habría niveles bajos de opioides basales (cuyo reflejo clínico sería una sensación de vacío interior, disforia crónica, falta de sensación de bienestar, depresión y desesperanza) y una hipersensibilidad de los receptores de opioides μ . De modo que después de producirse estímulos dolorosos habría un aumento transitorio de opioides que conduciría a respuestas intensificadas tales como conductas de autolesiones no suicidas (ALNS) como intento de restaurar el bienestar (29). Las personas con TLP, indica la clínica, tienden a abusar de los analgésicos opiáceos, y reportan una sensación de bienestar cuando toman estos medicamentos. Por su parte, la desregulación de la oxitocina puede distorsionar lo que se refiere a lo interpersonal (establecimiento de la confianza y la capacidad de apego) y, los aumentos de la vasopresina pueden asociarse con irritabilidad y agresión, en contextos interpersonales cercanos. De todos modos, se debe estudiar aún más el papel de los opiáceos, la vasopresina y la oxitocina en el TLP a fin de mejorar los tratamientos, ya que los enfoques actuales no suelen ser del todo satisfactorios, tal como veremos. Por otra parte, la actividad de los opioides genera una disfunción en el eje hipotalámico pituitario suprarrenal (HPA) regulando al alza el factor liberador de corticotropina y el ARNm de pro-opiomelanocortina y jugando un importante papel en el desarrollo del TLP (30). Pareciese que el aumento de la actividad HPA y la disminución de los niveles de oxitocina periférica podrían correlacionarse con antecedentes de maltrato temprano en la vida y apego inseguro en pacientes con TLP. (31)

En cuanto a los estudios de neuroimagen, los sujetos con TLP, en relación a controles sanos, mostraron reducciones bilaterales significativas en las concentraciones de materia gris en la circunvolución cingulada ventral y varias regiones del lóbulo temporal medial, incluido el hipocampo, la amígdala, la circunvolución parahipocampal y el uncus. En el caso de las mujeres con TLP que sufrieron abuso (no los hombres) se vieron reducciones significativas en el lóbulo temporal medio, incluida la amígdala. Ahora bien, los hombres con TLP (no las mujeres), mostraron concentraciones de materia gris disminuidas en la circunvolución del cíngulo anterior en comparación con los hallazgos en controles sanos. También se observó una disminución de la materia gris en la corteza prefrontal y la corteza temporal medial actuante en la desregulación del impulso y el afecto en el TLP (32). Ha de

tenerse presente que la serotonina regula las regiones prefrontales actuando sobre los receptores 5-HT₂. Así, los rasgos impulsivos son asociados con déficits en el funcionamiento serotoninérgico que supone aumento de los receptores 5-HT_{2A} y disminución de los 5-HT_{2C} (33). Dicha impulsividad se relaciona con los circuitos de recompensa, control e inhibición conductual deficiente en las áreas prefrontales. En efecto, los resultados de las neuroimágenes demuestran un déficit (en sujetos con TLP, comparados con sujetos sanos) de activación en la corteza orbitofrontal medial asociada con demandas de tareas inhibitorias en un contexto emocional negativo (34). Por el contrario, se observa a través de estudios funcionales con RMf hiperactividad amigdalар izquierda en pacientes con TLP que reacciona preferencialmente a información biológicamente relevante de valencia negativa y se correlaciona a la depresión (34). Además, esto podría explicar la hipervigilancia y reactividad exacerbada de los pacientes con TLP a los estímulos emocionalmente significativos. Incluso, habría una predisposición a reaccionar excesivamente a exposiciones emocionales neutras o benignas. Además, el córtex cerebral perceptivo puede modularse a través de la amígdala, lo que lleva a una mayor atención a los estímulos emocionales. (35) La sensibilidad emocional característica del TLP podría estar relacionada con la respuesta amigdalар hiperreactiva asociada con experiencias traumáticas o negligencia, como forma adaptativa y protectora. Los pacientes con TLP han mostrado volúmenes hipocámpales y amigdalares reducidos. Aunque, en rigor, ha habido resultados mixtos en lo que respecta al tamaño de la amígdala en pacientes con TLP. (36) Algunos investigadores encontraron la reducción esperada, aunque reconocen que en sus estudios no excluyeron "a los pacientes con depresión, por lo que no podemos dejar de considerar la posibilidad de que estos hallazgos se relacionen con ella". (37) Otros observaron que no hubo ninguna reducción en el tamaño de la amígdala en relación con los controles sanos, sino que, incluso, en pacientes con TLP comórbidos con TDM, tenían volúmenes amigdalares más grandes que sus pacientes sin TDM comórbido (38). De todos modos, el hipocampo y la amígdala tienen efectos reguladores inversos sobre la respuesta al estrés hipotalámico. Mientras que el hipocampo inhibe la actividad hipotalámica y del eje HPA, la amígdala exhibe efectos activadores sobre el eje HPA y estimula la liberación de glucocorticoides (39)

FACTORES PSICOSOCIALES

En relación con los factores psicosociales del TLP, los estudios se han centrado principalmente en los sucesos traumáticos en la infancia (abuso físico, psicológico o sexual); los problemas en el apego y en vivencias ocurridas tempranamente en

un ambiente invalidante. Sobre los problemas de apego no hay estudios concluyentes acerca de su rol en el TLP. Sin embargo, un estudio que analiza 13 estudios empíricos que examinan los tipos de apego encontrados en individuos con TLP concluye que hay una fuerte asociación entre este tipo de trastorno y el apego inseguro (no así los apegos no resueltos, ni los preocupados y los temerosos). Este hallazgo respaldaría el papel central de las relaciones interpersonales perturbadas en las teorías clínicas del TLP. (24) Sobre la cuestión referente al abuso sexual como predictor del TLP, se han realizado pocas revisiones o metaanálisis que examinen este tema. (40) Pero, una revisión sistemática que analizó 40 artículos encontró que, el abuso sexual infantil (ASI), es un factor de riesgo relevante. Hay sin embargo un dato curioso, cuando se analiza la relación entre TLP y ASI, "las caricias genitales y la penetración, junto con el abuso físico intrafamiliar y la negligencia por parte de los cuidadores fueron los predictores más fuertes del diagnóstico límite" (41) incluso más que el sexo oral, o la penetración anal. También la historia de abuso sexual es predictora de sintomatología clínica grave y, de un peor pronóstico, muchas veces asociada a conductas suicidas. (42) Pero, como los intentos de suicidio no son solo específicos del TLP, sino que aparecen en otros trastornos (TEP), no podemos hablar de un factor causal (43). Desde 1993, con la teoría biosocial sobre el TLP de Marsha Linehan, y luego con la teoría del Modelo de Desarrollo Biosocial (44), se establece que el ambiente familiar invalidante es un factor importante para desarrollar TLP en personas con vulnerabilidad emocional. Un ambiente invalidante supone que "la expresión de las experiencias privadas no es validada, sino que contrariamente son castigadas y/o trivializadas" (45). Este factor parece predecir la aparición de conductas autolesivas (46).

El curso clínico de quienes padecen un TLP es, con frecuencia, inestable y muy variable. Sin embargo, el patrón común es que comience insidiosamente en la adolescencia, o al inicio de la vida adulta. Aparece con inestabilidad en diferentes áreas de la vida, con episodios de grave descontrol afectivo, conductas impulsivas, autolesivas, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios, ataques de ira y agresiones, hurtos, atracones y purgas, conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, con el paso del tiempo, la mitad del número de rasgos se van diluyendo de modo que, en la década de los 30 ó 40 años, el 50% o más de los pacientes, por sus síntomas manifiestos, ya no cumple con los criterios necesarios para ser considerado como poseyendo un TLP. De todos modos, esta persona seguirá teniendo una cierta tendencia a experimentar emociones intensas, gran impulsividad y un funcionamiento poco competente a nivel social. El hecho de que el TLP se componga de un conjunto amplio y heterogéneo de rasgos, síntomas y conductas, lo convierte en uno de los trastornos mentales más complejos de eval-

uar. Y, si la evaluación diagnóstica de por sí es dificultosa, su manejo y tratamiento constituirán uno de los retos más difíciles con los que se enfrenta la salud mental.

CUESTIONES DIAGNÓSTICAS

El modelo dimensional y sus aportes frente al modelo categorial

El modelo dimensional estudia los rasgos de la personalidad de los sujetos sanos y considera la patología como una variación dimensional de los mismos. Para detectar un TPP hemos de prestar atención a la desviación excesiva en el nivel cuantitativo de las dimensiones, las cuales se constituyen por la agrupación empírica de rasgos y características. "De esta forma, al surgir de una agrupación factorial empírica, las dimensiones reflejarían con mayor fidelidad las posibles entidades psíquicas o biológicas existentes. Estos modelos avivan el debate sobre la validez de constructo de las clasificaciones categoriales" (47). Los trastornos serán entendidos como alteraciones del perfil factorial del sujeto y no como alteraciones de una totalidad que no es aprehensible.

Debemos destacar que, a diferencia del modelo categorial, este modelo plantea cuáles de los rasgos (dominios y facetas) son capitales en el diagnóstico de cada uno de los trastornos, otorgando, de este modo, una mayor homogeneidad entre sujetos con un mismo diagnóstico. Por ejemplo, respecto a los dominios en el TLP, la Afectividad Negativa y Desinhibición, son centrales. Así, las personas afectadas en estos dominios, muy probablemente, poseerán una mayor coherencia diagnóstica a través del tiempo y de los evaluadores (48). Otra de las ventajas de este enfoque es que nos permite una aproximación diagnóstica flexible y comprensiva, donde se reflejan la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones con límites difusos entre lo normal y lo patológico, así como entre trastornos. De este modo se evita el problema de presentar rasgos para varios trastornos y realizar diagnósticos múltiples e inespecíficos. Pero, también permite admitir la alta comorbilidad entre algunos diagnósticos. "Entender la comorbilidad es pensar el problema de la totalidad, de la integración de las partes (los síntomas que vemos y que nos explica el paciente) en un todo (el sujeto delante de nosotros). En este sentido (...) los modelos dimensionales de personalidad derivados de modelos factoriales permiten componer una totalidad más comprensible, organizada en una estructura, en tanto que los síntomas se relacionan entre sí a través de una base común extraída factorialmente y que va subiendo jerárquicamente hasta conformar las grandes dimensiones" (49) p. 507). Por tanto, este modelo permite una visión global del paciente (áreas de funcionamiento), a la vez que un análisis más

pormenorizado de sus características (facetas), todo lo cual trabaja en mejora de un planteamiento terapéutico adecuado a cada sujeto.

Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud, en la *Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición* (CIE-11) haya realizado también un planteo dimensional de los trastornos de la personalidad que aporta una visión más cercana a la realidad de la práctica de la psiquiatría y de la psicología clínica. Por ello, aparece un sólo diagnóstico denominado *Trastornos de personalidad y rasgos relacionados*. Es decir, no hemos de buscar una clasificación categorial de los distintos trastornos de la personalidad, tal como la que aparece en el DSM-5, o en la CIE-10, porque no la encontraremos. Ahora bien, en CIE-11 vamos a encontrar dominios de rasgos, los cuales "no son categorías de diagnóstico, sino que representan un conjunto de dimensiones que corresponden a la estructura subyacente de la personalidad.

Elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con TLP

Si no poseemos un cuerpo coherente de conocimientos que se base en un conjunto de principios establecidos sistemáticamente, la terapia psicológica tiene poco valor. Es decir, las terapias si no poseen un marco intelectual creíble y estricto, fracasan (50) a complejidad de afecciones que pueden padecer quienes son diagnosticados de TLP, supone la posibilidad de transitar, desde ansiedad a tristeza, autolesiones, síntomas psicóticos fugaces, dificultad en la regulación de los impulsos, etc. Pues bien, este amplio rango de psicopatología implica la imposibilidad de que una sola intervención pueda abordar la totalidad de manifestaciones dentro del trastorno. De allí que, un tratamiento comprensivo y coherente, supondrá la intervención de diferentes modelos: cognitivos conductuales, terapia interpersonal, psicoterapia psicodinámica, psicología del Self y farmacoterapia. Ya hemos visto que el DSM-5, en su sección III, nos hablaba acerca de elementos nucleares siempre presentes en los TTPP, a saber, deterioro en el funcionamiento de la personalidad (aspectos del yo): Identidad, autodirección y/o disfunción interpersonal, empatía e intimidad. Por tanto, y siendo coherentes con estas manifestaciones, un tratamiento integral del TLP ha de tener entre sus objetivos la búsqueda de estabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro y mayor coherencia de la identidad, además de una mejora de la calidad de las relaciones interpersonales que redunde en una mejor adaptación social. Traducido en cuestiones sintomáticas, los tratamientos han de intervenir, para evitar autolesiones o hetero agresiones, a fin de regular los afectos. En relación con esto último, el *Estudio Colaborativo Longitudinal de Trastornos de la Personalidad*,

apunta que la inestabilidad afectiva fue el único criterio diagnóstico para el TLP que predijo los intentos de suicidio a los 2 años de seguimiento. (51)

A nivel terapéutico habrá que tener presente que el TLP, como todo TP, posee una etiología bio-psico-social y, por tanto, las técnicas de intervención deberán abordar estos tres niveles. Ahora bien, prestar atención a "lo bio" no apunta necesariamente a la utilización de psicofármacos, sino que supondrá aceptar que hay rasgos temperamentales, vinculados a la herencia, poco modificables. Por tanto, el tratamiento ayudará en la medida en que los pacientes reconozcan esta presencia temperamental y puedan expresarla de una forma más adaptativa. (52) Además, la egosintonía los hace proclives, en la fase inicial del tratamiento, a estar faltos de motivación y disposición al trabajo psicoterapéutico. Por ello, establecer una alianza terapéutica, no solo brindará apoyo, sino que en cierta medida predice el resultado. Sin ella no hay posibilidad de psicoterapia. Además, es importante motivar al paciente, siendo flexibles y reconociendo que el cambio es difícil. (53) Promover la autoobservación y la autorreflexión, ayudará al paciente a mejor comprender los estados mentales propios y ajenos. Pero, además, lo ayudará a aumentar la regulación emocional y reducir la reactividad interpersonal. (54)

Señalamos la importancia de informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento indicado, considerando que esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sino que le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre la terapia propuesta y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su evolución. (55)

Hemos de observar que al dialogar con el paciente el médico interviene y se implica con sus propias características y cualidades profesionales, pero también con sus incertidumbres y deficiencias como ser humano, por lo cual, es esperable que se aproxime al enfermo con la noble intención de ayudarlo, comprenderlo y con la certeza de respetarlo dentro de su vulnerabilidad. Para lograr un equilibrio en estas acciones, será necesario que el médico tenga la habilidad de manejar en partes iguales la biología de la enfermedad como el reconocimiento en toda la dimensión humana de la persona que tiene delante. Aquí se espera que exista profesionalidad, escucha activa y actitud compasiva para poder ser buen guía, consejero o asesor clínico. (56) (57)

Establecer una adecuada comunicación, es fundamental para establecer la confianza del paciente y la precisión diagnóstica. Asimismo, también lo es buscar la identificación recíproca donde el profesional y la persona enferma alcancen un entendimiento mutuo. Las tomas de decisiones en forma compartida también

entran en este tipo de vínculo. Alcanzar este acuerdo previo en relación con la enfermedad y cómo tratarla, mejoraría además la evolución de los controles y las derivaciones. De este modo, la atención médica pasa de estar enfocada en la "tarea" del médico, a centrarse en el paciente y en la relación entre ambos. (58) (55)

TRABAJAR EN LA PREVENCIÓN

Hasta hace poco tiempo, los clínicos aceptaban, de modo resignado, que no había tratamiento para el TLP, junto con la convicción de que el pronóstico no es óptimo. Pero, ensayos controlados recientes, bien diseñados, indican resultados positivos. Intervenciones especializadas en el tratamiento del TLP muestran reducción de conductas suicidas, menos hospitalizaciones y una mejor adaptación al medio social. Estos resultados alientan a adaptar dichas terapias para utilizarlas como intervención precoz a fin de evitar los factores de riesgo asociados a la aparición de un trastorno. (59) Ahora bien, ¿hay predictores del TLP? *In genere*, numerosos estudios han relacionado las alteraciones en la infancia, con el desarrollo posterior de trastornos mentales. Pero, en relación con el TLP, a pesar de las investigaciones realizadas, no hay evidencia de que quienes en la adultez desarrollen un TLP, hayan presentado en la niñez alteraciones sintomáticas características, tales como la crónica suicidabilidad. Sí podemos afirmar que niños con TLP "poseen rasgos inusuales, tales como niveles más altos de inestabilidad afectiva, impulsividad, y disfunción cognitiva (...) Por ello, es más probable que los precursores del TLP se encuentren más en los rasgos que en los síntomas" (9) pp. 49-50). De todos modos, se ha detectado que en la adolescencia, los trastornos por consumo de sustancias, "particularmente por consumo de alcohol, son uno de los pocos predictores específicos del TLP en adultos jóvenes" (59) p. 19). A pesar de todo, se han elaborado terapias que intentan responder tempranamente, tales como la terapia cognitiva analítica (TCA), en cuanto abordaje integral de tiempo limitado, la cual surge de una integración teórica y práctica de elementos de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y de la psicología cognitiva.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS INDIVIDUALES Y GRUPALES

Cuando nos encontramos con un paciente con un diagnóstico de TLP consolidado ¿cuál es la terapia más conveniente para este tipo de trastorno; cuál cuenta con más evidencia científica? Son varios los abordajes terapéuticos y muchas las terapias psicológicas existentes como para abarcarlas a todas y a cada una de ellas a fin de analizar su validez y el grado de recomendación. Por eso, hemos de utilizar

un criterio de pertenencia que nos permita seleccionar, entre los diferentes tipos de Terapias individuales y grupales, aquellas a las que prestaremos atención. Para tal fin nos valdremos de lo que nos dice Storeb y colaboradores en la revisión actualizada que evalúa los efectos beneficiosos (y perjudiciales) de las terapias psicológicas para los pacientes con TLP. (60) Allí se nos dice que, entre intervenciones psicológicas específicas para personas con diagnóstico de TLP, las más utilizadas son: psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT); terapia basada en la mentalización (TBM); terapia dialéctica conductual (TDC); terapia cognitiva analítica (TCA); terapia cognitiva centrada en esquemas (TCCE) y el entrenamiento de sistemas para la predictibilidad emocional y resolución de problemas (STEPPS). (60) El despliegue de cada uno de estos modelos psicoterapéuticos será tema de un futuro artículo, tercera parte de nuestro trabajo con TLP.

ACERCA DEL ENTRENAMIENTO DE NEUROFEEDBACK PARA LOS SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Los diagnósticos habituales se basan fundamentalmente en síntomas y conductas. Sin embargo, personas con el mismo diagnóstico, presentan una actividad cerebral diferente. Gracias a la tecnología que utiliza el Electroencefalograma podemos conocer la actividad cerebral para realizar, de este modo, un diagnóstico electrofisiológico. De este modo podremos ser más precisos en los tratamientos.

El Neurofeedback es una técnica que se basa en el condicionamiento operante, en la neurociencia y en la psicometría. Las bases teóricas se apoyan en que la impulsividad está asociada con problemas en funcionamiento del Córtex Prefrontal, concretamente en áreas orbitofrontales (implicado en los comportamientos de recompensa) y ventromedial (facilita las conductas adaptativas en la respuesta de la recompensa o castigo), las cuales tienen conexiones con la amígdala, dónde reside la respuesta de alarma y miedo. Una baja disposición de estas áreas produce dificultad de inhibir respuestas agresivas e impulsivas, características de personas con TLP. De modo que la capacidad de gestionar las experiencias emocionales y las respuestas conductuales dependen del funcionamiento del córtex prefrontal y su interacción con la amígdala. Con Neurofeedback se buscará que estas áreas funcionen adecuadamente.

La Inestabilidad emocional está relacionada con activación de amígdala. En efecto, las personas con TLP presentan respuestas emocionales intensas, y cambiantes de forma súbita, debido a que la amígdala está activada procesando emo-

ciones similares al miedo, la ansiedad y la ira. Por tanto, si bajamos la activación de la amígdala, con neurofeedback, ayudamos a las personas a calmarse y tener emociones más estables. Los pacientes con TLP tienen mayor activación en la amígdala presentando dificultades en interpretar caras neutras, que a menudo malinterpretan como amenazadoras.

La neurociencia ha visto que el cerebro tiene plasticidad, y que la experiencia ayuda a organizar las interconexiones de las redes neuronales. Si repetimos experiencias positivas, el cerebro se auto-organizará. El Neurofeedback ha demostrado que su entrenamiento es eficaz en este tipo de organización, es la herramienta que ayuda en la regulación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Comencemos diciendo que la farmacoterapia en relación con las terapias psicológicas, "a menudo tiene un papel complementario importante, especialmente para la disminución de síntomas tales como inestabilidad afectiva, impulsividad, síntomas similares a los psicóticos y comportamiento autodestructivo" (61) p.10). Por su parte, la GPC-NICE-2009 (62) desaconseja el tratamiento farmacológico por síntomas, para de ese modo no favorecer a la polimedicación. La Guía nos dice que "directrices previas, como las de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, han dividido los síntomas de los trastornos de la personalidad en 'síntomas de desregulación afectiva', 'síntomas de descontrol impulsivo-conductual' y 'síntomas cognitivo-perceptuales' (61) Su propósito parece ser justificar la farmacoterapia en forma de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos relacionados, como la venlafaxina para la desregulación afectiva, los ISRS para el comportamiento impulsivo y los fármacos antipsicóticos en dosis bajas para los síntomas de percepción cognitiva" (62)p. 201).

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para indicar los valores a tutelar en la atención del paciente con TLP, sobre la base del concepto ontológico de persona, revisamos la importancia de diagnosticar y planificar un tratamiento, cuidando el valor fundamental de la vida física teniendo en cuenta que el cuerpo no puede reducirse mecánicamente a un mero instrumento u objeto y que la dimensión física y psíquica no agotan el contenido de todo el hombre; considerando que el cuerpo es el lugar donde se manifiesta la persona, entendida como unitotalidad trascendente: *es la mente la que estructura el cerebro, es el alma la que vivifica e informa el cuerpo.* (63) Destacamos la

prioridad de observar que el acto médico sobre el que se realice la consulta considere al paciente en su totalidad. Observar que las intervenciones se justifiquen porque se interviene sobre una enfermedad actual, que no podría tratarse de otro modo y que abriga una fundada esperanza de obtener efectos positivos. Es importante considerar que en el tratamiento de pacientes con padecimiento mental o enfermedad psiquiátrica, podría ocurrir que la persona no presente el nivel de competencia suficiente para tomar una decisión y consentir sobre su tratamiento; lo cual conduce a indicar y solicitar, en esos casos, el consentimiento informado por representación, según está indicado en la legislación vigente. (64) (65) Considerando que si el trastorno se muestra persistente a lo largo del tiempo, sin respuesta a otros tratamientos alternativos podría poner en riesgo la vida del paciente, se destaca la pertinencia de hacer todo lo posible para informar a los referentes familiares para que comprendan las acciones a realizar y para que puedan participar prontamente en la aplicación de un plan de tratamiento propuesto, ofreciendo la oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que éstas sean consideradas. Por último, señalamos la obligación, que como profesionales de la salud tenemos, del cuidado del enfermo mental y de reconocer su dignidad como persona, fuente y fin de la sociedad a la que pertenece.

CONCLUSIÓN

Hemos intentado dar respuesta a algunos interrogantes acerca del TLP iniciando por cómo realizar un diagnóstico, si es suficiente utilizar el modelo categorial, o si el modelo dimensional aporta novedad significativa que ha de ser considerada; la relación médico paciente, el grado de validez de los tratamientos y el uso de Guías de Práctica Clínica para Trastornos específicos entre otros.

Crespo Delgado, nos decía en su tesis doctoral, que "se pueden hallar dos subtipos de Trastorno de Personalidad Límite en función de la gravedad de las variables clínicas depresión, afecto positivo, afecto negativo, reevaluación cognitiva y rasgo de ira: un subtipo de "levemente afectados" y otro subtipo de "gravemente afectados" (66) p. 137). Consideramos que es importante tener presente esta cuestión para poder "afinar" la selección de pacientes (más allá de buscar un "n" significativo, calidad metodológica, representatividad de ambos sexos, diferencias culturales y cuestiones genéticas que implican diferentes respuestas -particularmente de medicamentos- según las razas), a fin de ofrecer datos más discriminados y precisos. En efecto, "cada subtipo responde de forma distinta al tratamiento en cuanto a sus niveles de depresión, afecto positivo, afecto negativo, reevaluación negativa y, en menor medida, rasgo de ira" (66) p. 137). En este sentido, tal como

mostramos en el presente trabajo, el modelo dimensional puede aportar luz como para avanzar en esta dirección ya que rompiendo con una lógica binaria se abre a comprender que normalidad y patología no son cortes sincrónicos, sino que son como puntos en un continuo. De todos modos, las terapias más aplicadas hoy en día, ofrecen algunos datos significativos, aunque provisorios, pues en general se recomiendan más estudios para corroborar los resultados.

En referencia al tratamiento farmacológico, hay dos cuestiones que consideramos deben ser tenidas en cuenta: en primer lugar, los medicamentos deben ser utilizados de forma coadyuvante a una intervención psicoterapéutica o psicosocial y, en segundo lugar, habrá que considerarlo en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias de eficacia.

Para concluir, digamos, que es de esperar, que en un futuro los avances en la genética abran nuevas puertas a predictores y tratamientos más individualizados.

REFERENCIAS

1. Evers K, Sigman M. Possibilities and limits of mind-reading: neurophilosophical perspective. *Consciousness and Cognition*. 2013; 22: p. 887-897.
2. Evers K. Neuroethics: A philosophical Challenge. *The American Journal Bioethics*. 2005; 5(2): p. 31-33.
3. Evers K. Can we be epigenetically proactive? En Metzinger T, Windt J. *Open Mind*. Frankfurt: MIND Group; 2015. p. 130.
4. Gimenez Amaya J, Sanchez Magallón S. *De la Neurociencia a la Neuroética. Narrativa científica y reflexión filosófica Navarra: EUNSA; 2010.*
5. Castro C. *Neurociencia y trastorno límite de la personalidad: desafíos para la bioética. Parte I. Vida y Ética*. 2023; 25(1): p. 23-35.
6. *Psiquiatría AAd. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 Buenos Aires-Bogotá- Caracas-Madrid- Mexico- Porto Alegre: Editorial Médica Panamericana; 2013.*
7. Aghakhani Nea. Investigating the relationship between low serum cholesterol and suicide in attempters with depression. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2020; 28(131): p. 7.
8. Martínez Ca. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non fatal self harm in first episode depression: nested case control study. *BMJ*. 2005; 330(7488): p. 7.

9. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*. ; 53(6): p. 5.
10. Kleindiesnst Nea. Motives for nonsuicidal self injury among womwn with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. ; 196(3): p. 7.
11. Vanegas Perez G, Barbosa Gonzalez A, Pedraza MG. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*. ; 17(2): p. 18.
12. Ahluwalia Cameron A, Calderwood K, McMurphy S. A systematic literature review of the etiology of borderline personality disorder from an ecological systems perspective. *Social Work in Mental Health*. 2019; 17(3): p. 17.
13. Kulacaoglu F, Kose S. Borderline personality disorder in the midst of vulnerability, chaos and awe. *Brain sciences*. 2018; 8(201): p. 11.
14. Streit F, Colodro Conde J, Hall A, Witt S. Genomics of borderline personality disorder. En Bernhard T B. *Personalized psychiatry*. London: Academic Press; 2020. p. 227-237.
15. Bassir Nia Aea. Past, present and future of genetic research in borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*. 2018; 21: p. 9.
16. Witt Sea. Genome wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder major depression and schizophrenia. *Translational psychiatry*. 2017; 7(155): p. 9.
17. Carpenter R, Tomko R, Trull T, Boomsma D. Gene environment studies and borderline personality disorder : a review. *Current psychiatry reports*. 2013; 15(1): p. 11.
18. Distel Mea. Life events and borderline personality features: the influence of gene- environment interaction and gene- environment correlation. *Psychological Medicine*. 2011; 41: p. 12.
19. Martin Blanco Aea. Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, chilhood maltreatment and clinical serity in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. ; 57: p. 7.
20. Dammann Gea. Increase DNA methylation of neuropsychiatric genes occurs in borderline personality disorder. *Epigenetics*. 2011; 6: p. 9.
21. Perroud Nea. Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Translational Psychiatry*. 2013; 3(207): p. 8.
22. Teschler S, Gotthardt j, Dammann R. Aberrant DNA Methylation of rDNA and PRIMAJ in Borderline Personality Disorder. *International Journal of Molecular Sciences*. 2016; 17: p. 11.
23. Rashid A, Shen L, Morris J, Hamilton S. CpG island methylationin colorectal adenomas. *Am J pathol*. 2001;; p. 7.

24. Agrawal H, Gunderson J, Holmes B, Lyons Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard review of psychiatry*. 2022; 12(2): p. 11.
25. Arranz Mea. A genome wide methylation study reveals X chromosome and childhood trauma methylation alterations associated with borderline personality disorder. *Translational Psychiatry*. 2021; 11(1): p. 10.
26. Stanley B, Siever L. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *The American Journal of Psychiatry*. 2010; 167: p. 16.
27. Gunderson J, Zanarini M, Kiesel C. Borderline personality disorder. En Widiger T, Frances A, Pincus H, Ross R, First M, Davis W. *DSM-IV Sourcebook*. Washington: American Psychiatric Association; 1996. p. 717-733.
28. Koenigsberg , Hea. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2009; 172: p. 8.
29. Stanley Bea. Nonsuicidal self-injurious behavior endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of affective disorders*. 2010; 142(1-2): p. 7.
30. Leggett J, Jessop D, Fulford A. The no can rhythm. *Neuroscience*. 2007; 147: p. 8.
31. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann J, Herpertz S. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Hormones and Behaviour*. 2013; 63: p. 6.
32. Soloff P, Nutche J, Goradia D, Diwadkar V. Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research*. 2008; 164: p. 14.
33. Siever L. Neurobiology of aggression and violence. *The American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: p. 28.
34. Silbersweig Dea. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164: p. 11.
35. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* Washington D.C.: American Psychiatric Pub.; 2017.
36. Nunes Pea. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta analysis. *Journal of Personality disorders*. 2009; 23: p. 14.
37. Schmal C, Vernetten F, Elzinga B, Bremner J. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2003; 122: p. 6.
38. Zetsche Tea. Amygdala volume and depressive symptoms in patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*. 2006; 60: p. 9.

39. Kuhlmann A, Bertsch K, Schmidinger L, Thomann P, Herpertz S. Morphometric differences in central stress regulating structures between women with and without borderline personality disorder. *Journall of Psychiatry and Neuroscience*. 2013; 38: p. 9.
40. De Aquino ferreira L. Commentary- Borderline personality disorder and sexual abuse : a systematic review. *Journal of Mental Health Clinical Psychology*. 2018; 2(2).
41. Merza K, Papp G, Szabó L. The role of chilhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*. 2015; 29(2): p. 14.
42. Rodante Dea. Predictors of short and long term recurrence of suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019; 2: p. 11.
43. Bohus Mea. Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder compared with Cognitive Processing therapy in complex presentation of PTSD in womwn survivors of chilhood abuse. *JAMA psychiatry*. 2020; 77(12): p. 11.
44. Crowell S, Beauchaine T, Lineham , M.. A bisocial development model of borderline personality: elaborating and extending Lineham s theory. *Psychological Bulletin*. 2009; 135: p. 28.
45. Lineham M. *Cognitive Behavioral Tratment of Borderline Personality Disorder* New York: Guilford Press; 1993.
46. Perez S, Lorca F, Marco J. Dissociation posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2020; 21: p. 16.
47. Besteiro Jea. Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4(002): p. 15.
48. Gutierrez F, Vilar A. Trastornos de la personalidad en el DSM 5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de enlace*. 2014; 50(110): p. 4.
49. López-santin J, Molins Galvez F, Litvan Shaw L. Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2013; 33(119): p. 14.
50. Livesley W. *Handbook of personality disorders. Theory , research and treatment*. New york- London: The Guilford Press; 2001.
51. Yen Sea. Borderline personality disorder criteria associated with prospec-

- tively observed suicidal behavior. *American journal of Psychiatry.* ; 161(7): p. 3.
52. Mirapeix Costas C, Vazquez Bourgon J, Gomez del Barrio A, Artal Simón J. Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad. CIBERSAM SdPd-HUMdV, editor. Cantabria: IDIVAL; FUNDIPP; 2017.
53. Linehan M, Davidson G, Lynchh T, Sanderson , C.. Technique factors in treating personality disorders. En Beutler L. Principles of therapeutic change that work. New York: Oxford University Press; 2006. p. 239-252.
54. Livesley W. Integrated Treatment: a conceptual framework for an evidence based approach to the tratment of personality disorder. *Journal of Personality Disorders.* ; 26: p. 26.
55. Rosales MdIV. Comunicación en la relación médico paciente. *Vida y Ética.* 2021; 22(2): p. 9-26.
56. López M. La relación médico paciente: necesidad o conveniencia? *Revista Cubana de Medicina.* 2019; 58(1): p. 10.
57. Ruiz V. Radioncóloga. [Online]; 2017. Disponible en: www.radioncologa.com.
58. Celedon C. Relacion medico paciente. *Revista de ORL y cirugia de cabeza y cuello.* 2016; 76(1): p. 15.
59. Chanen M, Mc Cutcheon L, Jovev M, Jackson H, Mc Gorry P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *The Medical Journal of australia.* ; 187(7): p. 4.
60. Storeb Oea. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic reviews.* ;; p. 522.
61. Association AP. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder Washington DC: APA; 2001.
62. SIGN G. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [Online].; 2009. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>.
63. Sgreccia E. Manual de de Bioetica. cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
64. Ley Nacional de Salud Mental N26.657. Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial N 32.041.
65. Rosales MdIV. Cuando ya no es posible curar. *Vida y Ética.* 2022; 23(1): p. 57-68.
66. Crespo Delgado E. Avances en la investigación sobre el trastorno de personalidad límite. Estudio de subtipos y su respuesta al tratamiento. Tesis doctoral..
67. Ruiz V. [Online].; 2017. Acceso 4 de 8 de 2018. Disponible en: www.radioncologa.com.

SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN EL FINAL DE LA VIDA.

PERSPECTIVA BIOÉTICA

Fecha de recepción: 24/07/2023

Fecha de aceptación: 27/08/2023

Dr. Cristian Viaggio

Contacto: viaggiocristian@gmail.com

- Dr. Cristian Viaggio. Medico (UBA); Especialista en Oncología y Cuidados Paliativos; Medico del Servicio de Oncología del HIGA Vicente López y Planes; Magister en Ética Biomédica (UCA); Responsable a Cargo de Docencia e Investigación y Coordinador del Comité de Ética Hospitalario del Htal. Nacional Dr. Baldomero Sommer; Director del Hospice Madre Teresa. Docente Adjunto de Enfermería en Cuidados Paliativos Universidad Nacional de Luján.

RESUMEN

El síndrome de desmoralización (SD) es un fenómeno que se observa con frecuencia en Cuidados Paliativos, especialmente en los pacientes con cáncer en la etapa final de su vida. Se caracteriza por ser un síndrome complejo, multidimensional y presentar características clínicas singulares como angustia existencial, desesperanza y pérdida del sentido de la vida.

La depresión y la *desmoralización* están estrechamente relacionadas, sin embargo, hay evidencias que plantean su diferenciación. Una característica primordial de la depresión es la pérdida de placer o interés que la persona tiene, por las actividades placenteras de la vida cotidiana. Es importante comprender, sobre todo, en el final de la vida que no se pueden separar la psicología de la ética y ambas, de la antropología, porque se podrían generar conflictos morales durante el proceso de toma de decisiones.

La frecuencia del SD y su falta de reconocimiento pueden generar un alto impacto de sufrimiento, pudiéndose asociar en algunas situaciones clínicas, con el riesgo potencial de deseos anticipados de muerte. Estos deseos anticipados de muerte podrían manifestarse, mediante la solicitud de la eutanasia o del suicidio asistido.

Nuestro propósito es elaborar un análisis exploratorio, interpretativo, antropológico y ético del SD desde la bioética personalista ontológicamente fundada.

ABSTRACT

Demoralization syndrome (DS) is a phenomenon frequently observed in palliative care, especially in cancer patients at the end of life. It is characterized as a complex, multidimensional syndrome with unique clinical features such as existential distress, hopelessness and loss of meaning in life.

Depression and demoralization are closely related, however, there is evidence to differentiate them. A primary characteristic of depression is the loss of pleasure or interest that the person has in the activities of daily life. It is important to understand, especially at the end of life, that psychology cannot be separated from ethics and both from anthropology, because moral conflicts could arise during the decision-making process.

The frequency of DS and its lack of recognition can generate a high impact of suffering, being associated in some clinical situations with the potential risk of anticipatory death wishes. These anticipatory death wishes could manifest themselves in the form of a request for euthanasia or assisted suicide.

Our purpose is to elaborate an exploratory, interpretative, anthropological, ethical and metaphysical analysis of DS from the foundations of ontologically founded personalist bioethics. Ontological personalism will allow us to understand with all its anthropological richness and depth the suffering person and will

El personalismo ontológico nos permitirá comprender con toda su riqueza y profundidad antropológica a la persona que sufre y nos ayudará a observar la implicancia moral que podría tener el SD durante el afrontamiento psicológico y el proceso de toma de decisiones. Los principios de la bioética personalista integrados y jerarquizados nos ayudan para comprender las decisiones morales complejas en el final de la vida.

Es importante que el bioeticista no se limite sólo al análisis filosófico teórico y al desarrollo de las habilidades procedimentales en un comité de ética. Es necesario que participe también y se involucre en la práctica clínica diaria para comprender mejor las necesidades de la persona que sufre y los límites del equipo terapéutico. Esta actitud le permitirá guiar con prudencia el proceso de toma de decisiones antes que se instale el conflicto ético. Comprender la desmoralización con toda su complejidad y sus implicancias en la conducta humana en la fase final de vida, es un desafío no exento de dificultades porque cada persona es única y el sufrimiento es íntimo, personal e intransferible. Por estas razones, al ser un fenómeno clínico complejo estará siempre abierto a futuras investigaciones y sujeto a nuevas interpretaciones. Palabras clave: Asistencia espiritual, empatía, privación de la libertad, Bioética, Pedagogía y Educación.

Palabras clave: Síndrome de Desmoralización. Bioética Personalista. Cuidados Paliativos.

help us to observe the moral implication that DS could have during the psychological coping and decision-making process. The integrated and hierarchical principles of personalistic bioethics help us to understand complex moral decisions at the end of life.

It is important that the bioethicist is not limited only to theoretical philosophical knowledge and the development of procedural skills. It is necessary to be involved in daily clinical practice for a better understanding of the needs of the suffering person and the limits of the therapeutic team. This attitude will allow him/her to prudently guide the decision-making process before ethical conflict sets in.

Understanding demoralization with all its complexity and its implications in human behavior in the final phase of life is a challenge not without difficulties because each person is unique, and suffering is intimate, personal and non-transferable. For these reasons, being a complex clinical phenomenon, it will always be open to future research and subject to new interpretations.

Keywords: Demoralization Syndrome. Personal Bioethics. Palliative Care.

INTRODUCCIÓN

La desmoralización es un fenómeno que se observa con frecuencia en las personas con enfermedades crónicas, progresivas e incurables, siendo más frecuente aún, en los pacientes con cáncer en su etapa final de la vida¹. El Síndrome de Desmoralización (SD) presenta características clínicas singulares y determinantes². Los pacientes pueden manifestar angustia existencial, desesperanza, pérdida de significado y sentido de la vida.

Este síndrome se ha estudiado desde la Psiquiatría y la Psicología clínica con sus características especiales, sus consecuencias y sus tratamientos específicos. Abordarlo desde la bioética nos permite explorar, analizar, profundizar e integrar los diferentes saberes para poder comprender este fenómeno clínico con más precisión.

La lectura de diferentes autores y trabajos científicos, sumados a la experiencia clínica del acompañamiento al final de la vida, nos hace advertir que el sufrimiento debe ser abordado por un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos.

La frecuencia del SD y su falta de reconocimiento pueden generar un alto impacto de sufrimiento, pudiéndose asociar en algunas situaciones clínicas, con el riesgo potencial de deseos anticipados de muerte. Este deseo podría vehiculizarse a través de la solicitud del suicidio asistido y la eutanasia, pudiendo los médicos aceptar que se trata de una "decisión racional" sin percibir el sufrimiento moral que subyace detrás de esta solicitud³.

El artículo procura elaborar un análisis antropológico, ético y metafísico del SD desde los fundamentos de la bioética personalista ontológicamente fundada.

El procedimiento epistemológico que desarrollaremos con fines pedagógicos para el estudio del SD es el siguiente : 1) describiremos el SD con características singulares y consecuencias en la práctica clínica; 2) presentaremos como fundamento una premisa antropológica que integre las dimensiones de la persona; 3)

1 Cfr. Bovero A, Botto R, Adriano B, Opezzo M, Tesio V, Torta R. Exploring demoralization in end-of-life cancer patients: Prevalence, latent dimensions, and associations with other psychosocial variables. *Palliat Support Care [revista en Internet]** 2019; 17(5):596–603. [acceso 23 de mayo de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951519000191>

2 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*. 2001; 17(1):12–13.

3 Ibid.

describiremos la conciencia moral desde la Psicología Personalista; 4) analizaremos la desmoralización según los principios de la Bioética Personalista: defensa de la vida física, libertad y responsabilidad; totalidad o principio terapéutico y subsidiar la vida.

El personalismo ontológico nos permitirá comprender con toda su riqueza y profundidad antropológica a la persona que sufre y nos develará la implicancia moral que podría tener el SD durante el proceso de toma de decisiones. Nos guiará por un conocimiento humanístico integral, centrado en la *persona* que sufre.

Es importante que la bioética no se limite solo al conocimiento filosófico y al desarrollo de habilidades procedimentales, sino que, en el desarrollo de su práctica clínica, es necesario que humanice y sensibilice al profesional de la salud para que mejore sus actitudes. Esta experiencia clínica y filosófica nos extenderá el horizonte profesional, revelándonos una realidad mucho más compleja, inabarcable y trascendente de la persona que sufre.

Esperamos poder aportar desde el personalismo ontológico un poco de luz, sobre la profunda crisis moral y antropológica que se presenta en nuestra praxis clínica actual. Esta crisis filosófica, existencial y social que se incrementa a través de los años nos podría conducir hacia un futuro mucho más deshumanizado, en el cual se ponga en riesgo la naturaleza humana, la vida, la dignidad de la persona, su integridad física, mental y espiritual⁴.

1. SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN

La palabra desmoralizar está precedida por el prefijo "des" que expresa negación, inversión o pérdida del significado de la palabra a la que se antepone. La Real Academia Española (RAE) define la palabra "desmoralizar" con dos acepciones, una hace referencia a la negación, inversión o pérdida de la moral y la otra, está referida al desaliento o a la pérdida del ánimo⁵.

Es importante comprender el concepto de "moral", que los autores (Frank, Jerome, 1974; Kissane, David, 2004) describieron cuando comenzaron a referirse al SD como un fenómeno clínico. Las publicaciones describen la "moral" como "la actitud mental y emocional" de una persona que le permite realizar actividades

4 Cfr. Miklos Lukacs De Pereny N. Tecnología y cambio antropológico en el siglo XXI. Buenos Aires, Grupo Unión, 2022; p.12.

5 RAE [En línea: 23 de mayo de 2023] Disponible en: <https://dle.rae.es/desmoralizar>

con diferentes grados de satisfacción, conservando la autoestima y la voluntad para realizarlo⁶. Según esta interpretación, la moral, es la expresión de las funciones cognitivas y afectivas –sentimientos– de las personas enfermas que determina y condiciona la capacidad de afrontamiento interno frente a situaciones estresantes. Está íntimamente relacionado con la motivación interior y con la esperanza de poder alcanzar un bien arduo, posible y futuro (salud, curación de una enfermedad, alivio del sufrimiento, calidad de vida, etc.). Consecuentemente, la desmoralización sería un estado de debilidad o desorden interior que priva a la persona del esfuerzo o la voluntad para el afrontamiento de diferentes situaciones estresantes. Es un descriptor general de la angustia psicológica y la convierte en sinónimo de angustia o sufrimiento existencial⁷.

El Síndrome de Desmoralización⁸ ha sido definido como un fenómeno psicológico complejo y multidimensional, que se presenta en algunas personas con enfermedades crónicas, avanzadas e incurables, sobre todo, en la etapa final de la vida. Es un trastorno psiquiátrico, que se manifiesta a través de un estado de *desesperanza, impotencia, angustia existencial y pérdida del sentido de la vida*. Los síntomas deberían persistir por más de dos semanas. A pesar del grado de variabilidad en las características de los estudios publicados, la prevalencia del SD ha sido entre 13%-18%⁹, pudiendo llegar hasta el 52% en paciente con cáncer en la fase final de la enfermedad¹⁰.

Se conceptualiza la *desmoralización* como un fracaso persistente para hacer frente al estrés que se asocia con sentimientos de *impotencia, aislamiento y pérdida de sentido*¹¹. Los antecedentes clínicos previos sobre el SD se encuentran en los estudios publicados en medicina psicosomática y en psiquiatría donde se

6 Cfr. Kissane DW. The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. Hastings Cent Rep [revista en Internet] * 2004; 34(4):21–31. [acceso 23 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/3528690>

7 Ibidem.

8 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. Journal of Palliative Care. 2001; 17(1):12–21.

9 Cfr. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A. Systematic Review of the Demoralization Syndrome in Individuals With Progressive Disease and Cancer: A Decade of Research. Journal of Pain and Symptom Management. [revista en Internet] *2015; 49(zz3):595–610. [acceso 23 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>

10 Cfr. Bovero A, Botto R, Adriano B, Opezzo M, Tesio V, Torta R. Palliat Support Care [revista en Internet]* 2019; 17(5):596–603.[acceso 23 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951519000191>

11 Thompson Lori, Expósito Carme, ¿Qué es el síndrome de desmoralización? [Internet]* SECPAL [acceso 20 de mayo 2023]; Disponible en: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/09/secpal-comprender-cuidados-paliativos-11-desmoralizacion.pdf>

describen las consecuencias físicas y psicológicas que presentaban los pacientes con diagnóstico de desesperanza, *impotencia* y *desánimo*¹². Consecuentemente, se hace referencia a que se debería diagnosticar y tratar la desmoralización a través de psicoterapias que restauren la moral permitiendo que el paciente recupere el autodominio y así poder evitar que se agraven los síntomas psicológicos¹³.

La desmoralización es un síndrome que no llega a cumplir los criterios diagnósticos formales para la depresión mayor, pero puede ser un presagio, por eso, muchas veces pasa desapercibido por los médicos para indicar un tratamiento adecuado¹⁴.

La depresión y la desmoralización están estrechamente relacionadas, sin embargo, hay datos empíricos que plantean su diferenciación. Una característica central de la depresión es la anhedonia, es decir, la persona enferma presenta una pérdida de interés y placer por las actividades que habitualmente realizaba. Por el contrario, la persona con un SD puede disfrutar y sentir placer en las actividades presentes y futuras. Estos diferentes estados y fenómenos son aún más complejos en las personas con enfermedades terminales porque su estado de ánimo y los síntomas fluctúan a través de las horas y de los días.

La pérdida de motivación constituye una asociación importante, pero por sí sola, no es una característica definitiva de la desmoralización. Tampoco debemos confundirlo cuando se tiene una actitud pesimista *defensiva* que ayuda a las personas a poder afrontar situaciones de riesgo que podrían ser perjudiciales¹⁵.

La *acedia*¹⁶ también podría estar relacionada con un SD porque es un fenómeno espiritual que se describe en las personas creyentes como un estado de pérdida de sentido y desesperación no relacionado con una depresión. En la espiritualidad cristiana la *acedia* significa pereza, negligencia o falta de interés en el plano espiritual y religioso, pudiendo generar una especie de desintegración interior con frustración y huida del bien verdadero. La pereza espiritual puede entristecer a la persona al punto de abatir el ánimo, oscurecer la conciencia moral y alejar a la

12 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome ..., *Op. Cit.* p.13-14.

13 Cfr. Fank JD. Psychotherapy: The Restoration of Morale. *American Journal of Psychiatry*. [revista en Internet]* 1974 marzo [acceso 19 de mayo 2023]; 131(3):271-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>

14 Ibid.

15 Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliative Care* [Internet] * 2001; [acceso 20 de junio 2023];17(1): p.14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/082585970101700103>

16 Tomas de Aquino, *Summa Teológica*, Parte II-IIae - Cuestión 35.

persona de todo bien espiritual e inclusive, promover acciones contrarias al bien verdadero. Actualmente la acedia se aproxima a una depresión leve y su vínculo con la desmoralización parece más útil para los pacientes que se encuentran en Cuidados Paliativos¹⁷.

La frecuencia del SD y su falta de reconocimiento podrían asociarse en algunas situaciones clínicas con el riesgo potencial de deseos anticipados de muerte. Es cada vez más relevante en la psico-oncología, por eso, es necesario evaluarlo de manera precisa para poder planear una intervención adecuada. El diagnóstico se puede realizar a través de una entrevista clínica mediante una evaluación multidimensional minuciosa, y también, se puede utilizar una nueva versión de la Escala de Desmoralización (DS-II)^{18 19}, que incluso se encuentra disponible en español²⁰. Cuando se utiliza la escala DS II para el diagnóstico clínico es importante que se encuentre validada para el idioma correspondiente y con la adaptación transcultural necesaria para la población donde se la quiere implementar²¹. Algunos autores sugieren que es recomendable aplicar la escala mediante una entrevista y no que se le entregue al paciente como un instrumento autoadministrado. Podría suceder, especialmente en poblaciones con bajo nivel educativo, que tengan dificultades para la comprensión de palabras difíciles, pudiéndoles generar una percepción negativa algunas de las preguntas exploratorias, haciendo que se sientan molestos u ofendidos. Igualmente, ante la duda diagnóstica también sugiere realizar una evaluación psicológica rigurosa y efectuar múltiples evaluaciones en diferentes momentos de la enfermedad, debido a que puede dar puntuaciones

17 Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliative Care* [Internet] * 2001; [acceso 20 de junio 2023];17(1): p.14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/082585970101700103>

18 Cfr. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hempton C, Michael N, Fischer J, et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-external validity: DS-II: External Validity. *Cancer* [revista en Internet] * 2016 [acceso 24 de abril 2023]; 122(14):2260–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.30012>

19 Cfr. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Michael N, Fischer J, Franco M, et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-internal validity: DS-II: Internal Validity. *Cancer* [revista en Internet] * 2016. [Acceso 24 de abril 2023]; 122(14):2251–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.30015>

20 Cfr. Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Barreto P. Demoralization Scale in Spanish-speaking palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* [revista en Internet] * 2016 [acceso 24 de abril 2023] ;51(4):769–775.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.019>

21 Cfr. Palacios-Espinosa S, Pedraza R. Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. *Av Psicol Latinoam* [revista en Internet]* 2020 [acceso 24 de abril 2023]; 38(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v38n3/2145-4515-apl-38-03-84.pdf>

distintas si el paciente se encuentra con mucho sufrimiento o con síntomas no controlados²².

En el proceso de diagnóstico, sin importar la estrategia o el instrumento utilizado, se deberían considerar los siguientes criterios: a) síntomas afectivos de angustia existencial, incluyendo desesperanza y pérdida de sentido en la vida; b) actitudes cognitivas de pesimismo, impotencia y sensación de fracaso personal; c) ausencia de voluntad o motivación para afrontar situaciones de estrés emocional; d) aislamiento social, ausencia de apoyo o una red de contención; e) fluctuación en la intensidad de las emociones y persistencia por más de dos semanas; f) ausencia de trastorno depresivo mayor y otros desórdenes psiquiátricos.

Es importante mencionar que el SD no está incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV y V)²³ como lo está la depresión. El SD tiene dentro de su estructura un componente dado por algunos síntomas depresivos, pero son dos condiciones clínicas independientes²⁴. Asimismo, se lo propone como una nueva categoría diagnóstica en cuidados paliativos. Su conceptualización como síndrome mejorará el reconocimiento para el tratamiento de un estado clínico no infrecuente y que podría mejorar la calidad de vida de los pacientes²⁵.

La enfermedad en su fase final es un proceso dinámico y muy complejo que implica un gran esfuerzo y desgaste a nivel psicológico, moral y espiritual. Este proceso puede conducir a dificultades adaptativas pudiendo influir en las decisiones morales.

PREMISA ANTROPOLOGICA

La literatura disponible concerniente al síndrome de desmoralización no hace referencia explícita al fundamento antropológico y ético de este fenómeno clínico. No obstante, es importante reconocer que subyace una antropología tácita de referencia, centrada en las múltiples dimensiones de la persona que sufre una enfermedad progresiva e incurable, sobre todo, en la etapa final de la enfermedad²⁶.

22 Cfr. Ibid.

23 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome ..., Op. Cit.

24 Cfr. Palacios-Espinosa S, Pedraza R. Propiedades psicométricas..., Óp. Cit.

25 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome ..., Op. Cit.

26 Cfr. Viaggio Cristian, Lorena Patricia Etcheverry, Paula Regina Olaizola, Marisol Rodríguez Goñi, Proceso de toma de decisiones en la transición al cuidado hospice. Hospitalidad compasiva en el final de la vida, Vida y Ética (Bs.As.). 2023; Vol. 23 Núm. 1: 19-24.

Esta consideración antropológica es necesaria, pero no es suficiente cuando nos enfrentamos a cuestiones existenciales complejas como son el sentido de la vida, las decisiones morales y el fin último del hombre. Por eso, consideramos desde el punto de vista médico y filosófico, que es ineludible proponer una *premisa antropológica* y *ética* sólida, para que nos guíe por un camino de discernimiento sin perdernos en los laberintos de algunas de las filosofías contemporáneas²⁷.

La cuestión primordial en nuestro análisis está determinada por del fundamento antropológico, ético y metafísico que realizamos sobre la persona y que nos permite aproximarnos al síndrome de desmoralización desde el personalismo ontológico. El sufrimiento psíquico y moral al final de la vida no se puede abordar solo desde la perspectiva psicológica. La psicología debería abrirse a una dimensión espiritual sapiencial, y reconocer que se necesitan de otros saberes para la comprensión profunda del hombre y su conducta²⁸.

El personalismo ontológico considera a la persona como *espíritu encarnado*, integrado y estructurado en todas sus dimensiones en su unidad sustancial de ser persona. El hombre como unidad sustancial, formado por la unión de dos co-principios, uno espiritual y otro corporal, con apertura hacia lo trascendente.

La trascendencia está determinada por el alma espiritual, que es única en cada persona e inmortal, permitiéndole superar la finitud de su ser y de su existencia terrenal. La búsqueda de la trascendencia es una necesidad natural muy compleja del ser humano y está fundamentada desde lo filosófico, ontológico, axiológico y también desde lo religioso.

La antropología personalista es fundamental para comprender e integrar la vida física, psíquica, espiritual y social del hombre en su realidad existencial y en orden al fin último trascendente. El alma espiritual posee dos facultades superiores, la *inteligencia* y la *voluntad*. La *inteligencia* conoce el bien universal (cuidar la salud y preservar la vida) y la *voluntad* puede amar este bien y querer realizarlo²⁹.

El hombre es persona porque es el único ser viviente que es capaz de "reflexionar" sobre sí mismo, de autodeterminarse y de encontrar un sentido a su existen-

27 Cfr. Seligmann Zelmira Beatriz, *La Ley y la Psicología Moderna*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Educa; 2012; p. 16.

28 Cfr. *Ibid.*, p. 24.

29 Cfr. Garrigou-Lagrange, *Las tres edades de la vida interior*, 3ª ed. Buenos Aires: Ediciones Desclée de Brouwer; 1944; pp. 56-57.

cia. El espíritu o alma espiritual, con inteligencia y voluntad, confiere al hombre dignidad, superioridad y posibilidad de hacerse aún mayor de lo que la naturaleza le proveyó. Esta superioridad, que va más allá de las fronteras naturales, descansa en la *imagen y semejanza* de Dios³⁰.

Una enfermedad como el cáncer, comienza en la dimensión corpórea, atraviesa la dimensión cognitivo-psicológica, manifestándose mediante emociones y sentimientos, para integrarse de forma simultánea y ordenada en la dimensión espiritual. La antropología que subsiste en los cuidados paliativos no se encuentra explícitamente definida, a diferencia del personalismo ontológico que propone comprender la dinámica del sufrimiento considerando la uni-totalidad sustancial de la persona como espíritu encarnado. La psicología que hunde sus raíces en la antropología personalista ontológicamente fundada encuentra una mayor integración de todas las dimensiones de la persona para poder comprenderlos y ayudarlos en el final de la vida. La Psicología Personalista se fundamenta en una filosofía particular y entra en diálogo con los actuales y diferentes modelos psicoterapéuticos que han surgido a través de la historia³¹. El psicoterapeuta debería entender que la dimensión psicofísica pertenece también al dominio de lo ontológico y de lo metafísico³².

El equipo de salud interdisciplinario estudiará en la práctica clínica, este fenómeno complejo a través de la evaluación multidimensional, explorando las necesidades de las diferentes dimensiones de la persona y el impacto que tienen en la generación del sufrimiento. Comprender estas necesidades es esencial para poder elaborar la estrategia de cuidado acorde a cada situación clínica.

Las "necesidades" hacen referencia a la naturaleza de la persona como un *ser carencial*, es decir, que no tiene la plenitud en sí mismo, porque no es autosuficiente, no puede bastarse a sí mismo en todas sus necesidades básicas naturales y espirituales. Es evidente que, tanto en la salud como en la enfermedad, el ser humano es un ser carencial. El ser humano, por su propia naturaleza, es un "ser en relación" que necesita en todas las etapas de su vida de otras personas para poder satisfacer sus necesidades y también auto-realizarse. Es imposible que pueda atarvesar el sufrimiento en la soledad física, psicológica, social y espiritual.

30 Basso Domingo M, O.P. Nacer y Morir con Dignidad. 3° ed. Buenos Aires: Depalma; 1991; pp. 25-33.

31 Cfr. Cañas José Luis, Domínguez Xosé Manuel, Burgos Juan Manuel (editores), Introducción a la Psicología Personalista. Madrid: Ed. Dykinson; 2013. pp. 50-51.

32 Cfr. Pio XII, Discurso al Congreso Internacional de psicoterapia y de psicología clínica, 1953, nn. 3-6.

En este contexto clínico complejo y multifactorial de las necesidades paliativas y el sufrimiento, la evidencia científica hace referencia que alrededor del 60-65% de los pacientes que necesitan CP presentan una mayor complejidad paliativa y requieren ser atendidos por equipos especializados en CP³³. Consideramos que es prioritaria la incorporación de los cuidados paliativos antes de la etapa final de la vida. Evaluar de forma preventiva las diferentes necesidades que la unidad de tratamiento paciente y familia presentan, ayuda a elaborar mejores estrategias que favorezcan la calidad de vida de los pacientes y a eviten futuros conflictos éticos.

Es frecuente que la persona frágil y vulnerable tenga una percepción negativa de su propia *dignidad*. El paciente gravemente enfermo y sin posibilidades de recuperación puede auto-percibir que tiene poco valor para sí mismo y también para los demás, porque puede sentir erróneamente que tiene pocas cosas buenas para ofrecer. Si a esta experiencia negativa de la *dignidad* le sumamos el abandono social y las dificultades para acceder a un cuidado paliativo de calidad, el paciente podría interpretar que su vida ya no tiene más sentido, pudiendo desear de forma precipitada terminar con su vida³⁴.

La obsesión postmoderna de exaltar las capacidades y la funcionalidad del ser humano como únicas fuentes de placer y bienestar confluyen en la negación de su condición natural de temporalidad, fragilidad y vulnerabilidad. Este prejuicio antropológico y social conduce a la medicina por un camino ideológico y tecnológico obsesionado con el curar, desentendiéndose de la complejidad del sufrimiento y las necesidades de los pacientes en el final de la vida, reemplazando la hospitalidad y el cuidado compasivo por la hostilidad, el desinterés y el abandono sociosanitario³⁵.

El cuidado compasivo, en la fase final de la enfermedad, es un imperativo ético determinado por la naturaleza humana irrefutable de la vulnerabilidad y el sufrimiento. Está demostrado que comprende mejor al frágil y lo consuela con mayor acierto aliviándole la percepción negativa de desvalorización que las personas

33 Cfr. Viaggio Cristian, Lorena Patricia Etcheverry, Paula Regina Olaizola, Marisol Rodríguez Goñi, Proceso de toma de decisiones en la transición al cuidado hospice..., Óp. Cit.

34 Cfr. Palacios-Espinosa S, Pedraza R. Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. Av Psicol Latinoam [revista en Internet]* 2020 [acceso 24 de abril 2023]; 38(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v38n3/2145-4515-apl-38-03-84.pdf>

35 Cfr. García Sánchez Emilio, Infinitos Heridos. El rescate de los vulnerables. Madrid: Ed. Dykinson; 2021. pp. 62-65 (e-book).

enfermas tienen sobre sí mismas. Este cuidado personalizado refuerza la autoestima y les ayuda a mantener la esperanza para comprender que aún preservan su dignidad y tienen el valor como persona que creían haber perdido.

La dignidad es un bien intrínseco y la persona es mucho más que un mero instrumento o medio, tampoco es algo reductible a sus capacidades y funciones, algo manipulable o sujeto a diseño. Calificar la dignidad como intrínseca significa que el hombre la posee por ser hombre, e implica que no la confiere ni el Estado, ni los legisladores, ni la sociedad y su reconocimiento es fuente de los derechos humanos.

La dignidad nadie puede asignarla o quitarla, es inalienable e innegociable, siendo objeto de respeto moral y también legal. Los derechos que brotan de la dignidad ontológica de cada persona preexisten al Estado, por eso tiene el deber de respetarlos para no violar la dignidad de la persona. La percepción subjetiva de la pérdida de dignidad también puede influir drásticamente en su decisión de aceptar o rechazar tratamientos efectivos o, en situaciones extremas solicitar la eutanasia o el suicidio asistido.

Los derechos que emanan de la propia naturaleza y esencia humana son universales, inviolables e inmutables³⁶. Toda conducta humana que atente o viole esta dignidad es intrínsecamente mala, es susceptible de juicio moral y violatoria de los derechos humanos. Los derechos humanos deben estar fundados en la *ley moral natural* porque que es inherente a todos los hombres y nos hace iguales en dignidad. Los académicos que participaron en la Declaración Universal de los Derechos Humanos no aceptaron esta consideración filosófica, siendo hoy motivo de debate bioético y legal.

Es importante conocer y aceptar la *ley moral natural* como fundamento de los derechos humanos porque nos permite realizar una correcta valoración de las consecuencias que puede generar el SD en las decisiones morales. Consideramos que, la estructura de la autodeterminación debería estar fundada en una antropología personalista, porque es capaz de integrar de forma simultánea, los estratos corporales y psíquicos en su unidad óptica³⁷.

36 Cfr. Puppink Grégor. *Mi deseo es la ley. Los derechos del hombre sin naturaleza*. Madrid: Ediciones Encuentro; 2020. p.48

37 Cfr. Wojtyła Karol, *Persona y acción*, Madrid: Ediciones Palabra; 2011. pp. 23-24.

2. LA CONCIENCIA MORAL EN LA PSICOLOGÍA PERSONALISTA

En el personalismo ontológico, la conciencia moral y la psicología están fundadas en la premisa antropología personalista. La *Psicología Personalista* hunde sus raíces en la filosofía realista de la persona intentando unir lo objetivo –el ser– y lo subjetivo –la conciencia y la afectividad –; lo material –corporeidad – y lo espiritual, entendiendo a la persona como espíritu encarnado o cuerpo espiritualizado. La antropología personalista, nos ayuda a integrar a la persona y comprender que las emociones deberían integrarse de forma armónica con las dos facultades superiores, la *inteligencia* y la *voluntad*.

El sufrimiento es una experiencia psico-espiritual, cognitiva y existencial, que dependerá de la experiencia de vida de cada persona, de su capacidad de afrontamiento, de su personalidad, de sus creencias y de su capacidad para resolver problemas. También estará influenciado por la mayor o menor contención social y por el significado que la persona le atribuya a la enfermedad, a la vida y a la muerte.

La crisis existencial que el paciente enfrenta en el final de la vida le ocasiona una situación de estrés emocional, moral y espiritual. Este estrés se manifiesta a través de situaciones de ansiedad, desmoralización y depresión, impidiendo un proceso de afrontamiento³⁸ adecuado que facilite la adaptación a la situación estresante.

Como mencionamos previamente, la reflexión antropológica es una necesidad clínica y epistemológica porque nos permite descubrir en esta vivencia, el dinamismo interno y externo del sufrimiento. Las dimensiones de la persona interactúan de forma simultánea y fluctúan en el tiempo, pudiendo una dimensión prevalecer sobre otra en diferentes momentos. Esta experiencia corpórea y psico-espiritual refleja un dinamismo propio que muchas veces no es controlable por la persona, generando condicionamientos en su autodeterminación en el proceso de toma de decisiones, especialmente, en el final de la vida³⁹.

El sufrimiento no controlado puede generar un afrontamiento desadaptativo que influye negativamente en las decisiones morales. La persona podría tener la percepción subjetiva de que ha perdido su propio valor o dignidad, debido a la pérdida de su autonomía, de su autoestima y de la esperanza en la curación.

38 El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para hacer frente a las situaciones estresantes, o también, para reducir el estado de malestar una vez que se produce la situación de estrés.

39 Cfr. Wojtyła Karol, *Persona y acción...*, Óp. Cit., p. 53.

Esta percepción de auto-desvalorización puede agravarse si la persona enferma se "siente una carga" para la familia.

Cuando nos enfrentamos a esta situación compleja de sufrimiento es muy difícil poder tomar una decisión moral correcta. Es frecuente, en un primer momento y de forma cuasi inmediata experimentar una "intuición moral" (corazonada o sentimiento) y, posteriormente utilizar la razón para justificar la decisión moral. Este dinamismo nos conduce por una racionalidad limitada para tomar decisiones debido a que el sufrimiento puede impactar de forma negativa y generar una ignorancia parcial de las alternativas morales⁴⁰.

Existe evidencia que la desmoralización tiene un impacto negativo sobre la capacidad de una persona para dar su consentimiento informado, condiciona e interfiere en su comprensión sobre su situación clínica, no permitiéndole desarrollar un correcto proceso de toma de decisiones. Es en esta circunstancia cuando la desmoralización severa se reconoce clínicamente como una enfermedad que afecta el estado mental del paciente pudiéndose generar conflictos éticos y jurídicos⁴¹.

Esta autopercepción es, en sí misma, intransferible y solo será experimentada por el propio "yo" de la persona. La acción humana integrada y responsable es aquella capaz de autodeterminarse de forma ordenada hacia el fin último espiritual, sobrenatural y trascendente⁴². El fin último -Bien supremo- ilumina, orienta y atrae las acciones humanas, las cuales con su propia capacidad intrínseca tienden hacia él porque constituye las exigencias de lo bueno y lo malo⁴³. En este sentido, observamos que no podemos controlar nuestras circunstancias, pero sí podremos mejorar nuestra actitud con la que vamos a afrontar una situación de estrés emocional. A pesar de la inconmensurabilidad de las experiencias interiores de las personas, si aceptamos la premisa antropológica como identidad cualitativa podremos acercarnos a este fenómeno singular que es cada paciente⁴⁴. La percepción subjetiva de la pérdida de dignidad también puede influir drásticamente en

40 Cfr. Echeverri Álvarez J. Haidt y Gigerenzer: la decisión moral como respuesta automática. *Katharsis* [revista en Internet] * 2016. [acceso 23 de marzo 2023]; (21):418. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25057/25005731.776>

41 Cfr. Kissane DW. The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. *Hastings Cent Rep* [revista en Internet] * julio-agosto 2004 [acceso 24 de abril 2023]; 34(4):21-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/3528690>

42 Ibidem.

43 Cfr. Seligmann Zelmira Beatriz, *La Ley y la Psicología Moderna*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Educa; 2012; p. 37.

44 Cfr. Wojtyła Karol, *Persona y acción*, ...Óp. Cit., p.34-36.

su decisión de aceptar o rechazar tratamientos efectivos o, en situaciones extremas solicitar la eutanasia o el suicidio asistido.

El equipo de CP puede observar frecuentemente que un afrontamiento desadaptativo podría originarse en un sufrimiento moral-espiritual no percibido por el paciente, por eso, comprender el dinamismo de las diferentes dimensiones de la persona y su relación con la conciencia moral es imprescindible. La gravedad de esta experiencia obliga al sistema de salud y a la sociedad a brindar un sistema de cuidado compasivo y competente de calidad que le permita al paciente sentirse cuidado y atendido en sus necesidades, evitándose sentimientos de indignidad.

La *conciencia moral* es el *juicio de la razón* que, partiendo de los *principios comunes* del orden moral, dictamina sobre la moralidad, buena o mala, de un acto propio que se realizó, se realiza o se va a realizar⁴⁵. Los *principios comunes* son *universales, necesarios* y *ciertos* y son previos al obrar humano. El hombre puede conocer con la propia razón natural y encarnar en cada acto particular este principio universal y objetivo de *hacer el bien* y *evitar el mal*. Este primer principio universal pertenece a la ley moral natural, que es la participación de la ley eterna en la naturaleza de la razón práctica del hombre. La ley moral natural está inscrita en el corazón de todos los hombres. Es universal porque puede ser conocida por todos los hombres, de todos los tiempos y culturas; es *inmutable* porque no cambia a través del tiempo o conforme a las circunstancias del hombre; y es *indeleble* porque está puesta en la mente, en el corazón o en la conciencia del hombre y no se puede borrar nunca⁴⁶.

El juicio reflexivo de la conciencia moral es naturalmente propio de todos los hombres y se hace más evidente cuando atravesamos situaciones de sufrimiento, sobre todo, cuando la vida se encuentra amenazada y la muerte es una posibilidad. Interpela cada uno de nuestros actos particulares como una "voz interior" que resuena en nuestro corazón y nos llama siempre a "hacer el bien y a evitar el mal"⁴⁷. Por este motivo, la espiritualidad cristiana nos anima siempre a formar nuestra conciencia durante toda la vida, practicando la sinceridad con uno mismo, con los demás y si es creyente, con Dios. Es evidente que existe una "conciencia verdadera" y una "conciencia errónea" que influye en el obrar humano y que determina que una acción sea *éticamente correcta* o *incorrecta*.

45 Cfr. Basso Domingo M., O.P. Los fundamentos..., Óp. Cit., p. 199.

46 Tomas de Aquino, Summa Teológica, I-II q 94 intr.

47 Cfr. Catecismo de la Iglesia Católica, n. 1776.

Las cuestiones morales no resueltas tienen mucha importancia en el final de la vida, porque pueden ser causa de una angustia existencial severa que le genere a la persona un síndrome de desmoralización. El terapeuta o acompañante espiritual debe tener precaución y no subestimar cuando un paciente presenta un sufrimiento moral-espiritual intenso. Es habitual que, por desconocimiento o falta de formación, se aconseje que debemos "obrar según el dictamen de la conciencia" sin comprender que, no siempre contamos con una conciencia clara, cierta y debidamente formada. Es evidente que no se puede separar la psicología de la ética y ambas de la antropología porque se pueden generar contradicciones morales importantes.

Para preservar la dignidad y la moral de la persona que sufre es imprescindible un abordaje interdisciplinario para cuidarlo y comprenderlo. Respetar su autonomía, permitirle que participe del proceso de toma de decisiones, controlar los síntomas y atender sus necesidades psico-espirituales lo ayudará a que pueda mantener la normalidad de sus rutinas en la medida posible. También se deberá apoyar y estimular el cuidado social asesorando a su familia para que interactúe activamente con el paciente evitando que sienta que es una carga para los demás. Todas estas acciones contribuirán a que el paciente pueda encontrar su bienestar físico, moral, psico-espiritual y familiar, disminuyendo las posibilidades que se produzcan un síndrome de desmoralización y una claudicación familiar en el cuidado.

En la práctica clínica se han diseñado diferentes intervenciones basadas en la evidencia clínica para evitar la desintegración interior, la desesperanza, la pérdida de sentido y los sentimientos de indignidad. Algunas de las diferentes intervenciones que se recomiendan, entre otras, son: terapia de búsqueda de sentido; terapia familiar para potenciar el soporte del enfermo; terapia de reconciliación; terapia cognitiva; terapia de la dignidad y acompañamiento espiritual.

DELIBERACIÓN A LA LUZ DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

La bioética se ha desarrollado desde sus inicios generando espacios de debates racional y plural tratando de estimular el *pensamiento crítico* de los problemas

morales surgidos en torno a la vida y también al cuerpo porque son dos realidades indisolublemente unidas⁴⁸.

Analizaremos a la luz de los principios del personalismo ontológico las consecuencias del *síndrome de desmoralización* en el proceso de toma de decisiones. Consideramos que es imprescindible en la deliberación bioética la reflexión previa sobre la premisa antropológica, su relación epistemológica y clínica con la psicología y la conciencia moral para la comprensión del SD. Es importante que la bioética no se limite sólo al conocimiento filosófico teórico y al desarrollo de habilidades procedimentales. Es necesario también, que este conocimiento teórico-práctico, se traslade a la praxis clínica para una mejor comprensión de la persona que sufre y que nos permita proponer estrategias en el acompañamiento clínico y psico-espiritual donde se respete la vida y la dignidad de la persona. Es fundamental que el profesional de la salud que se dedica a la bioética se involucre en la praxis diaria del proceso de toma de decisiones antes de que se instale el conflicto ético.

En la praxis clínica se nos presentan diferentes situaciones y problemas éticos que necesitan evaluarse desde un análisis bioético racional, que respete las diferentes creencias morales y sea posible un acuerdo moral sobre los mínimos éticos aceptables y exigibles a todos⁴⁹.

Las dificultades que se nos plantean es que no siempre hay acuerdo moral sobre los mínimos aceptables. Por tal razón, la base para nuestro razonamiento es la premisa antropológica y ética propuesta por la bioética personalista ontológicamente fundada. Este marco de referencia es importante frente a la diversidad de tradiciones filosóficas y éticas en que se funda la bioética en los diferentes ámbitos académicos

Es evidente observar cuando estudiamos el síndrome de desmoralización que no hay una concepción unívoca del hombre y su moralidad. Generalmente, la filosofía sobre la cual se fundamenta la psicología contemporánea parte de una antropología y ética distintas al personalismo ontológico.

Es importante comprender que el sufrimiento al final de la vida no puede abordarse desde la perspectiva de una sola ciencia como la psicología, sino que, hay que incorporar diferentes saberes que nos ayuden a comprender mejor a la

48 Cfr. Gracia Diego, *Bioética Clínica*. 2ª ed. CABA: Ed. Búho, 2021. pp. 19-21

49 Cfr. *Ibid.*, p.9

persona que sufre. Intentar comprender la *desmoralización* y su implicancia en la conducta humana en el final de vida es simplemente una aproximación que no está exenta de dificultades, debido a la complejidad de la persona en el final de la vida y a las diferentes circunstancias en la que transcurre esta etapa.

Los principios de la bioética personalista no solo nos iluminan por su coherencia interna en el orden de la fundamentación, sino que también, mediante su jerarquización, integración y no contradicción epistemológica nos ayudan para comprender situaciones clínicas complejas en el final de la vida.

A) Defensa de la vida física:

El síndrome de desmoralización está íntimamente relacionado a la vida y al ejercicio de la libertad durante el proceso de toma de decisiones. Los pacientes con síndrome de desmoralización, a pesar de no estar deprimidos, podrían tener un deseo anticipado de muerte. El equipo terapéutico debe esforzarse por lograr un entendimiento empático con el paciente y su familia, para ayudarles a comprender la situación clínica compleja y acompañarlos en el proceso de toma de decisiones.

Es evidente que los problemas psicológicos y espirituales no resueltos como, la pérdida del sentido de la vida, el pesimismo, la pérdida de autoestima, la desesperación, la falta de percepción de un futuro mejor, podrían tener un impacto negativo en las decisiones morales. Es decir, nos podrían conducir a tomar decisiones morales erróneas que atenten contra la vida y la integridad de la persona. Este sufrimiento, si no es percibido por el equipo terapéutico, podría precipitar a la persona que sufre para solicitar el suicidio asistido o la eutanasia, creyendo que es la única solución posible⁵⁰. Distinto es el deseo de muerte que puede tener una persona, con una enfermedad terminal, sin desesperación, sin crisis de sentido, esperando que llegue la muerte con aceptación y sin buscar los medios necesarios para acelerar la muerte. Estos pacientes, sin presentar dificultades para el afrontamiento, consideran que, a pesar del sufrimiento, la vida es digna de ser vivida, encontrando con esperanza los medios para seguir disfrutándola⁵¹.

50 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome ... Op. Cit.

51 Cfr. Kissane DW, The contribution of demoralization to end of life decisionmaking, ...Op. Cit.

Es prioritario durante el cuidado compasivo respetar el derecho de los pacientes a conocer su diagnóstico y pronóstico, y también a que participen en el proceso de toma de decisiones. Es moralmente lícito, rechazar los tratamientos desproporcionados que intentan prolongar la vida, mediante intervenciones médicas no adecuadas, especialmente cuando la muerte es previsible, inminente e inevitable.

El personalismo ontológico considera que la vida es un *don* y un *bien* que unifica de forma integral todo el desarrollo de la persona en cuanto espíritu encarnado. La *vida física* del hombre no representa algo extrínseco a la persona, sino que representa el valor constitutivo fundamental y no absoluto de la persona. No es un valor absoluto, porque la vida corporal (física) no agota toda la riqueza de la persona, la cual es también espíritu, y por esto trasciende como tal al cuerpo mismo y a la temporalidad.

Para comprender el *principio de defensa de la vida física* es necesario entender la premisa antropológica y el significado del cuerpo en el *ser persona*. El *cuerpo* o *corporeidad* es respecto de la persona co-esencial, es su encarnación primera, fundamento único en el cual y por el cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio. El cuerpo le permite a la persona la expresión de los demás valores como la libertad y sociabilidad. La persona sin su cuerpo no podría realizar sus actos humanos ni relacionarse con las demás personas. Consecuentemente, el don de la vida es necesario y fundante de la persona para que pueda ejercer su libertad con responsabilidad.

Es evidente que en nuestra sociedad pluralista conviven creencias y posturas filosóficas, y en cada grupo coexisten códigos morales distintos. El fundamento filosófico que se emplee para los conceptos de "persona" y "vida" será determinante para comprender las decisiones morales que se tomen en el final de la vida.

La ética de raíz teológica interpreta la vida desde el criterio de "sacralidad de la vida" y la ética secular, sobre todo la de fundamento utilitarista, lo interpreta desde un concepto biologicista materialista como sinónimo de "calidad de vida"⁵². Con respecto a la libertad, se ha elevado a la categoría de derecho humano fundamental y el respeto a las creencias morales de todas las personas se entiende como el derecho a libertad de conciencia⁵³. Consecuentemente, según cómo se relacionan el derecho a la vida y el derecho a la libertad de conciencia en el proceso de toma de decisiones, podremos respetar la vida como principio supremo o,

52 Cfr. Gracia Diego, *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 3ª ed. Buenos Aires: Ed. Astrea, 2021. p. 1.

53 Cfr. *Ibid.*, p. 9.

de lo contrario, podría colisionar con el derecho a la libertad para quien decidiera solicitar terminar con su propia vida.

El personalismo ontológico fundamenta que los dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a la libertad (autonomía), para tomar nuestras propias decisiones, no se encuentran en un mismo nivel ontológico, sino que la autonomía se encuentra subordinada al valor vida. Si en la medicina y el sistema de salud no se respeta el orden jerárquico de este mínimo ético no hay posibilidad de consensos y acuerdo moral. El respeto a la vida, al *cuerpo* y a la *dignidad de la persona* en todas las etapas hasta su fin natural es innegociable.

El concepto "calidad vida" surge en el mundo capitalista como tentativa de conocer la percepción que las personas tenían acerca de su seguridad económica o buena vida. Luego es incorporado por la sociología para medir diferentes indicadores socioeconómicos. Es evidente que desde sus orígenes subyace una idea utilitarista, economicista y materialista del concepto calidad de vida. Posteriormente algunos psicólogos comienzan a estudiar e incorporar indicadores psicológicos más subjetivos como la satisfacción personal y la felicidad. La construcción del concepto "calidad de vida" ha evidenciado a través de las décadas problemas para la definición conceptual y también, para establecer las dimensiones que la comprenden, dificultades para su medición y controversias sobre los factores que la pueden influenciar. Actualmente no existe una definición unívoca del concepto y se pueden considerar diferentes modelos para evaluar la calidad de vida comprendiendo su característica multidimensional y aceptando que es un proceso dinámico en el tiempo⁵⁴.

Es importante el diagnóstico precoz del Síndrome de Desmoralización en Cuidados Paliativos para evitar la autopercepción de disminución o pérdida de la calidad de vida. Es característico en el SD que el estado cognitivo de los pacientes está negativamente orientado, dominado por el *pesimismo*, *pérdida de la autoestima*, *exageración en pensamientos catastróficos* y *falta de percepción de un futuro mejor*. Si a este estado de sufrimiento se le suma el aislamiento social, podría producir una mayor ansiedad y desesperación pudiendo generar un alto riesgo de *ideación suicida*⁵⁵. La eutanasia y el suicidio asistido son formas de gestionar la muerte que no están acorde a la dignidad de la persona. El *principio de autono-*

54 Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol [revista en Internet] * 2012 [citado el 3 de junio de 2024]; 30(1):61–71. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000

55 Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome ... Op. Cit.

mía y gestión de la muerte tienen un límite, aunque ese límite no esté claro y sea motivo de debate. El ser humano no es dueño absoluto de su propia vida, no se la da a sí mismo, sino que la recibe, le viene dada, por eso, no es moralmente lícito que se la pueda quitar⁵⁶.

Desde el personalismo ontológico consideramos que, es primordial para evaluar la calidad de vida desde una antropología y una ética de referencia que respeten el orden natural. Si el ser humano acepta ser su propia fuente de la ley moral, podría autoconstruirse y autoperibirse según su deseo, pudiendo llegar a desconocer la sacralidad de la vida y el valor moral del cuerpo durante el proceso de toma de decisiones⁵⁷. Fundar la ética en la pura razón puede resultar contradictorio y debemos comprender que hay algo previo a la propia razón y aun a la realidad humana, que es la propia naturaleza, que por tanto ha de ser considerada como un imperativo moral, como un fin en sí misma⁵⁸. La dignidad pertenece a la esencia intrínseca de cada ser humano y no es susceptible de variaciones *cuantitativas* o *cualitativas*, no puede depender de las diferentes circunstancias existenciales ni del reconocimiento personal o de la concesión ajena. La *dignidad* de cada persona se manifiesta y se expresa, ante todo, en el bien primario de la vida física.

Finalmente, la ética que proponen los Cuidados Paliativos desde sus orígenes está orientada a evitar los tratamientos desproporcionados y a afirmar la vida hasta su fin natural. Es incuestionable que no se identifican con la eutanasia y que respetan a la muerte como parte del proceso evolutivo natural de la enfermedad cuando no se la puede curar⁵⁹.

B) Libertad y responsabilidad

El derecho al consentimiento informado obliga al equipo de salud a informar al paciente de todo aquello que pueda resultarle necesario, relevante y suficiente, sobre su estado de salud, para que le permita participar de forma libre y responsable, en el proceso de toma de decisiones. Las dificultades con el consentimiento informado se presentan, cuando la información que deberían brindarle al paciente tiene que limitarse debido a alguna razón justificada. Es innegable observar en

56 Cfr. Gracia Diego, *Ética en los Confines de la Vida*. 2ª ed. Buenos Aires: Ed. Astrea- Ed. Búho; 2022. pp. 340-341.

57 Cfr. *Ibid.*, pp. 171-187.

58 Cfr. *Ibid.*, p. 338.

59 *Ídem.*

la práctica clínica que existen varias excepciones al principio del consentimiento informado. Una de estas excepciones, que nos interesa analizar en el artículo es la "incapacidad cognitiva" que podría generarle al paciente un sufrimiento severo como consecuencia de un afrontamiento desadaptativo⁶⁰.

El Síndrome de Desmoralización se manifiesta a través de diferentes grados de sufrimiento psico-espiritual con ambivalencia emocional y cognitiva, pudiéndole generar al paciente alguna limitación en su comprensión para un consentimiento libre y verdaderamente responsable⁶¹. La evidencia científica ha demostrado que, la falta de esperanza junto a la pérdida del sentido de la vida puede ocasionarle a la persona que sufre un condicionamiento moral que no le permite discernir correctamente sobre el verdadero valor y significado de la vida. Esta autopercepción es siempre subjetiva, no es "pura" y "objetiva", sino que está influenciada por reacciones emocionales que condicionan, de forma positiva o negativa, las decisiones morales durante la experiencia del sufrimiento⁶². Asimismo, el paciente percibe que su calidad de vida es pobre y que la vida ha perdido el sentido placentero que consideraba que tenía, generándole desesperanza y vislumbrando en la muerte anticipada -eutanasia, suicidio y suicidio asistido- un "falso bien aparente" para terminar con su propio sufrimiento. A pesar de que esta angustia psicológica y existencial es intransferible y solo la propia persona puede darle sentido⁶³, un equipo de cuidados paliativos debe siempre acompañar y ayudar a "discernir" sobre el sentido del sufrimiento aceptándose que no siempre es posible el alivio total⁶⁴. Es importante resaltar que no se deberían tomar decisiones apresuradas influenciadas en la subjetividad de las emociones porque la irreversibilidad de la muerte no permite la rectificación de errores⁶⁵.

Desde el punto de vista médico y bioético consideramos que no deberían plantearse la eutanasia y el suicidio asistido como una "solución técnica" para la erradicación del sufrimiento y tampoco justificarla a través del "derecho a no sufrir". Esta ética que se esfuerzan por establecer en la actualidad es derivada de la cultura moderna que exacerba el principio de "autonomía" y el concepto de

60 Cfr. Gracia, Diego, *Bioética Clínica...*, Op. Cit. pp. 80-81.

61 Cfr. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. *Demoralization syndrome ...* Op. Cit.

62 Cfr. *Ibidem*, pp.79-81

63 Cfr. Gracia, Diego, *Bioética Clínica...*, Op. Cit. pp. 19-21

64 Cfr. *Ibid.*, p. 23.

65 Cf. Margarita Boladeras, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*. Barcelona: Ed. Los libros del lince; 2009. P.33

“derecho”⁶⁶. Los derechos humanos no se deben fundar en los propios deseos y autopercepciones subjetivas porque el riesgo de decisiones morales erróneas es muy alto. No se pueden legalizar y universalizar prácticas que dependan de la cosmovisión completamente relativa que cada persona haga de su propia humanidad⁶⁷.

La eutanasia no es un derecho porque no se funda en la ley moral natural y tampoco es una respuesta integral y adecuada a la dignidad de la persona. La actitud que absolutiza el concepto del máximo bienestar y se esfuerza en lograr la ausencia total de dolor -Cultura del bienestar- se convierte en una utopía que posee la creencia que los descubrimientos científicos nos permitirán acabar con el dolor⁶⁸. Este pensamiento científico radicalizado y fundado en la cosmovisión biologicista evolutiva -Transhumanismo- considera que se podrá erradicar el dolor y también la muerte. Sostienen que la muerte ya no será un misterio metafísico del que se encargan sacerdotes y teólogos, sino que al ser una “falla técnico-biológica”, en un futuro podrá ser corregida por bioingenieros⁶⁹. Este es uno de los tantos desafíos al que hoy enfrentamos desde la bioética en una sociedad pluralista, donde se impone cada vez más la hegemonía del economicismo y del utilitarismo, aplicando soluciones tecnológicas a los procesos de creación de la vida y también para la gestión de la muerte. Estos procedimientos pueden convertirse en procesos de erosión del respeto a la vida y a la dignidad humana⁷⁰.

Para evitar la hegemonía de estas cosmovisiones extremas, el personalismo ontológico propone una premisa antropológica fundada en la esencia de la naturaleza humana, aceptando que el hombre es un fin en sí mismo y no un medio al que podamos instrumentalizar. A diferencia del materialismo biologicista, la noción de persona fundada en el personalismo implica cierto grado de perfección ontológica donde se integran la espiritualidad, el conocimiento y la libertad con el fin último del hombre. Por eso, ejercer la libertad con responsabilidad es esencial para que el hombre, conforme a su naturaleza racional, pueda llegar a la plenitud -perfección- de su ser. Debemos comprender que el derecho a la libertad está enraizado en el derecho a la vida porque para ser libres se requiere estar vivos,

66 Cfr. Gracia Diego, *Bioética Clínica...*, Op. Cit. pp. 23.

67 Cfr. Puppink Grégor. *Mi deseo es la ley. Los derechos del hombre sin naturaleza*. Madrid: Ediciones Encuentro; 2020. p. 45.

68 Cfr. Gracia Diego, *Bioética Clínica*. 2ª ed. CABA: Ed. Búho; 2021. pp. 19-21

69 Cfr. Harari Yuval Noah, *Homo Deus*. 14ª ed. Breve historia del mañana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Debate; 2020 pp.33-37

70 Cfr. *Ibid.*, p. 22

y es la condición indispensable para que todos y cada uno de nosotros podamos ejercer la libertad⁷¹.

Es necesario detenerse sobre este punto, porque no hay acuerdo entre las escuelas de bioética, sobre cuáles son los "límites" de la libertad y de la autonomía, sobre todo, cuando la decisión del paciente es contraria a un derecho primario y esencial como es el "derecho a la vida" o, cuando el ejercicio de su autonomía entra en conflicto con los principios morales del agente salud. No debemos colocar la autonomía por encima de la vida sabiendo que es un don y bien fundamental. Los animales no tienen libertad para actuar porque están determinados por su instinto biológico, es decir, actúan de forma determinada según su naturaleza.

La *libertad* es una propiedad exclusiva de la esencia y naturaleza del hombre, es decir, del *ser racional*. La dignidad humana requiere que el hombre actúe según su *conciencia y libre elección*, y no bajo la presión de un ciego impulso interior o de la mera coacción externa⁷². El hombre actual, se ha autoconstruido conforme a una moral subjetiva, no trascendente y según él, libre de todo prejuicio social o religioso. En definitiva, ha desvinculado la libertad de la verdad metafísica y ha llegado a exaltar la libertad hasta el extremo de considerarla como un absoluto, que sería la fuente de los valores⁷³.

La *responsabilidad moral* está implícita en las decisiones libres involucrando el concepto de "valoración de los bienes" en cuestión ante la elección libre, debiendo también responder frente a la conciencia moral como ya hemos desarrollado⁷⁴. Es primordial formar la conciencia para poder formular un juicio recto, concreto y personal que, partiendo de los *principios o preceptos* del orden moral, *hacer el bien y evitar el mal*, le permitan a la persona enferma conducir el proceso de toma de decisiones con responsabilidad conforme su propia naturaleza y esencia⁷⁵.

El sufrimiento experimentado por la persona con SD a menudo puede originar un deseo anticipado de muerte o, incluso, en una ideación autolítica. Es imperioso frente a la solicitud de eutanasia y suicidio asistido investigar si subyace un síndrome de desmoralización, un trastorno por ansiedad o una depresión que puedan influir en el proceso de toma de decisiones. Los profesionales de salud

71 Sgreccia Elio, Manual de Bioética, 2ª Ed. España: BAC; 2009. pp. 222-223.

72 Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005. n.135.

73 Juan Pablo II, Veritatis Splendor, Ciudad del Vaticano; 1993. n.32.

74 Ibidem, p.192

75 Cfr. Basso D.M., O.P. Los fundamentos de la moral. Buenos Aires: Ed. Alfa Beta S.A.C.I.F y S; 1993. p. 199.

mental con experiencia clínica en pacientes con deseos anticipados de terminar tempranamente con su vida o con ideación suicida sostienen que ningún factor es tan decisivo como la presencia de una depresión y, de hecho, se ve que es éste el único elemento que permite predecir el deseo de morir. Cerca del 95% de los que se suicidan padecen una enfermedad mental diagnosticable en los meses previos al suicidio y, solo el 2 al 4% de los suicidios se producen en el contexto de una enfermedad terminal. Si el médico no conoce la ambivalencia moral, la ansiedad y la depresión subyacente en una petición de muerte el paciente quedará atrapado por esa misma petición, y puede morir aterrado sin que nadie intente ayudarlo⁷⁶. Muchas veces, en la práctica clínica, el suicidio asistido y la eutanasia se convierten en formas de tratar la frustración del médico o equipo tratante que produce el no poder curar la enfermedad, no aliviar el sufrimiento en su totalidad y no encontrar un sentido a la situación clínica imperante⁷⁷.

Es necesario un acompañamiento terapéutico que ayude a las personas que sufren a descubrir en la experiencia de vida cotidiana el valor pleno de su dignidad espiritual, ayudándoles a comprender que es única, verdadera y bella, con capacidad de trascender la realidad material de sus capacidades físicas disminuidas. Una persona con sufrimiento y con dificultades para el afrontamiento está interiormente condicionada para tomar decisiones plenamente libres, motivo por el cual, se puede generar el deseo anticipado de muerte.

Las cuestiones emocionales en el final de la vida pueden influir en la voluntad, en nuestro estado de ánimo y también en nuestras decisiones morales en cuanto a lo que está bien o lo que está mal. El equipo paliativo debe favorecer la autonomía del paciente para reemplazar la percepción de impotencia ante las circunstancias con la pérdida de cierto grado de control sobre la respuesta interna y el entorno. Algunos psiquiatras proponen que el Síndrome de Desmoralización, es un trastorno cognitivo diagnosticable, que podría limitar la autonomía y competencia de la persona enferma para su consentimiento durante el proceso de toma de decisiones⁷⁸.

76 Heber Hendin, M.D. *Seducidos por la muerte*. España: Ed. Mercurio; 2020. pp. 41-44.

77 Cfr. *Ibid.*, p.46

78 Cfr. Kissane WD, *The Contribution of Demoralization to End of Life...*, Op. Cit.

C) El principio de totalidad o principio terapéutico:

Este principio se fundamenta en que la *corporeidad humana* es un *todo unitario* resultante de partes diferentes, unificadas entre sí de forma orgánica por la existencia única y personal⁷⁹. El principio fundamental de la inviolabilidad de la vida, subalterna a este principio, sabiendo que para salvar al todo y la vida misma, a veces es necesario mutilar una parte del organismo.

La aplicación más relevante de este principio es en la cirugía, sobre todo, en la cirugía oncológica para extirpar tumores. Este principio terapéutico es éticamente correcto cuando, la persona con cáncer y debidamente informada, acepta que se le realice una intervención proporcionada sobre el órgano enfermo para que le ayude a la curación o mejorar la sobrevida. Además, no debe haber otra posibilidad terapéutica y los beneficios deben superar los riesgos⁸⁰.

La uni-totalidad de la persona hace referencia al bien que significa la *integridad física, moral y espiritual* que está inscrito en la naturaleza del ser humano. El *bien corporal* es considerado dentro del conjunto del *bien espiritual y moral* de la persona y no es entendido como bien exclusivo. Este principio nos indica que no es ético mutilar un órgano sano porque el daño se estaría realizando a la persona. De esta manera, nos ayuda a comprender el impacto que tienen las enfermedades incurables sobre la corporeidad, como es el cáncer o las enfermedades neurológicas degenerativas. Lo que le ocurre al cuerpo repercute en toda la persona, pudiendo generar una autopercepción distorsionada con impacto psicológico negativo que podría conducirlo por diferentes síndromes psicológicos como la depresión, la ansiedad y el síndrome de desmoralización.

Comprender la corporeidad integrada con la espiritualidad de forma armónica, en la uni-totalidad de la persona, no es simple para quien se encuentra sufriendo. El ser humano por su propia naturaleza tiene una tendencia desordenada hacia la corporeidad, sobre todo, hacia el bienestar psicofísico y hacia los placeres sensibles. Las enfermedades crónicas e incurables progresan generando limitaciones psicofísicas importantes, dificultando el bienestar diario y la concreción de actividades que cada uno considera como prioritaria, según sus valores y el proyecto de vida personal. Esto nos demuestra que el significado que cada persona le asigne a su cuerpo es muy importante e influye, en mayor o menor medida, en actitudes

79 Cfr. Sgreccia Elio, Manual de Bioética (I)..., Op. Cit., p. 223.

80 Ibid.

cognitivas de pesimismo y sensación de fracaso personal. Este fenómeno complejo influye en el proceso de toma de decisiones, por eso, debemos comprender la dinámica del Síndrome de Desmoralización de forma armónica e integrada entre la antropología, la ética, la psicología y la metafísica.

En la relación clínica y en el proceso de toma de decisiones intervienen un grupo heterogéneo de personas, los profesionales, el paciente, la familia, la sociedad con la impronta cultural y las diferentes políticas sanitarias. La complejidad de todas estas variables influye en la gestión de la vida y el cuerpo. La enfermedad es un fenómeno complejo no solo es un hecho biológico específico, sino que, siempre tiene un momento de estimación o valoración según cada persona que interviene en la relación clínica⁸¹.

El personalismo ontológico propone una antropología con apertura a lo trascendente, donde el cuerpo animado por un alma espiritual e inmaterial es la persona en su uni-totalidad sustancial. El ser humano es un administrador de su cuerpo no pudiendo realizar acciones que vayan en contra de este orden natural porque atentaría contra la integridad y dignidad de su *ser persona*. Esta realidad se diferencia del pensamiento liberal moderno que considera que el cuerpo es una propiedad del ser humano y que al ser su propio dueño podría manipularlo según sus decisiones libres, sin importar las consecuencias y sin ajustarse a la ley moral natural.

La cosmovisión liberal llevada al extremo materialista y cerrado a la trascendencia espiritual podría plantear la búsqueda de la felicidad en el placer y el bienestar físico, a través de la remodelación del cuerpo mediante la biotecnología, pretendiendo cumplir su proyecto utópico -transhumanista- evolucionista de promover el *Homo sapiens* a *Homo Deus*⁸².

Como ya hemos mencionado, es importante fundar la naturaleza humana y "el orden social" en el "orden natural" porque en ausencia de un orden moral basado en la estructura lógica del universo, la realidad queda sometida a la construcción de otra fuente posible de legitimidad, impuesta por la voluntad humana de los más poderosos sobre los más débiles⁸³.

81 Cfr. Gracia Diego, *Bioética Clínica*. 2ª ed. CABA: Ed. Búho; 2021; pp. 70-73.

82 Cfr. Harari Yuval Noah, *Homo Deus*. 14ª ed. Breve historia del mañana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Debate; 2020; pp. 53-56.

83 Cfr. Jones Michael E. Ph.D. *La Epifanía del Logos*. Historia de la realidad última. Buenos Aires: Ed. Fidelity Press; 2022. p.75.

D) El principio de sociabilidad y subsidiaridad

Este principio se integra y se complementa con los anteriores para ayudarnos a comprender por qué necesitamos ser cuidados y cuál es el fundamento donde surge la obligación moral para la concreción del bien común. Cuando describimos el SD observamos que, el *aislamiento social*, la *ausencia de apoyo* y la falta de una *red de contención* generan mayor impacto emocional y un mayor sufrimiento a la unidad de tratamiento paciente-familia.

La *sociabilidad* es una característica intrínseca de la naturaleza humana. El hombre, al ser *libre y responsable*, reconoce la necesidad de integrarse para colaborar con sus semejantes⁸⁴.

El ser humano es por naturaleza un *ser social* y un ser carencial, en todas las edades y etapas de su vida, desde la concepción hasta su muerte. Este fundamento antropológico *relacional* es necesario para ayudarnos a comprender las necesidades que el paciente tiene en todas sus dimensiones, física, psíquica, social y espiritual. La sociabilidad determina la obligación moral que la comunidad y el sistema de salud tienen en cada una de las etapas de la vida, sobre todo, en las que el ser humano es más vulnerable. Esta verdad antropológica y social, presente en las comunidades y culturas, no implica una simple convivencia, sino un imperativo ético que obliga a todos los miembros de la sociedad a buscar recursos para el bien de las personas más frágiles. Este es el fundamento donde se encuentran enraizados la virtud de la *solidaridad* y el principio de *subsidiariedad*.

La *solidaridad* y la *subsidiariedad* son un deber moral necesario que alcanzan y obligan a todas las personas, a la comunidad y al Estado, para poder lograr la concreción del bien común.

El *bien común* está fundado en que todos los seres humanos somos iguales en dignidad y derechos. El bien común se define como todo "el conjunto de condiciones de la vida social que hacen posible las asociaciones y a cada uno de sus miembros el logro más pleno y fácil de la propia perfección". El bien común es de todos y cada uno, es indivisible, solo juntos podemos alcanzarlo y no es la simple suma de los bienes particulares de cada persona. La persona no encuentra realización solo en sí misma.

84 Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005. n. 149.

La persona no es totalmente autosuficiente, siendo sus necesidades básicas de orden natural y también espiritual. No puede bastarse a sí mismo en todas sus necesidades físicas, psíquicas, espirituales y sociales, necesitando para su plena autorrealización la interacción y el cuidado de otras personas.

La *sociabilidad* compromete a todas y cada una de las personas en su propia realización y a participar en la concreción del bien de sus semejantes. Comprender estas necesidades es esencial para poder elaborar una estrategia de cuidado acorde a cada situación clínica. La persona para desarrollarse responde a sus múltiples necesidades integrándose y colaborando con sus semejantes a través de las diferentes instituciones sociales que le permiten garantizar los diferentes bienes necesarios en su vida cotidiana⁸⁵.

La *vida* y la *salud* son *bienes primarios* esenciales, motivo por el cual, cada persona y la sociedad tienen la *obligación moral* de cuidarlos. La vida moral debe basarse en el respeto de la vida corporal y espiritual de las personas, incluida sus creencias religiosas, morales, culturales y políticas. Estos bienes, tutelados cada uno por el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la libertad de conciencia, se deben garantizar poniendo a disposición todos los medios necesarios, incluso a costa del esfuerzo de los que tienen una posición social desahogada⁸⁶. Es importante comprender que los principios en su especificidad no deben conducir a su utilización parcial y errónea, sino que deben promoverse de forma teórico-práctica en su conexión, reciprocidad y complementariedad⁸⁷.

El principio de *justicia* es necesario para la concreción del bien común, sobre todo, y con especial énfasis, en las personas más frágiles y vulnerables. La vida siempre es frágil y la existencia del hombre está siempre amenazada. La ética determina el imperativo moral que tenemos todas las personas de cuidar a los miembros más débiles de la sociedad para la concreción del principio universal de justicia⁸⁸.

Esta obligación moral de justicia social promueve, en las diferentes comunidades, la asociación libre del mayor número de personas para que participen en la vida social, creando instituciones con fines económicos, sociales, culturales, profesionales y sanitarios, entre otras. Las instituciones no son uniformes y pueden

85 Ídem.

86 Sgreccia Elio, Manual de Bioética (I)..., Op. Cit., p. 226.

87 Cfr. Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005. n. 162.

88 Cfr. Gracia Diego, Bioética Clínica. 2ª ed. CABA: Ed. Búho; 2021. pp. 27-29

revestir diferentes expresiones, conservando cada una de ellas su propia fisonomía y autonomía⁸⁹.

La familia es la institución natural primaria donde sus miembros tienen el deber moral de una participación primordial en el cuidado de sus miembros más vulnerables. En la comunidad familiar se expresan los primeros valores de la solidaridad donde las personas más frágiles se sienten acogidas y cuidadas, experimentando su plena dignidad a pesar de sus limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad.

La estructura familiar es primordial para la tarea de cuidado. Es frecuente que el SD se genere o se agrave por falta de la capacidad de adaptación de la familia para asumir el cuidado del paciente y hacer frente a la crisis. Es necesaria la evaluación psicosocial para poder detectar la presencia de problemas en el funcionamiento familiar, valorando el grado de sobrecarga física, psicológica y económica. Diferentes factores imposibilitan el cuidado por parte de la familia, la falta de acceso a recursos básicos, viviendas precarias, niños pequeños que deban enfrentar la muerte de un ser querido y vivir en zonas rurales son algunas de las condiciones que dificultan el afrontamiento.

El principio de sociabilidad justifica y promueve en la comunidad la solidaridad mediante el voluntariado asistencial, haciendo posible un servicio fraternal de los que están sanos hacia los que están enfermos⁹⁰. El voluntariado en cuidados paliativos, en el domicilio, en el hospital o en el hospice, humaniza todo el proceso de cuidado de los pacientes en el final de la vida, mejorando su bienestar y apoyando a la familia en esta etapa que tiene alto impacto de sufrimiento.

La solidaridad es un principio social ordenador de la comunidad y de las instituciones para transformar las inequidades sociales en verdaderas estructuras solidarias. Asimismo, la solidaridad es una virtud moral, un hábito, que nos genera la determinación firme y perseverante para gestionar un cuidado compasivo de calidad en el final de la vida. La solidaridad es una *virtud social*, que se coloca en la dimensión de la justicia, virtud orientada por excelencia al bien común⁹¹. La solidaridad estimula las acciones comunitarias que no atiende el de subsidiaridad. Sin esta ayuda social comunitaria es muy difícil para las familias y los pacientes

89 Cfr. Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005. n. 162.

90 Sgreccia Elio, Manual de Bioética (I)...., Op. Cit., p. 226

91 Cfr Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005. nn. 192-194.

alcanzar de forma rápida y efectiva el bien anhelado, es decir, el alivio del sufrimiento⁹².

El principio de subsidiaridad es complementario a la solidaridad porque establece que la comunidad debe ayudar más allá donde mayor es la necesidad, es decir, cuidar más a quién está más necesitado de cuidados, y gastar más con quien más enfermo está. La subsidiariedad se complementa con la solidaridad para lograr un cuidado compasivo integral, justo y equitativo. El apoyo a la familia por parte de la comunidad y del Estado no sólo es necesario, sino es también un imperativo moral frente a las múltiples necesidades que pueden atravesar ante una situación de una enfermedad terminal.

La subsidiaridad debe respetar la promoción de la persona, de la familia, de las asociaciones y las organizaciones intermedias a fin de que cada organismo social mantenga su propia identidad en favor del bien común y en el respeto por los derechos del hombre. El Estado debería tener un rol esencial en la gestión del Sistema de Salud y sus intervenciones no deberían tener una presencia injustificada y excesiva que le quite la responsabilidad a la sociedad, provocando la pérdida de las iniciativas y energías humanas. El Estado debe tener un rol prioritario en la gestión de políticas públicas que promuevan leyes que permitan desarrollar un Sistema de Salud que garantice un acceso más equitativo y de calidad a los cuidados paliativos.

En nuestro país, se sancionó la Ley de Cuidados Paliativos (27.678) cuyo objeto es "asegurar el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades, en el ámbito público, privado y de la seguridad social y el acompañamiento a sus familias conforme a las presentes disposiciones"⁹³. Anteriormente, la Ley de Derechos de los Pacientes establece que todos los ciudadanos tienen derecho a recibir cuidados paliativos en el transcurso de una enfermedad crónica, progresiva e incurable⁹⁴. La existencia de programas de Cuidados Paliativos dentro de los planes de salud ha sido definida por la Orga-

92 Cfr. Viaggio Cristian, Lorena Patricia Etcheverry, Paula Regina Olaizola, Marisol Rodríguez Goñi, Proceso de toma de decisiones en la transición al cuidado hospice..., Óp. Cit. pp. 29.

93 Ley 27678: CUIDADOS PALIATIVOS, julio 2022, [en línea] disponible en: <<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/266944/20220721>> [Consulta: 23 de marzo de 2023]

94 Ley 26.742: Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. ARTÍCULO 2º - Modificase el artículo 5º de la Ley 26.529, Inc. H., mayo 2012. [en línea] disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>> [Consulta: 23 de marzo de 2023].

nización Mundial de la Salud como un indicador de la calidad de atención y del interés que un sistema de salud puede ofrecer para el bienestar de sus ciudadanos.

Es importante que los países promuevan políticas públicas para el desarrollo y acceso a los cuidados paliativos. Los países que han legalizado la eutanasia previa al desarrollo de los cuidados paliativos han incurrido en numerosas inequidades que atentan contra la dignidad, contra el derecho a la vida, y contra la integridad y la salud de los ciudadanos. La facilidad de acceso a la eutanasia parece contribuir a la falta de desarrollo en los hospitales de los cuidados paliativos, pudiéndose producir muertes forzadas o no requeridas por las personas con una enfermedad incurable. La función primordial del Estado debería ser siempre el de proteger de los abusos, negligencias y errores a los grupos vulnerables, como son los pobres, los ancianos y las personas con discapacidades⁹⁵. Todas estas acciones deberían contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, evitando el desánimo y la desmoralización, que los podrían empujar a un estado de desesperación con deseos anticipados de muerte.

La soledad, el abandono, la fragmentación y los retardos en el sistema de salud, junto a la falta de acceso equitativo a un cuidado paliativo de calidad agravan la situación de los enfermos, sobre todo, en la fase final de la enfermedad. Cuando en una comunidad se fragmentan los derechos humanos se pueden generar severas inequidades e ineficiencias. El principio de subsidiariedad obliga a que nunca se pueda sustraer el cuidado asistencial al enfermo que más sufre o enfermo está. Los principios de solidaridad y subsidiariedad son una exigencia y un deber moral para la concreción del bien común, pudiendo atenuar las causas que desencadenan o agravan el Síndrome de Desmoralización.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Desmoralización se observa con frecuencia en Cuidados Paliativos y se caracteriza por ser un síndrome complejo, multidimensional y por presentar características clínicas singulares como, angustia existencial, desesperanza y pérdida del sentido de la vida. Además, la evidencia nos demuestra que el sufrimiento y la desmoralización también se encuentran asociados con los síntomas físicos no controlados y con la falta de contención social.

95 Heber Hendin, M.D. Seducidos por la muerte. España: Ed. Mercurio; 2020. pp.22-23.

La desmoralización es un fenómeno clínico complejo que podría estar relacionado con la depresión, sin embargo, la evidencia describe las características clínicas singulares para cada síndrome. Es necesario el diagnóstico precoz del SD porque la falta de reconocimiento puede generar un alto impacto de sufrimiento, pudiéndose asociar en algunas situaciones clínicas, con el riesgo potencial de deseos anticipados de muerte, mediante la solicitud del suicidio asistido y la eutanasia.

Es importante comprender que estos deseos y emociones desordenados pueden fluctuar en el tiempo, ser transitorios y condicionar negativamente la conciencia moral, desviando el juicio concreto de la razón del orden moral natural. Es importante comprender, desde una premisa antropológica integral que no podemos separar la compleja e íntima relación que existe entre los sentimientos, las emociones, la espiritualidad y las decisiones morales. La vida y la salud son bienes primarios esenciales, motivo por el cual, cada persona y la sociedad tienen la obligación moral de cuidarlos. El ser humano por su propia naturaleza es un "ser en relación" que necesita en todas las etapas de su vida de otras personas para poder satisfacer sus necesidades y también auto-realizarse. Es muy difícil que pueda atravesar el sufrimiento en la soledad física, psicológica, social y espiritual. El cuidado compasivo (Cuidados Paliativos y Cuidado Hospice), es una respuesta acorde a la dignidad de la persona. Es un imperativo ético y legal, asegurar el acceso equitativo a los cuidados paliativos de calidad y aliviar el sufrimiento respetando la vida, la integridad y la dignidad de la persona.

La eutanasia y el suicidio asistido no son un derecho porque no se fundan en la ley moral natural y tampoco son una respuesta integral y adecuada a la dignidad de la persona.

La Bioética Personalista ontológicamente fundada nos presenta una premisa antropología sólida con principios integrados y jerarquizados que nos permiten comprender situaciones clínicas complejas en el final de la vida. El personalismo ontológico se funda en la moral natural que está grabada en el "corazón del hombre" pudiendo ser accesible a la razón.

Es evidente que el SD se encuentra en proceso de estudio, consecuentemente, este artículo no pretende arribar a conclusiones definitivas permaneciendo abierto a futuras investigaciones clínicas y reflexiones filosóficas, sobre todo, en el final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basso D.M., O.P. Los fundamentos de la moral. Buenos Aires: Ed. Alfa Beta S.A.C.I.F y S.
2. Basso Domingo M, O.P. Nacer y Morir con Dignidad. 3° ed. Buenos Aires: Depalma; 1991; pp. 25-33.
3. Bovero A, Botto R, Adriano B, Opezzo M, Tesio V, Torta R. Exploring demoralization in end-of-life cancer patients: Prevalence, latent dimensions, and associations with other psychosocial variables. Palliat Support Care
4. Cañas José Luis, Domínguez Xosé Manuel, Burgos Juan Manuel (editores), Introducción a la Psicología Personalista. Madrid: Ed. Dykinson; 2013.
5. Catecismo de la Iglesia Católica.
6. Echeverri Álvarez J. Haidt y Gigerenzer: la decisión moral como respuesta automática. Katharsis.
7. Fank JD. Psychotherapy: The Restoration of Morale. American Journal of Psychiatry.
8. García Sánchez Emilio, Infinitos Heridos. El rescate de los vulnerables. Madrid: Ed. Dykinson; 2021
9. Garrigou-Lagrange, Las tres edades de la vida interior, 3ª ed. Buenos Aires: Ediciones Desclée de Brouwer; 1944.
10. Gracia Diego, Bioética Clínica. 2ª ed. CABA: Ed. Búho, 2021.
11. Gracia Diego, Ética en los Confines de la Vida. 2ª ed. Buenos Aires: Ed. Astrea-Ed. Búho; 2022.
12. Gracia Diego, Fundamentación y enseñanza de la bioética. 3ª ed. Buenos Aires: Ed. Astrea, 2021.
13. Harari Yuval Noah, Homo Deus. 14ª ed. Breve historia del mañana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Debate; 2020.
14. Heber Hendin, M.D. Seducidos por la muerte. España: Ed. Mercurio; 2020.
15. Jones Michael E. Ph.D. La Epifanía del Logos. Historia de la realidad última. Buenos Aires: Ed. Fidelity Press; 2022.
16. Juan Pablo II, Veritatis Splendor, Ciudad del Vaticano; 1993.

17. Kissane DW, Clarke Dm, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*. 2001.
18. Kissane DW. The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. *Hastings Cent Rep*. 2004.
19. Margarita Boladeras, El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia. Barcelona: Ed. Los libros del lince; 2009.
20. Miklos Lukacs De Pereny N. Tecnología y cambio antropológico en el siglo XXI. Buenos Aires, Grupo Unión, 2022.
21. Palacios-Espinosa S, Pedraza R. Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. *Av Psicol Latinoam*. 2020.
22. Pío XII, Discurso al Congreso Internacional de psicoterapia y de psicología clínica, 1953.
23. Pontificio Consejo de Justicia y Paz, Doctrina Social de la Iglesia. Ciudad del Vaticano; 2005.
24. Puppink Grégor. Mi deseo es la ley. Los derechos del hombre sin naturaleza. Madrid: Ediciones Encuentro; 2020.
25. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A Systematic Review of the Demoralization Syndrome in Individuals With Progressive Disease and Cancer: A Decade of Research. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015.
26. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hempton C, Michael N, Fischer J, et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-external validity: DS-II: External Validity. *Cancer* .2016.
27. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Michael N, Fischer J, Franco M, et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-internal validity: DS-II: Internal Validity. *Cancer*. 2016.
28. Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Barreto P. Demoralization Scale in Spanish-speaking palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2016.
29. Seligmann Zelmira Beatriz, La Ley y la Psicología Moderna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Educa; 2012.
30. Seligmann Zelmira Beatriz, La Ley y la Psicología Moderna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Educa; 2012.

31. Sgreccia Elio, Manual de Bioética, 2° Ed. España: BAC; 2009.
32. Tomas de Aquino, Summa Teológica, I-II q 94 intr.
33. Tomas de Aquino, Summa Teológica.
34. Viaggio Cristian, Lorena Patricia Etcheverry, Paula Regina Olaizola, Marisol Rodríguez Goñi, Proceso de toma de decisiones en la transición al cuidado hospice. Hospitalidad compasiva en el final de la vida, Vida y Ética Bs.As. 2022; Vol. 23 Núm. 1: 19-24.
35. Wojtyla Karol, Persona y acción, Madrid: Ediciones Palabra; 2011.



LA FANTASÍA TRANSHUMANISTA DE UN HUMANO SIN VEJEZ

TÓPICOS DE LA BIOÉTICA
PERSONALISTA ONTOLÓGICA

Fecha de recepción: 14/12/2023

Fecha de aceptación: 10/02/2024

Dr. Enrique Numa Banti

Contacto: enriquebanti@uca.edu.ar

- Médico Especialista en Ginecología, Obstetricia y Medicina Legal.
Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires.
Magíster en Bioética por la Universidad Católica Argentina.
Licenciado en Filosofía por la Universidad del Salvador.

RESUMEN

En este trabajo me propongo analizar el tema de la ancianidad, especialmente bajo la mirada transhumanista y posthumanista, que mediante postulados como el de la juventud eterna llegan a imaginar en un futuro cercano la posibilidad de suprimir la fase de vejez de la vida biológica. Es mi finalidad precisar los alcances de la biotecnología médica para este fin y, por último, discutir si la consecuencia nos llevaría a preguntarnos qué significa ser humano bajo esta perspectiva. Una crítica específica desde la Bioética Personalista Ontológicamente fundamentada alza su voz para hacer una defensa estricta de la totalidad de la persona en las diferentes etapas de su vida y el respeto absoluto de la dignidad en la ancianidad

Palabras clave: Ancianidad. Transhumanismo. Posthumanismo. Biotecnología. Humano. Personalismo Ontológico

ABSTRACT

In this paper I propose to analyze the issue of old age, especially from the transhumanist and posthumanist perspective, which through postulates such as eternal youth come to imagine in the near future the possibility of suppressing the old age phase of biological life. It is my purpose to clarify the scope of medical biotechnology for this purpose and, finally, to discuss whether the consequence would lead us to ask ourselves what it means to be human from this perspective. A specific critique from Ontologically Grounded Personalist Bioethics raises its voice to make a strict defense of the totality of the person in the different stages of his or her life and absolute respect for dignity in old age.

Key words: Old age. Transhumanism. Posthumanism. Biotechnology. Human. Ontological personalism

Vieja, muy vieja [...] La sábana agujereada. Ella allí, inmóvil; sentada en la cama, encorvada [...] Sí, sí, soy yo. Siéntate un momento. Ya nunca viene nadie. Acabaré por olvidar las palabras. Aunque no las necesito. [...]. Esta piedra es lo que examino ahora, durante horas interminables, en medio de la noche, negra [...].
Helena, Yannis Ritsos¹

INTRODUCCIÓN

La Roma antigua, tanto en la época de la monarquía, en la res-pública y en el imperio, hizo de la ancianidad un privilegio y no simplemente una condición biológica que era necesaria eliminar. Siempre perduró una institución emblemática del respeto y del apego a las costumbres y a las leyes. Este organismo fue el Senado romano para el cual se elegían para integrarlo no a cualquier persona, sino a hombres ancianos. Por ello el étimo² más lejano de la palabra *Senado* nos llega del sánscrito *sána* con el significado de *anciano* y, del griego antiguo γέρων³ con el significado de *anciano* y *senador*. Desde allí pasó al latín *senex*, con el mismo significado y connotación (*anciano*). De esta raíz derivan palabras como *senectud*, *senescente*, *senil*, *señor* y, también, *senatus* con el significado de *consejo de ancianos*.

La pregunta que nos moviliza es ¿por qué el pueblo romano elegía para el Senado, órgano de la monarquía, de la res-pública y del imperio, a los hombres más ancianos? La respuesta es evidente y no se hace esperar, ya que, en ellos se encontraba depositada, por la edad avanzada, un cúmulo de sabiduría imposible de encontrar en los ciudadanos más jóvenes porque aún les faltaba el proceso necesario de aprendizaje y de maduración que es de vital importancia para afrontar los dilemas que presenta cotidianamente la vida en la ciudad. Solo en las personas, que, sostenidas por una madurez biológica, intelectual y moral vivida en el arrollador devenir de los años, los romanos encontraban el justo medio para sus conflictos.

1 Ritsos, Y.; *Helena*, Barcelona, Editorial: Acantilados, Primera Edición, Año 2022, Traducción: Selma Ancira, p. 11.

2 Roberts, E.; Pastor, B.; *Diccionario etimológico de la lengua española*; Editorial Alianza, España, sexta reimpresión, año 2007, p. 155.

3 Se podría hacer referencia a geriatría, gerontología, geronte.

El tema de la ancianidad no es nuevo para nosotros ni para nuestra sociedad, que cultivando hábitos morales de tipo subjetivistas y relativistas han perdido ese horizonte de los antiguos y, procedieron a subvertir el sentido primigenio de respeto y sabiduría característicos de esa etapa biológica de la vida de las personas. Es de esta forma como hemos pasado de honrarlos por su sapiencia a esconderlos convirtiéndolos en un malestar para la sociedad "moderna" hasta llegar a imaginar que en un futuro podríamos suprimir esta fase de la vida biológica.

Determinadas corrientes del pensamiento filosófico contemporáneo, como es el transhumanismo y el poshumanismo, lejos de animarse a eliminar la vejez en una forma directa lo intentan por un camino indirecto. Sin miramientos morales objetivos proponen la llamada "juventud eterna". A partir de este concepto, se resta una etapa característica de lo humano por medio del uso de la biotecnología disponible para tal fin y acarrea como consecuencia erradicar la ancianidad. En este sentido, las corrientes filosóficas transhumanista y posthumanista proponen asociarse a una biotecnología que sirva a sus intereses y que, a su vez, sea fuente para sus necesidades. De esta forma, la desvirtúan y la apartan de su sentido primigenio que tales prácticas deben sustentar: un cauce moral adecuado que ve en la Verdad científica la búsqueda constante y perpetua del Bien moral⁴.

En esta presentación me propongo reconstruir la situación actual del transhumanismo y un aspecto específico acerca de la juventud eterna y, por lo tanto, de la eliminación de la vejez. También precisar los alcances de la biotecnología médica para este fin, tratar de analizar qué significa ser humano para esta corriente del pensamiento y, por último, profundizar sobre qué cosas le faltan al pensamiento transhumanista desde la Bioética Personalista Ontológica. Para ello, enunciaré una introducción al pensamiento transhumanista y posthumanista, desarrollaré la forma en que la biotecnología ayuda a este propósito y, finalmente, discerniré la licitud o ilicitud de estas cuestiones.

4 La expresión para definir a la Bioética como aquella disciplina que consiste en "La Verdad que busca el Bien" corresponde al título del libro de: Revello, R.; *Bioética: La Verdad que busca el Bien*; Buenos Aires; Editorial Educa; Primera edición; año 2010.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL TRANSHUMANISMO-POSHUMANISMO

Si se quiere controlar un proceso, el mejor medio es subordinar el presente a lo que se llama el "futuro", puesto que, en esas condiciones, el "futuro" estará completamente predeterminado y el presente mismo dejará de abrirse a un "después" incierto y contingente.
J.F. Lyotard, *L'inhumain*.

El transhumanismo es diferente al posthumanismo. Si bien estas dos corrientes del pensamiento presentan raíces, tanto filosóficas como antropológicas, muy definidas que influyen en el desarrollo y caracterización del ser humano basado en un mundo cada día más cambiante y cuya biotecnología también lo es. Ambos utilizan el humano para sus objetivos, pero mientras los transhumanistas se encuentran abocados a la mejora y a la autonomía de este, el posthumanismo se enfoca en cuestionar a la esencia de aquello que nos hace humanos y modificarla. El posthumanismo tiene como objetivo el cuestionar la noción de humano y humanidad.

El movimiento global del pensamiento transhumano y del posthumano presentan similitudes y diferencias sustanciales. Dentro de aquellos hitos que los diferencian podemos observar que mientras el transhumanismo es el proceso que nace junto a un abanico de nuevas ciencias como la nanotecnología, la biología moderna, la biología sintética, la computación, las ciencias cognitivas, etc.; el posthumanismo está considerado como un nuevo humanismo que finalizó el proceso iniciado por el transhumanismo. Ambas posturas coinciden en la desconfianza en lo humano y una especie de desvalorización en lo que se refiere al concepto histórico y tradicional de ser humano. Esa desconfianza se traslada, por parte de los transhumanistas, a una confianza a ultranza en la tecnología y, específicamente, en cómo en el uso de esta se encuentra depositada la mejora de la persona. Este paso, en el cual se abandona la condición humana tradicional y se la intenta reemplazar por una nueva humanidad biotecnológica con un cambio totalmente radical y definitivo conduce, según sus adeptos, hacia "un ser humano más que humano"⁵. En este pensamiento constituye el paso del antropocentrismo al tecnocentrismo que conduce al hombre a la juventud eterna y, por lo tanto, a la ausencia de vejez.

5 Olivares, M.S.; *El Transhumanismo*; Madrid, Editorial Nowtilus, Primera edición, p. 55.

El deseo de superación del humano y muchos de los postulados transhumanistas y posthumanistas no son nuevos, ya que, desde hace mucho tiempo el hombre ha querido superar sus propias habilidades. En este sentido, podríamos decir que un antecedente de relevancia es la teoría darwiniana desarrollada en la obra de Darwin, *Origen de las especies*, en la cual pareciera que el humano no constituye el punto final del proceso de evolución natural, sino que se encuentra en permanente estado evolutivo, especialmente con la supervivencia del más apto. En el mismo camino se dirige el cientificismo fiscalista de la mano del médico y filósofo, Julien Offray De La Mettrie, quien en su famosa obra del siglo XVIII manifestaba que:

El hombre es una máquina tan compleja que resulta imposible formarse primero una idea clara al respecto y luego definirla en consecuencia [...] el cuerpo humano es una máquina que pone en marcha sus propios mecanismos: viva imagen del movimiento perpetuo⁶.

Por mencionar un antecedente mucho más posterior, Friedrich Nietzsche, sostuvo la figura del "superhombre" como una inspiración previa a la visión del transhumanismo y posthumanismo, aunque nunca pensó en la posibilidad del avance indiscriminado de la tecnociencia sino del progreso moral del hombre en individuos especiales. Por eso dice en su obra, *Así habló Zaratustra*: "¡Mirad, yo os enseño el superhombre! El superhombre es el sentido de la tierra. Diga vuestra voluntad: ¡sea el superhombre el sentido de la tierra!⁷.

No es nuestra finalidad hacer un relato histórico detallado del transhumanismo ni del posthumanismo en esta presentación ya que lo hicimos en otra oportunidad⁸ pero debemos destacar que es en el Manifiesto Transhumanista⁹ donde se hace referencia a lineamientos específicos acerca de que la humanidad continuará su evolución acompañada por la tecnociencia con la finalidad de crear un nuevo diseño para el hombre. Esto sería posible teniendo como sustento indiscutible el

6 La Mettrie, J.O.; *El hombre máquina*; Buenos Aires, Editorial: El cuenco de Plata, Primera edición, Año 2014, Traducción de Ángel Cappelletti, pp. 39-44.

7 Nietzsche, F.; *Así habló Zaratustra*; Madrid, Alianza Editorial, Segunda Edición, Año 2016, Traducción de Andrés Sánchez Pascual, p. 47.

8 Para ampliar este tema puede verse: Banti, E.; *El transhumanismo en la relación médico paciente*. Revista Vida y Ética, Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, Año 21, N° 2, Diciembre de 2020, pp. 23-45.

9 Manifiesto Transhumanista. En línea: <www.transhumanismo.org/manifiesto-transhumanista/> Consultado el 28/4/2024.

detener biológicamente el proceso de envejecimiento, acrecentando y llevando a cabo una juventud eterna e inclusive aunando estos dos parámetros y arrogándose la posibilidad cierta, según sus defensores, de la inmortalidad. Piénsese en un mundo sin ancianos, únicamente poblado de humanos jóvenes y sin la posibilidad de afrontar el proceso de la vejez e inclusive de la muerte. Las consecuencias, como la superpoblación, los recursos escasos y el hacinamiento, serían catastróficas. Es aquí donde nos planeamos si, como lo explican estos defensores a ultranza, asistimos a un nuevo giro, no ya copernicano, sino biotecnológico científico-médico que autoriza a re-definir bajo qué condicionamientos denominamos al humano como humano. En este camino, este humano dejaría de pertenecer al orden natural que emana de la ley natural debido a que no solo se atenta contra ese ordenamiento que establece la naturaleza como un ciclo de nacimiento, juventud, ancianidad y muerte, sino que eliminar o suprimir esta etapa biológica conlleva a consecuencias imposible de pensar como una nueva realidad.

Como lo explica, Nick Bostrom, "la empresa de trascender nuestros límites naturales ha sido vista con ambivalencia desde hace mucho"¹⁰, el trascender nuestros límites naturales involucra una concepción humana que deja de ser humana porque se despliega un obrar biotecnológico que se aparta no solo del orden natural sino también del orden moral con la consecuente des-naturalización del humano.

La etapa biológica denominada "vejez" no hace referencia sólo a la "edad biológica" de una persona, sino que el concepto más importante y amplio es el de "edad funcional", por la cual, el anciano desarrolla en plenitud su aptitud para brindar respuestas satisfactorias frente a las inclemencias de la vida y a los problemas que se le presentan¹¹ cotidianamente. El concepto de "sunamitismo" hace referencia al hecho de la necesidad que tienen los ancianos de la compañía de un entorno joven. Este concepto lo encontramos ya en el relato bíblico en los primeros cuatro versículos del libro de los Reyes:

El rey David era ya anciano, entrado en años, y, aunque lo cubrían con mantas, no entraba en calos. Sus asistentes le dijeron: "Hay que buscar para el rey mi señor una joven virgen que sirva al rey y sea su doncella, que duerma sobre su

10 Bostrom, N.; *Una historia del Pensamiento Transhumanista*, Universidad de Oxford, Argumentos de la razón técnica, N°14, 2011, pp. 157-191.

11 Citado en: Rubio, C.G., *Reflexiones en torno al "sunamitismo"*. En línea: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6893908>> Consultado: 25 de mayo de 2024.

pecho y el rey mi señor pueda entrar en calor". Tras buscar una muchacha hermosa por todos los términos de Israel, encontraron a Abisag, la sunamita, que presentaron al rey. La joven, extraordinariamente hermosa, era su doncella y le servía, pero el rey no intimó con ella¹².

Sunam, hoy es una ciudad de la India en el distrito de Sangrur, era una pequeña aldea en el distrito de Isacar y, este pasaje bíblico del Antiguo Testamento muestra la forma en que el pueblo judío respetó y fue solidario con los ancianos ya que lejos de aislarlo le brindó compañía. En el mismo sentido, Cicerón, dice que:

«Pues, así como los ancianos sabios se deleitan con los jóvenes dotados de buena índole, y el respeto y amor que la juventud les guarda les hace más llevaderos los años, así también los mozos gustan de las enseñanzas de los viejos, que los encaminan a la práctica de las virtudes». [...] «¿Qué cosa hay, en efecto, más agradable que una vejez rodeada de una juventud afanosa de aprender?»¹³.

El sunamitismo busca evitar la soledad de los ancianos cobijándolos bajo la convivencia con otras personas de su entorno. Es en este sentido, que escuchando al que porta la vejez, los jóvenes rescatan "una insuperable lección de experiencia"¹⁴ y, a su vez, el anciano obtiene una "extraordinaria transformación del rejuvenecimiento"¹⁵. El sunamitismo impuesto como un hábito moral bueno trae consigo ya no descartar al anciano y arrinconarlo en lugares ajenos a su entorno, a sus cosas y, fundamentalmente, a sus afectos. Por el contrario, le damos la posibilidad de no quitarle su valor intrínseco como ser que es y, a su vez, tomamos su conocimiento y su experiencia en el ámbito de la vida. Es una reciprocidad donde el que transcurre su vejez nos brinda sabiduría y rejuvenece mientras que el joven se alimenta de esa sabiduría alejándolo de una "pasividad" que le quita su valoración como humano.

Ahora bien, la biotecnología y, específicamente, la utilizada por las ciencias médicas son tomadas por el transhumanismo para obtener la "juventud eterna". Quien postula y ordena todos sus actos hacia el fin de alcanzar la juventud eterna, en realidad, sostiene la eliminación de la vejez como etapa natural de la vida

12 Biblia de Jerusalén, Editorial Desclée de Brouwer Bilbao, 2009, p. 381.

13 Citado en: Rubio, C.G., Óp. Cit., p. 173.

14 Ídem.

15 Ídem.

biológica. Es de esta forma que los transhumanistas con la ayuda de las ciencias biotecnológicas se transforman en una especie de "Prometeo", que como en el mito relatado por Hesíodo, tratan de robar el fuego a los dioses, pero sin embargo no deben olvidar que el personaje mítico debió soportar el castigo cruel, con un dolor continuo y penoso, en el Cáucaso, donde Zeus enviándole todos los días un águila que le picoteaba el hígado, por la consecuencia de su accionar¹⁶ y salvado mucho tiempo después por Heracles. En este momento debemos aclarar que no estamos realizando una oposición al avance de las ciencias en pos de un aumento progresivo de la vida como una longevidad asociada a una verdadera calidad de vida gracias al aporte de los científicos, sino que criticamos y condenamos fervientemente la utilización de las armas científicas para eliminar la vejez.

De esa forma, la denominada "Biología Sintética" propone el mejoramiento humano a partir de la transformación del genoma humano "hasta el punto de cambiar en forma definitiva [...] hasta dar lugar a un organismo que difiera completamente al de nuestra especie"¹⁷ y de esta manera se evitaría el envejecimiento. La Biología sintética es un campo enriquecido con numerosas disciplinas científicas, como la ecología, la biología del desarrollo, la biología de sistemas que conducen a un cambio radical de la visión tradicional y clásica de la Biología y no solo en lo biológico sino también en lo axiológico. Este enfoque sintético tiende a modificar la biología tradicional en una tecnociencia con una capacidad de transformar y rediseñar a la naturaleza¹⁸ y, que como sus mismos adeptos¹⁹ expresan, "se hace un uso intencionado y muy elaborado de procedimientos, criterios y valores propios de la ingeniería [...] que conseguirá el control de la evolución biológica"²⁰.

Con el nuevo "Prometeo", la biotecnología médica desplegará en la fantasía transhumanista un enorme potencial que acabará con tener la vida entera en sus manos con la finalidad de un biomejoramiento que permita descubrir nuevos agentes farmacológicos que prolonguen la juventud y alarguen la vida sin vejez. La síntesis en el laboratorio de un nuevo genoma humano no escapa a estas ideas "revolucionarias" y, que, perpetuado en el tiempo, puede originar una nueva es-

16 García Gual, C., *Diccionario de Mitos*, Madrid, Editorial Turner, Primera Edición, Año 2017, pp. 313-318.

17 Diéguez, A.; *La Biología sintética y el imperativo del mejoramiento*, España, Universidad de Málaga, Isegoria, N° 55, año 2016, pp. 503-528.

18 Ídem, p. 505.

19 Por ejemplo, Philip Kitcher, Andrés Moya entre otros.

20 Ídem, pp. 505-506.

pecie de humanos donde la ancianidad se encuentre desterrada. En este camino, dicen que: "La medicina de mejoramiento, y especialmente la mejora genética, promete ser en el futuro la forma central de la medicina y, por su propia lógica, conducirá al intento de generación de una o varias especies posthumanas"²¹.

Savulescu, nos ofrece, frente a este panorama de la Biología Sintética, lo siguiente:

[...] No hay razón para que no podamos crear humanos con la visión de un halcón, el oído y el olfato de un perro, el sónar de un murciélago, el equilibrio y la gracia de un gato, la velocidad de un guepardo e incluso la capacidad de generar energía mediante la fotosíntesis a partir de la luz del Sol. No hay razón, en principio, por la que los "posthumanos" no puedan beneficiarse de los genes del reino de los seres vivos²².

Como ejemplo del empoderamiento del hombre sobre el hombre, recordemos que otro "Prometeo", Robert Oppenheimer, el padre de la bomba atómica, en el año 1954 decidió arrebatar a la naturaleza ya no el fuego de los dioses sino el gran fuego del sol para dárselo a su país en tiempos de guerra²³. No olvidemos su castigo cuando quiso doblegar el orden natural.

Bajo estas condiciones de la biotecnología, el pensamiento del transhumanismo se imagina caminar un sendero tortuoso éticamente hacia un posthumanismo que garantice la juventud eterna sin vejez. Sin embargo, en un enfoque diferente, la Medicina alberga entre sus conocimientos y sus avances un acervo mucho más interesante y valioso moralmente que debe cuidar y proponer que se refiere a la protección de dicha etapa de la vida biológica. Esto es asentido por numerosos investigadores científicos y profesionales de la salud, como, por ejemplo, Umberto Veronesi, un médico oncólogo que estudia la longevidad y la vejez desde sus etiologías y desde la claridad genética y bioquímica del envejecimiento con una eticidad del cuidado y protección de esta²⁴.

21 Ídem, p. 507.

22 Savulescu, J.; *¿Decisiones peligrosas? Una Bioética desafiante*; Madrid, Editorial Tecnos, Primera Edición, año 2012, p. 263.

23 Bird, K., Sherwin, M.; *El triunfo y la tragedia de Oppenheimer. Prometeo americano*; Buenos Aires, Editorial Debate, Primera Edición, Año 2023, p. 15.

24 Para este tema puede leerse: Veronesi, U.; *Longevidad*, Buenos Aires, Editorial Adriana Hidalgo, Primera Edición, Año 2013.

La pregunta que revoluciona al humano sería ya la de ¿qué es ser humano bajo el paradigma transhumanista? y, para ello, cabría muy bien en esta parte de este trabajo las palabras de Gilles Lipovetsky cuando afirma que:

[...] no impide al mismo tiempo ver como se perpetúa, al hilo de una amplia continuidad secular, un discurso social alarmista que estigmatiza la quiebra de los valores, el individualismo cínico, el "final de cualquier moral" [...] la cultura cotidiana ya no está irrigada por los imperativos hiperbólicos del deber sino por el bienestar y la dinámica de los derechos subjetivos, hemos dejado de reconocer la obligación de unirnos a algo que no seamos nosotros mismos²⁵.

El final de cualquier sistema moral pareciera acercarse a pasos acelerados y que afecta tanto la totalidad del ser humano como sus actos. Existe una larga tradición filosófica que siempre se abocó a uno de sus temas más preocupantes, la de encuadrar el tema del hombre. De esta forma cada estructura del pensamiento filosófico, desde los pensadores anteriores a Sócrates, toda la filosofía griega antigua, la tradición platónica, la aristotélica, la del medioevo, la humanista, la renacentista, la moderna y la contemporánea hasta nuestros días, hundieron sus raíces en una antropología determinada que trató de enmarcar al hombre en diferentes aspectos que lo constituían.

Por eso, abordar el tema del hombre, en la Filosofía, no es sencillo, ya que, como lo dice Julián Marías, "[...] no aparece de un modo unívoco y claro en la filosofía²⁶", pero, sin embargo, a través del correr de las diferentes etapas históricas se va lentamente formando una conciencia de la problemática que presenta el tema del ente humano hasta el punto de arribar a un eje de discusión y meditación filosófica única. Como no puede ser de otra forma el germen sobre qué es el hombre hace su aparición ya con los primeros filósofos griegos observando que el hombre es parte de la naturaleza, de la φύσις (Physis), en la cual buscaban el αρχή (arjé) como principio de todas las cosas. A pesar de ello, el tema específico del hombre en Occidente comienza prácticamente con los Pitagóricos y desde allí nunca se abandonó. Afirma, Julián Marías, que toda la filosofía Occidental camina por la vía de la interioridad, pero de una forma mucho más estricta a partir de la

25 Lipovetsky, G.; *El crepúsculo del deber*, Barcelona, Editorial Anagrama, Primera Edición, Año 1994, Traducción de Juana Bignozzi, pp. 9-12.

26 Marías, J.; *El tema del hombre*, Buenos Aires, Editorial Espasa-Calpe, Primera edición, Año 1953, p. 11.

filosofía medieval²⁷. A lo largo de este camino nunca se desligó al hombre de sus etapas vitales y naturales porque era impensable escindir al ente humano de su nacimiento, desarrollo, adultez, ancianidad y muerte.

En este sentido, el pensamiento transhumanista sustentado en la biotecnología y determinados conocimientos de la biología sintética aplicada a la medicina tratan de quebrantar esa evolutividad natural que llevaría a un giro transhumanista utilizando como herramienta fundamental a la inmortalidad del hombre a expensas de la juventud eterna y, por lo tanto, en eliminar la ancianidad. Como dice García Echeverri y Gómez Yepes²⁸, "el cuerpo es interpretado desde su límite [...] sapiens sigue siendo un animal deficitario y la tecnología podría conducirlo a un estado de mayor perfección".

El pensamiento transhumanista pareciera conducir paulatinamente a un nuevo cambio de pensamiento sobre el ser y a una nueva re-configuración de este, es una nueva comprensión de la naturaleza del hombre en donde dentro del amplio espectro de sus ideas, la inmortalidad, mediante la juventud eterna, toma un hilo central. La duda más acuciante es si a pesar de la sentencia lanzada por Max Moore²⁹ de que el transhumanismo es "un conjunto de filosofías que buscan guiarnos hacia una condición posthumana" es posible realizar este ideal de perpetuar indefinidamente la juventud y eliminar la vejez. Desde este punto de vista y bajo esta nueva forma de pensar, nos resulta inimaginable re-definir al humano como un posthumano sin vejez acercándose mucho más a una fantasía que a la realidad. El fundamento es la ley natural.

27 Ídem, p. 14.

28 García Echeverri, J.; Gómez Yepes, V.; *Riesgos y desafíos del transhumanismo. Perspectivas antropológicas y bioéticas*; Buenos Aires, EDUCA, Primera Edición, 2022, p. 9.

29 Citado en: ídem. P. 45.

TÓPICOS DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICA

*No basta poder hacer algo para que lo hagamos
ni basta que el hombre posea inteligencia técnica
para que la técnica exista.*
José Ortega y Gasset

Los transhumanistas carecen de los siguientes aportes desde la Bioética Personalista Ontológica, única que, por sus fundamentos, materializa como realidad un freno a este arrebató y des-naturalización del ser:

1- Aquello que les falta incorporar a los transhumanistas es la ley natural³⁰. Ellos conocen la existencia de la naturaleza, por eso quieren modificarla y empujarse a través de un uso de la biotecnología ilícito, sin embargo, dejan de lado a la ley natural ínsita en esa naturaleza. Al no conocer esta ley, no logran entender el paradigma de la existencia de una naturaleza inmutable y continua que derriba todos los pensamientos y fantasías que proponen. Desde el buen sentido habitual y común que apela a expresiones tales como "es natural", "surge de la naturaleza", "este acto es contra la naturaleza" es imposible negarla o modificarla. Esta ley natural está asociada indefectiblemente a un orden estricto, fijo e invariable. Es patrimonio de la totalidad de los seres humanos desde el momento de la fecundación hasta la muerte. Su orden intrínseco está dado porque tiende y alcanza un fin y, por eso, el orden es bueno porque siempre tiende a un fin. Por eso, como la naturaleza está ordenada es buena, porque el orden es Bueno, es buena ontológicamente y la trama de las relaciones entre los entes que la componen forma un orden bueno en sí mismo. En este sentido, la naturaleza es un tejido en donde todas las naturalezas se relacionan entre sí mediante un orden y cada naturaleza (naturaleza vegetal, naturaleza sensitiva animal y naturaleza racional) tienden hacia su fin propio y, a su vez, hacia el fin de la naturaleza más evolucionada.

2- Otro paradigma que desconocen es que de este orden natural se desprende un orden moral que guía el accionar humano. Así como la naturaleza es conside-

30 Es muy ilustrativo, aparte de la Metafísica y la Ética a Nicómaco de Aristóteles y de la Summa Teológica de Tomás de Aquino, el texto de Alberto Caturelli cuyo título es *Orden natural y orden moral*, Buenos Aires, Editorial Gladius, 2011.

rada como el principio y como aquello primero que genera lo que las cosas son, también presenta un dinamismo que hace de ella un principio de operaciones formando un tejido en el que los entes se relacionan bajo un orden. Por eso, obrar de acuerdo con la naturaleza es ordenar los actos bajo la recta razón (recta ratio) y esto conduce o guía el acto voluntario. De esta manera, la voluntad es intencionada con su fin al que tiende por la recta ratio. Por eso, un acto es moralmente bueno cuando procede de un orden natural pre-existente y se ordena por medio de la recta razón a su fin propio.

3- También no conocen el largo camino histórico que la biografía de las Ciencias biológicas y el de la Metafísica tuvieron que recorrer para lograr alcanzar un acercamiento entre ambas que le permita al científico desarrollar un *ethos* con un anclaje moral firme. Este es logrado únicamente por una meta-bioética que se sustente en parámetros y virtudes universales. Sólo por mencionar alguno hitos de este empedrado camino recordaremos que en el inicio fueron los chamanes quienes acercaron ambos conocimientos, metafísico y biológico, ya que en pos de un sentido altruista y por rescatar el Bien de su comunidad practicaban rituales sanadores a los padecientes. Luego de ellos, con la irrupción de Guillermo de Ockham, el príncipe de los nominalistas³¹, hacia el año 1200 D.C. y con su famosa navaja, basada en el principio de economía, por el cual no debemos multiplicar los entes innecesariamente, interpretó de tal modo la teoría de las Ideas platónica en pos de declarar que sólo hay existentes individuales³². El plano racional de la claridad y de la evidencia lógica no tiene relación con el plano teológico que se encuentra orientado hacia la moral y, por lo tanto, existe una disarmonía entre ambos aspectos. Este pensamiento marca una separación y, por eso, hay una escisión entre la verdad y el conocimiento racional³³. Con este pensamiento logró bifurcar ambos senderos y, a partir de allí, no hay ningún tipo de vínculo entre verdad y bien. La realidad es lo único existente y no los conceptos universales porque violan el principio de economía de la razón. Como lo expresa Reale, "La navaja de Ockham inaugura un tipo de economía de la razón que tiende a excluir del mundo y de las ciencias los entes y los conceptos superfluos³⁴". Luego le tocó el turno a Da-

31 Reale, G., Antiseri, D., *Historia del pensamiento filosófico y científico*, Barcelona, Editorial Herder, Tomo I, p. 533.

32 Copleston, F., *Historia de la Filosofía*, Barcelona, Editorial Ariel, Volumen II, 2017, pp. 63-73.

33 Reale, G., Antiseri, D., *Óp. Cit.*

34 *Ídem*, p. 539.

vid Hume quien acentuó en forma acérrima dicha escisión mediante la conocida frase o ley de Hume de no poder pasar de ninguna manera desde proposiciones descriptivas a proposiciones prescriptivas. El camino continuó con el Círculo de Viena y la aparición de un neopositivismo sustentado en un análisis de tipo lógico que desconoció lo bueno y lo malo sustentado estrictamente en el principio de verificación asociado al cientificismo de su época y por el cual sólo es posible que tengan validez las proposiciones comprobadas empíricamente. Va de suyo que tanto la Metafísica, la ética, la Religión al no poder verificar empíricamente sus proposiciones caen en la categoría de falsos conceptos. De todas estas formas se desconoció progresivamente la presencia de una ética objetiva que hunde sus raíces en la ley natural. Llegamos a la década de los años 70 del Siglo pasado y el surgimiento de la Bioética trató de aunar lo Verdadero con lo Bueno y aún lo sigue haciendo. Es por eso por lo que, en forma acertada, Rubén Revello, tituló su libro como *Bioética: la Verdad que busca el Bien*³⁵. Pero no cualquier Bioética ofrece este andamiaje sólido y que tiene en su seno a todas las personas desde la fecundación hasta la muerte. Solo la Bioética Personalista Ontológica es capaz, ya sea por sus principios, por su metodología y por su argumentación, de sostener un *ethos* firme respaldado por la ley natural.

4- Al desconocer todos estos parámetros enunciados, el accionar humano y el *ethos* del científico cae en un relativismo moral que conduce a creer que se posee una libertad infinita sin reparos morales y sin una fundamentación ontológica firme y universal donde este nuevo "Prometeo" nuevamente intenta robar el fuego. El transhumanismo pretende quebrantar el orden natural desconociendo al ser humano como poseedor de una raíz ontológica que lo hace portador de la dignidad. De esta forma, encamina el uso de la biotecnología y de la Biología Sintética hacia una utopía de concebir una vida sin vejez alterando totalmente lo natural que tiene la naturaleza racional y, por eso, la utilización desmedida e irracional de este formato tecnocientífico-biológico-médico es moralmente ilícito.

35 Revello, R.; *Bioética: La Verdad que busca el Bien*; Buenos Aires, EDUCA, Primera edición, Año 2010.

CONCLUSIONES

*Lo que sí sabemos es que nosotros
hemos reducido la naturaleza
a un mínimo en nuestra vida.*

José Ortega y Gasset

Peter Sloterdijk, comienza un capítulo de su obra³⁶ con el acertado título de *La humillación por las máquinas* donde radicaliza su pensamiento al señalar que existe determinada información científica que cuando penetra en el hombre este se siente "herido en su orgullo" que lo lleva a experimentar a sí mismo un cierto "estado de integridad perdida" que se sustenta cuando el individuo tiene la invasión de que esa información científica "lo convence de la desventaja de ser él mismo". Esto es totalmente acertado en relación con la utopía de eliminar la vejez del humano y producir un giro de sentido en torno a él por los adeptos del transhumanismo y una vez más asistimos a ese largo peregrinar de la separación de lo verdadero y lo bueno. Ya no se propone mejorar al humano en su calidad biológica y moral sino transformarnos, como las denomina Javier Echeverría, en tecno-personas debido a "[...] la revolución tecnocientífica llevada a cabo en el siglo XX y que continúa en el XXI [...] y que refiere a aquellos seres humanos que dependen radicalmente de las tecnologías para vivir [...] y a los artefactos tecnológicos que simulan funciones de los seres humanos"³⁷, tampoco ya no se opta por cuidar al anciano mediante una biología y una filosofía del cuidado³⁸ con un acercamiento afectivo-moral que se enfoque a realzar la dignidad de etapa biológica de la vejez respetando su ley natural, sino que simplemente con argumentos malabaristas se quiere eliminarla y postular la juventud eterna (un mundo sin ancianos y, por lo tanto sin mortalidad natural) con sus consecuencias catastróficas de superpoblación de personas, la existencia de recursos de todo tipo que rápidamente se volverían escasos y se acentuaría la problemática de su distribución con la consecuente discordia entre la población y, también, el hacinamiento en relación al espacio disponible para la superficie poblada con la lucha por la geografía..

36 Sloterdijk, P.; *Sin salvación*; Madrid, Editorial Akal, Primera reimpresión, Año 2011, Traducción de Joaquín Chamorro Mielke, pp. 221-222.

37 Echeverría, J., Almendros, L., *Tecnopersonas*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Grama, pp. 77-104.

38 Para el tema de la Filosofía del cuidado puede leerse: Groys, B.; *Filosofía del cuidado*; Buenos aires, Editorial La caja negra, Primera Edición, Año 2022.

En efecto y luego de este breve camino que hemos realizado, ¿estaremos asistiendo a una nueva reformulación del humanismo con bases biologicistas e intelectuales que olvidan la misma naturaleza humana? La Bioética Personalista Ontológica, que cuida y evita el avasallamiento cientificista que des-naturaliza a la persona no lo permite y nos brinda todas sus herramientas para estructurar un pensamiento ético moral sólido que lo derrumba, especialmente, cuando ese desmoronamiento perverso procede desde el mismo hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banti, E.; El transhumanismo en la relación médico paciente. Revista Vida y Ética, Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, Año 21, N° 2, Diciembre de 2020.
2. Bird, K., Sherwin, M.; El triunfo y la tragedia de Oppenheimer. Prometeo americano; Buenos Aires, Editorial Debate, Primera Edición, Año 2023.
3. Bostrom, N.; Una historia del Pensamiento Transhumanista, Universidad de Oxford, Argumentos de la razón técnica, N°14, 2011.
4. Copleston, F., Historia de la Filosofía, Barcelona, Editorial Ariel, Volumen II, 2017.
5. Diéguez, A.; La Biología sintética y el imperativo del mejoramiento, España, Universidad de Málaga, Isegoría, N° 55, año 2016.
6. Echeverría, J. y Almendros, L.; Tecnopersonas; Buenos Aires, Editorial Grama, primera Edición, Año 2023.
7. García Echeverri, J.; Gómez Yepes, V.; Riesgos y desafíos del transhumanismo. Perspectivas antropológicas y bioéticas; Buenos Aires, EDUCA, Primera Edición, 2022.
8. García Gual, C., Diccionario de Mitos, Madrid, Editorial Turner, Primera Edición, Año 2017.
9. Groys, B.; Filosofía del cuidado; Buenos aires, Editorial La caja negra, Primera Edición, Año 2022.
10. La Mettrie, J.O.; El hombre máquina; Buenos Aires, Editorial: El cuenco de Plata, Primera edición, Año 2014, Traducción de Ángel Cappelletti.

11. Lipovestky, G.; El crepúsculo del deber, Barcelona, Editorial Anagrama, Primera Edición, Año 1994, Traducción de Juana Bignozzi.
12. Manifiesto Transhumanista. En línea:<www.transhumanismo.org/manifiesto-transhumanista/ > Consultado el 28/4/2024.
13. Marías, J.; El tema del hombre, Buenos Aires, Editorial Espasa-Calpe, Primera edición, Año 1953.
14. Nietzsche, F.; Así habló Zaratustra; Madrid, Alianza Editorial, Segunda Edición, Año 2016, Traducción de Andrés Sánchez Pascual.
15. Olivares, M.S.; El Transhumanismo; Madrid, Editorial Nowtilus, Primera Edición.
16. Reale, G., Antiseri, D., Historia del pensamiento filosófico y científico, Barcelona, Editorial Herder, Tomo I, 1995.
17. Revello, R.; Bioética: La Verdad que busca el Bien; Buenos Aires; Editorial Educa; Primera edición; año 2010.
18. Ritsos, Y.; Helena, Barcelona, Editorial: Acantilados, Primera Edición, Año 2022, Traducción: Selma Ancira.
19. Roberts, E.; Pastor, B.; Diccionario etimológico de la lengua española; Editorial Alianza, España, sexta reimpresión, año 2007.
20. Rubio, C.G., Reflexiones en torno al "sunamitismo". En línea: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6893908>> Consultado: 25 de mayo de 2024.
21. Savulescu, J.; ¿Decisiones peligrosas? Una Bioética desafiante; Madrid, Editorial Tecnos, Primera Edición, año 2012.
22. Sloterdijk, P.; Sin salvación; Madrid, Editorial Akal, Primera reimpresión, Año 2011, Traducción de Joaquín Chamorro Mielke.
23. Verneaux, R.; Filosofía del hombre; Barcelona, Editorial Herder, Décima edición, Año 1988.
24. Veronesi, U.; Longevidad, Buenos Aires, Editorial Adriana Hidalgo, Primera Edición, Año 2013.

**MENSAJE DEL
SANTO PADRE
FRANCISCO
PARA LA CAMPAÑA
NACIONAL CONTRA
LA VIOLENCIA
HACIA LAS MUJERES
ORGANIZADA
POR RADIO I RAI &
CADMI D.I.RE**

Vaticano, 10 de agosto de 2023

¡Queridos hermanos y hermanas, buenos días a todos!

Doy las gracias a los promotores de la iniciativa "Una ola larga contra la violencia masculina contra las mujeres", que permite reflexionar sobre un tema de gran actualidad. De hecho, la violencia contra las mujeres es una mala hierba venenosa que aflige nuestra sociedad y que debe ser eliminada desde la raíz. Y estas raíces son culturales y mentales, crecen en el terreno del perjuicio, de la posesión, de la injusticia.

En demasiados lugares y demasiadas situaciones las mujeres son puestas en segundo plano, son consideradas "inferiores" como objetos: y si una persona es reducida a una cosa, entonces no se ve más la dignidad, se considera solo una propiedad de la que se puede disponer en todo, hasta incluso suprimirla.

¡Cuántas mujeres están oprimidas por el peso y el drama de la violencia! Cuántas son maltratadas, abusadas, esclavizadas, víctimas de la prepotencia de quien piensa que puede disponer de su cuerpo y de su vida, obligadas a rendirse a la codicia de los hombres.

Lamentablemente en esto los medios de comunicación todavía juegan un rol ambiguo. Por un lado favorecen el respeto y la promoción de las mujeres; pero de la otra transmiten continuamente mensajes impresos en el hedonismo y el consumismo, cuyos modelos, tanto

masculinos como femeninos, obedecen los criterios del éxito, la autoafirmación, de la competición, del poder de atraer al otro y dominarlo.

¡Pero dónde hay dominio hay abuso! No es amor lo que exige prisioneros. ¡El Señor nos quiere libres y en plena dignidad!

Ante la plaga de los abusos físicos y psicológicos sobre las mujeres está la urgencia de redescubrir formas de relaciones justas y equilibradas, basadas en el respeto y en el reconocimiento recíprocos. Los condicionamientos de todo tipo deben contrarrestarse con una acción educativa que, partiendo de la familia, ponga en el centro a la persona y su dignidad.

Es nuestro deber, responsabilidad de cada uno, dar voz a nuestras hermanas sin voz: las mujeres víctimas de abuso, explotación, marginación y presiones indebidas. ¡No nos quedemos indiferentes! Es necesario actuar enseguida, a todos los niveles, con determinación, urgencia, valentía.

Del corazón y de la carne de una mujer ha venido al mundo la salvación; de cómo tratamos a la mujer, en todas sus dimensiones, se revela nuestro grado de humanidad.

Queridas amigas y queridos amigos, deseo que esta "ola", que hoy inician, sea verdaderamente larga y pueda contribuir a un cambio de mentalidad. Os bendigo y os animo a seguir adelante en este compromiso. ¡Gracias y buen trabajo!

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO CON MOTIVO DEL DÍA INTERNACIONAL DE CONCIENCIACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA Y EL DESPERDICIO DE ALIMENTOS 2023

Vaticano, 29 de septiembre de 2023

*A Su Excelencia el señor Qu Dongyu
Director General de la FAO.*

Excelencia:

Gracias por haberme dado la oportunidad de dirigirme y saludar cordialmente a todos los que participan en este encuentro con motivo de la celebración de esta Jornada Internacional.

Son los pobres y necesitados de este mundo, que recogen de la basura los alimentos que otros altaneramente derrochan y por los que ellos suspiran, los que hoy tienen fijos sus ojos en esta asamblea. Son los jóvenes los que nos reclaman abiertamente que erradiquemos de una vez por todas los perniciosos efectos que la pérdida y el desperdicio de alimentos causan a las personas y al planeta, al tiempo que nos piden una mayor sensibilización, de modo que no se repitan prácticas tan perjudiciales y dañinas.

Sin embargo, y por desgracia, la plaga de la pérdida y del desperdicio de alimentos es tan alarmante y funesta como la tragedia del hambre que tan cruelmente aflige a la humanidad. Cito estos dos dramas juntos porque los considero unidos por una única raíz de fondo: la cultura imperante que ha llevado a desnaturalizar el valor del alimento, reduciéndolo a mera mercancía de intercambio. A esto se añade la indiferencia general hacia las personas indigentes, tan palpable en la actual coyuntura, así como el escaso cuidado que se otorga a la creación, con

las nocivas consecuencias que ello acarrea por doquier. Todas estas actitudes, que pueden considerarse enraizadas en el egoísmo humano, llevan por un lado a que muchos se desprendan irresponsable e inmoderadamente de bienes primarios y, por otro, a no indignarse viendo que todavía hay multitud de personas que no disponen de lo necesario para vivir. Un egoísmo que se traduce, además, en la vigente lógica del lucro que regula las relaciones sociales y en la explotación irracional y voraz de los recursos naturales.

Todos debemos convencernos de la urgencia de un cambio radical de paradigma, porque ya no podemos limitarnos a leer la realidad en clave económica o de insaciable ganancia. La alimentación tiene un fundamento espiritual y su correcta gestión implica la necesidad de adoptar comportamientos éticos. Cuando hablamos de alimentos, debemos considerar el bien que más que cualquier otro asegura la satisfacción del derecho fundamental a la vida y base del digno sustento de cada persona. Por tanto, debe tratarse respetando la sacralidad que le es propia, derivada de la sacralidad primaria de cada persona, y que le es reconocida por muchas tradiciones, culturas y religiones.

Recordémoslo siempre: la comida asegura la vida y nunca puede considerarse un problema. De hecho, es la existencia de cada persona la que sirve de propósito y estímulo para mejorar nuestro trabajo diario. Por lo tanto, no podemos continuar aludiendo al crecimiento de la población mundial como la causa de la incapacidad de la tierra para alimentar suficientemente a todos, porque en realidad la verdadera razón que subyace a la proliferación del hambre en el mundo está en la falta de una concreta voluntad política de redistribuir los bienes de la tierra, de manera que todos puedan disfrutar de lo que la naturaleza nos da, y en la deplorable destrucción de alimentos en función del beneficio económico.

El despilfarro alimentario, una de las formas más graves de generar residuos, muestra asimismo un arrogante desprecio por todo lo que, en términos sociales y humanos, se halla tras la producción alimentaria. Tirar alimentos a la basura significa no valorar el sacrificio, el trabajo, los medios de transporte y los costes energéticos empleados para llevar a la mesa comida de calidad. Significa desdeñar a cuantos se esfuerzan cotidianamente en el sector agrícola, industrial y de servicios para proporcionar unos alimentos que, perdiéndose o acabando dilapidados, no alcanzaron su loable fin.

¿Cómo poner fin a la pérdida y al despilfarro de alimentos? Para lograr este noble objetivo es preciso invertir recursos financieros, aunar voluntades, pasar de las meras declaraciones a una toma de decisiones clarividentes e incisivas. Pero sobre todo es imprescindible afianzar en nosotros la convicción de que el alimen-

to desechado es una afrenta para los pobres. Es el sentido de la justicia hacia los necesitados el que debe impulsar a todos y cada uno a un categórico cambio de mentalidad y de conducta. Esto se hace cada vez más apremiante, ya que hay que reconocer, y quisiera subrayarlo, que el alimento que arrojamos a la basura lo arrancamos inicualemente de las manos de quienes carecen del mismo. De aquellos que tienen derecho al pan de cada día en razón de su inviolable dignidad humana. San Pablo lo tenía claro cuando afirmaba que no se trata de aliviar a otros pasando estrecheces; se trata de igualar. La abundancia de unos ha de remediar la carencia de otros (cf. 2 Co 8,13-15). El desarrollo, por lo tanto, debe estar estrechamente relacionado con la sobriedad de vida. Forman un binomio inescindible.

Es necesario, además, reavivar en nosotros la conciencia de nuestra pertenencia común a la única familia humana universal. El que se acuesta con el estómago vacío es nuestro hermano. Compartir con él lo que tenemos es tanto un imperativo de justicia como de aquella solidaridad fraterna que brota de las relaciones familiares.

Mientras pido a Dios que la familia de las Naciones vuelva a ser verdadera, vuelva a sentirse aquel espacio donde prevalezca la concordia, la generosidad y la ayuda recíproca y amorosa entre los hermanos, agradezco vivamente a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura todas las iniciativas y programas que lleva a cabo para poner fin a la pérdida y al despilfarro de alimentos. Que Dios Todopoderoso colme sus trabajos de copiosos dones celestiales para beneficio de toda la humanidad.



DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN EL ENCUENTRO PROMOVIDO POR LA CONFERENCIA EPISCOPAL ITALIANA PARA LA PROTECCIÓN DE MENORES Y PERSONAS VULNERABLES

Sala Clementina, 18 de noviembre de 2023

*Queridos hermanos y hermanas,
¡buenos días!*

Saludo al cardenal Zuppi, a monseñor Baturi y a monseñor Ghizzoni, y saludo a todos ustedes, representantes diocesanos y regionales de los Servicios de Protección de Menores y de los Centros de Escucha. Ustedes representan el compromiso de la Iglesia en Italia en la promoción de una cultura de protección de los menores y de los más vulnerables. Les doy la bienvenida al final de su primer encuentro nacional, en el día en que, por tercer año, todas las comunidades eclesiales de Italia se implican en la oración, en la petición de perdón y en la sensibilización ante esta dolorosa realidad. Esto es importante: la implicación de todo el pueblo de Dios. Y también los felicito porque han respondido con prontitud a la invitación con el informe sobre su red territorial.

Gracias.

Para esta cita ustedes han elegido como tema La belleza herida. *“Yo curaré tu herida y sanaré tus llagas”* (Jer 30,17). En su servicio, déjense guiar por esta certeza anunciada por el profeta Jeremías: el Señor está dispuesto a curar todas las heridas, incluso las más profundas. Para que esto ocurra, sin embargo, es necesaria nuestra conversión y el reconocimiento de nuestras faltas.

No nos podemos detener en nuestros esfuerzos para proteger a los menores y a

las personas vulnerables y al mismo tiempo para combatir toda forma de abuso, ya sea sexual, de poder o de conciencia. A este respecto, me gustaría sugerir tres verbos de los que extraer orientaciones para cualquier iniciativa: custodiar, escuchar y curar.

Ante todo, custodiar: participar activamente al dolor de las personas heridas y hacer que toda la comunidad sea responsable de la protección de los menores y de las personas más vulnerables. Toda la comunidad cristiana, en la riqueza de sus componentes y competencias, tiene que estar implicada, porque la acción de tutela es parte integrante de la misión de la Iglesia en la construcción del Reino de Dios. Cuidar significa orientar cada uno su propio corazón, su propia mirada y sus propias acciones a favor de los más pequeños e indefensos. Es un camino que exige una renovación interior y comunitaria, en la justicia y en la verdad. Quien custodia, quien custodia su propio corazón, sabe que "no se puede aceptar ningún silencio u ocultación sobre el tema de los abusos" - se trata de una cuestión innegociable - y sabe también que es importante "perseguir la averiguación de la verdad y el restablecimiento de la justicia en el seno de la comunidad eclesial, inclusive en aquellos casos en que determinados comportamientos no son considerados delitos por el derecho estatal, pero sí por el derecho canónico" (cf. CEICISM,

Líneas guía para la protección de menores y personas vulnerables). Custodiar significa también prevenir las ocasiones de mal, y esto sólo es posible a través de constantes actividades de formación dirigidas a difundir la sensibilidad y la atención a la protección de los más frágiles.

Esto también es importante fuera de nuestro mundo eclesiástico. Piensen que, según las estadísticas mundiales, entre el 42% y el 46% de los abusos se cometen en la familia o en el ámbito de la vecindad. Calla, cubre todo: tíos, abuelos, hermanos, todo. Luego en el mundo del deporte, luego en las escuelas, y así sucesivamente.

El segundo elemento es el escuchar. Para custodiar es necesario saber escuchar, dejando de lado toda forma de protagonismo y de interés propio. La escucha es un movimiento del corazón y también una opción fundamental para poner en el centro de todas nuestras acciones a quien ha sufrido o sufre y a quien es más frágil y vulnerable. Pensemos en Jesús acogiendo a los niños y a todos los "pequeños" (cf. Mt 19,14). Escuchar a las víctimas es el paso necesario para hacer crecer una cultura de la prevención, que se concretiza en la formación de toda la comunidad, en la aplicación de procedimientos y buenas prácticas, en la vigilancia y en esa limpieza de las acciones que construye y renueva la confianza. Sólo escuchar el

dolor de las personas que han sufrido estos terribles crímenes abre a la solidaridad y empuja a hacer todo lo posible para que los abusos no se repitan. Esta es la única vía para realmente compartir lo que ha sucedido en la vida de una víctima, para que nos sintamos llamados a la renovación personal y comunitaria.

Estamos llamados a una reacción moral, a promover y testimoniar la cercanía a quienes han sido heridos por los abusos. Saber escuchar es cuidar a las víctimas. "Reparar el tejido desgarrado de la historia es un acto redentor, es el acto del Siervo que sufre, que no ha evitado el dolor, sino que ha tomado sobre sí toda culpa (cf. Is 53,1-14). Este es el camino de la reparación y de la redención: el camino de la cruz de Cristo" (Discurso a los miembros de la Pontificia Comisión para la protección de los menores, 5 de mayo de 2023).

Sólo siguiendo el camino del custodiar y escuchar es posible curar. En estos tiempos se ha extendido la cultura del descarte, en contra de lo que dice el Evangelio; nuestras comunidades deben ser una sana provocación para la sociedad, en su capacidad de asumir los errores del pasado y abrir nuevos caminos. La "cura" de las heridas es también una obra de justicia.

Precisamente por eso es importante perseguir a quienes cometen esos crímenes, más aún si se cometen en contextos eclesiales. Y ellos mismos tienen el deber moral de una profunda conversión personal, que lleve al reconocimiento de su propia infidelidad vocacional, a la reanudación de su vida espiritual y a la humilde petición de perdón a las víctimas por sus acciones.

Expreso, por lo tanto, mi reconocimiento a las realidades que ustedes representan, los Servicios de Protección de la Infancia y los Centros de Escucha, repartidos por todo el país, como lugares a los que dirigirse para encontrar la escucha. Sigán haciendo todos los esfuerzos posibles. Y ocúpense también de una cosa muy mala que ocurre, que son los vídeos pornográficos que utilizan niños. Esto ocurre, de hecho está al alcance de cualquiera que pague en su teléfono móvil. ¿Dónde se hacen estas películas? ¿Quién es el responsable? ¿En qué país? Por favor, trabajen en esto: es una lucha que tenemos que hacer porque se propaga en los teléfonos móviles lo más feo. Por favor, sigan poniendo todo su empeño para que todos los que han sido heridos por la llaga de los abusos se sientan libres de acudir con confianza a los Centros de Escucha, encontrando esa acogida y apoyo que puede aliviar sus heridas y renovar su confianza traicionada. Cuidar es compartir la pasión eclesial y las competencias con el compromiso de formar al mayor número posible de agentes pastorales. Así se promueve un verdadero cambio cultural que pone en el centro a los más pequeños y vulnerables de la Iglesia y de la sociedad.

Esta acción eclesial de su parte puede favorecer el crecimiento de la atención de toda la sociedad italiana sobre esta plaga que desgraciadamente implica a tantos, demasiados, menores y adultos.

Los resultados de la encuesta sobre las actividades de los Servicios y Centros que me han entregado hoy destacan precisamente el bien que ustedes saben hacer sobre el territorio, acercándose a quienes han sufrido una herida lacerante. Lo que hacen es un bien precioso tanto para las víctimas como para toda la comunidad eclesial. Lo que emerge de estas páginas es el testimonio de un compromiso constante y compartido. Esta es la manera de crear confianza, la confianza que conduce a una verdadera renovación.

Por último, deseo agradecerles el apoyo que están prestando a otras Conferencias Episcopales; así como su apoyo a los planes de la Pontificia Comisión para la Protección de Menores hacia aquellos países, especialmente en vías de desarrollo, que disponen de pocos recursos para la prevención y la aplicación de políticas de protección.

¡Sigán adelante! Estoy cerca de ustedes en su trabajo y los bendigo de corazón. Rezo por ustedes, porque su trabajo no es fácil; y ustedes, por favor, no se olviden de rezar por mí, porque mi trabajo tampoco es fácil.

Gracias

**MENSAJE DE
SU SANTIDAD
FRANCISCO
A LA ASAMBLEA
DE LAS PARTES DE LA
ORGANIZACIÓN
INTERNACIONAL
DE DERECHO PARA
EL DESARROLLO (IDLO)**

Vaticano, 28 de noviembre de 2023

*Señora Directora General,
Señor Presidente,
Excelencias,
distinguidos Delegados,
señoras y señores:*

He aceptado con mucho gusto la invitación que me ha dirigido la Señora Directora General, en nombre de la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo (IDLO), para dirigirme a la Asamblea de las Partes con motivo del cuadragésimo aniversario de su fundación. Deseo saludar cordialmente a todos los participantes en esta significativa reunión, rezando para que sus deliberaciones germinen en frutos que estrechen los lazos entre los pueblos, custodien nuestra casa común y tutelen los derechos de cuantos ven lacerada su dignidad.

Durante cuatrodécadas esta Institución Intergubernamental se ha dedicado a la promoción del estado de derecho con el fin de avanzar hacia la paz y el desarrollo sostenible, alentando iniciativas variadas para hacer que la justicia sea accesible para todos, en particular para las personas más postergadas en la sociedad. La adhesión al principio de igualdad ante la ley, la prevención de la arbitrariedad, el avance de la accountability y la garantía de transparencia, la promoción de una participación justa en el proceso de toma de decisiones, la salvaguarda del principio de seguridad jurídica y el respeto al debido proceso, ambos desde un punto de vista

sustantivo y procesal, son todos valores y criterios indispensables que se derivan del concepto general de estado de derecho y que, si se implementan, tienen el poder de conducir a la realización de la justicia. Y, conviene recordarlo, la justicia es la *conditio sine qua non* para alcanzar la armonía social y la fraternidad universal que tanto necesitamos hoy. Es también la virtud necesaria para la construcción de un mundo en el que los conflictos se resuelvan solamente de forma pacífica, sin que prevalezca el derecho del más fuerte, sino la fuerza del derecho.

Por desgracia, estamos lejos de alcanzar este objetivo. En la compleja y ardua coyuntura que vivimos, marcada por graves crisis interconectadas, se percibe dolorosamente el aumento de los enfrentamientos violentos, de los efectos cada vez más nocivos del cambio climático, de la corrupción y de las desigualdades. Por ello es más acuciante que nunca abogar por una justicia centrada en las personas con vistas a fortalecer sociedades pacíficas, justas e inclusivas.

El estado de derecho nunca está sujeto a la más mínima excepción, ni siquiera en tiempos de crisis. La razón es que el estado de derecho está al servicio de la persona humana y pretende proteger su dignidad, y esto no admite excepciones. Es un principio. Sin embargo, no son sólo las crisis las que suscitan amenazas contra las libertades y el estado de derecho en el seno de las democracias. De hecho, se extiende cada vez más una concepción errónea de la persona humana, concepción que debilita su misma protección y abre progresivamente la puerta a graves abusos bajo la apariencia del bien.

En efecto, sólo la ley puede constituir el requisito previo indispensable para el ejercicio de cualquier poder y esto significa que los órganos gubernamentales responsables deben garantizar el respeto del estado de derecho, independientemente de los intereses políticos dominantes.

Cuando la ley se fundamenta en valores universales, como el respeto a la persona humana y la protección del bien común, el estado de derecho es fuerte, las personas tienen acceso a la justicia y las sociedades son más estables y prósperas. Por el contrario, sin paz ni justicia, ninguno de los desafíos mencionados anteriormente puede ser resuelto. No olvidemos que «todo está conectado. Por eso se requiere una preocupación por el ambiente unida al amor sincero hacia los seres humanos y a un constante compromiso ante los problemas de la sociedad» (Carta enc. *Laudato si'*, n. 91).

El estado de derecho puede desempeñar un papel esencial en la solución de las crisis globales al renovar la confianza y la legitimidad de la gobernanza pública, combatir las desigualdades, promover el bienestar de las personas, favorecer la

salvaguarda de sus derechos básicos, fomentar su adecuada participación en la toma de decisiones y facilitar el desarrollo de leyes y políticas que satisfagan sus necesidades reales, contribuyendo así a crear un mundo donde todos los seres humanos sean tratados con dignidad y respeto.

Agradezco el compromiso de la IDLO para avanzar en la justicia climática y mejorar la gobernanza de la tierra y el uso sostenible de los recursos naturales. Eso también es camino hacia un mundo más justo y pacífico.

El cambio climático es una cuestión de justicia intergeneracional. La degradación del planeta no solamente impide una convivencia serena y armónica en el presente, sino que merma en gran medida el progreso integral de las futuras generaciones. «Es indudable que el impacto del cambio climático perjudicará de modo creciente las vidas y las familias de muchas personas. Sentiremos sus efectos en los ámbitos de la salud, las fuentes de trabajo, el acceso a los recursos, la vivienda, las migraciones forzadas, etc.» (Exhort. ap. *Laudate Deum*, n. 2). La justicia, los derechos humanos, la equidad y la igualdad están fundamentalmente entrelazados con las causas y efectos del cambio climático. Al aplicar un enfoque de justicia a la acción climática, podemos proporcionar respuestas holísticas, inclusivas y equitativas.

La corrupción erosiona los mismos cimientos de la sociedad. Al desviar recursos y oportunidades de quienes más los necesitan, la corrupción exagera las desigualdades existentes. Por este motivo es preciso impulsar campañas de sensibilización que alienten por doquier una mayor transparencia, responsabilidad e integridad, y de este modo se pongan sólidos cimientos en la construcción de una sociedad justa y virtuosa. Es en la primera infancia donde se siembran las semillas de la integridad, la honestidad y la conciencia moral, fomentando una sociedad donde la corrupción no encuentra terreno fértil para arraigar.

Finalmente, es esencial seguir dando pasos para salir al encuentro de los más pobres, marginados y vulnerables, que a menudo no tienen a nadie que hable en su nombre y se ven descartados y excluidos. Debemos asegurarnos de que nadie quede atrás, especialmente las mujeres, los pueblos indígenas y los jóvenes, que se afanan para que sus propuestas tengan espacio y voz en el presente y así poder mirar al porvenir con confianza.

Excelencias, estoy seguro de que encuentros como éste sirven para que en nuestros días no dejen de afianzarse sistemas judiciales que preserven la primacía de la dignidad de la persona humana sobre cualquier otro tipo de interés o justificación. En esta noble causa la Santa Sede, fiel a la palabra de Cristo que dijo:

«Felices los que tienen hambre y sed de justicia; felices los que trabajan por la paz» (Mt 5,6.9), está al lado de cuantos luchan por robustecer el estado de derecho, los derechos humanos y la justicia social, de modo que sus esfuerzos descubran nuevas sendas de esperanza hacia un futuro más solidario, justo y sereno para todas las naciones de la tierra.

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA CONFERENCIA DE LAS PARTES EN LA CONVENCION MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO (COP 28)

Expo City (Dubái), 2 de diciembre de 2023

Señor Presidente, señor Secretario General de las Naciones Unidas, ilustres Jefes de Estado y de Gobierno, señoras y señores:

Lamento no poder estar reunido personalmente con ustedes, como hubiera querido, pero me hago presente porque la hora es apremiante. Me hago presente porque, ahora más que nunca, el futuro de todos depende del hoy que escojamos. Me hago presente porque la devastación de la creación es una ofensa a Dios, un pecado no sólo personal sino estructural que repercute en el ser humano, sobre todo en los más débiles; un grave peligro que pende sobre cada uno y que amenaza con desencadenar un conflicto entre generaciones. Me hago presente porque el cambio climático es «un problema social global que está íntimamente relacionado con la dignidad de la vida humana» (*Exhort. ap. Laudate Deum, 3*). Me hago presente para formular una pregunta a la que estamos llamados a responder ahora: ¿trabajamos por una cultura de la vida o de la muerte?

Les pido de corazón: ¡escojamos la vida, elijamos el futuro! ¡Escuchemos el gemido de la tierra, oigamos el clamor de los pobres, demos oídos a las esperanzas de los jóvenes y a los sueños de los niños! Tenemos una gran responsabilidad: velar porque no se les niegue el futuro.

Está demostrado que los cambios climáticos actuales derivan del calenta-

miento del planeta, causado principalmente por el aumento de gases de efecto invernadero en la atmósfera, provocado, a su vez, por la actividad humana, que en los últimos decenios se ha vuelto insostenible para el ecosistema. La ambición por producir y poseer se ha convertido en una obsesión, y ha desembocado en una avidez sin límites, que ha hecho del ambiente objeto de una explotación desenfrenada. El clima trastornado es una advertencia para que detengamos semejante delirio de omnipotencia. El único camino para poder vivir en plenitud es que volvamos a tomar conciencia, con humildad y valentía, de nuestro límite.

¿Qué obstaculiza este itinerario? Las divisiones que existen entre nosotros. Pero un mundo interconectado, como el actual, no puede estar desvinculado en quienes lo gobiernan, mientras las negociaciones internacionales «no pueden avanzar significativamente por las posiciones de los países que privilegian sus intereses nacionales sobre el bien común global» (Carta enc. *Laudato si'*, 169). Nos hallamos frente a posturas rígidas, cuando no inflexibles, que tienden a proteger los ingresos propios y de sus empresas, justificándose a veces por lo que otros han hecho en el pasado, con reiteradas evasiones de responsabilidad. Pero la tarea a la que estamos llamados hoy no es hacia el ayer, sino hacia el mañana; un mañana que, nos guste o no, será de todos o no será.

Impresionan, en particular, los tentativos de atribuirle la responsabilidad a los pobres o al número de nacimientos. Son tabús que hay que objetar con decisión. No es culpa de los pobres, porque casi la mitad del mundo, la más pobre, es responsable de apenas el 10% de las emisiones contaminantes, mientras que la distancia entre los pocos acomodados y los muchos desfavorecidos nunca ha sido tan profunda. Ellos son, en realidad, las víctimas de lo que está sucediendo. Pensemos en las poblaciones indígenas, en la deforestación, en el drama del hambre, de la inseguridad hídrica y alimentaria, en los flujos migratorios provocados. Con respecto a los nacimientos, no son un problema, sino un recurso; no están en contra de la vida, sino a su favor, mientras que ciertos modelos ideológicos y utilitaristas que se les imponen a las familias y poblaciones, con guantes de seda, son verdaderas colonizaciones. Que no se perjudique el desarrollo de tantos países, ya sobrecargados de pesadas deudas económicas, sino más bien se considere la repercusión que tienen pocas naciones, que son responsables de una preocupante deuda ecológica respecto a otras (cf. *ibíd.*, 51-52). Sería justo encontrar modos adecuados para condonar la deuda económica que grava sobre varios pueblos, teniendo en cuenta la deuda ecológica que hay en favor de ellos.

Señoras y señores, permítanme que, en nombre de la casa común donde vivimos, me dirija a ustedes, como a hermanos y hermanas, para preguntarles: ¿cuál es el camino para salir de esto?

Es el que ustedes están recorriendo en estos días: un camino conjunto, el multilateralismo. En efecto, «el mundo se vuelve tan multipolar y a la vez tan complejo que se requiere un marco diferente de cooperación efectiva. No basta pensar en los equilibrios de poder [...]. Se trata de establecer reglas globales y eficientes» (*Laudate Deum*, 42). En tal sentido, causa preocupación que el calentamiento del planeta esté acompañado por un enfriamiento del multilateralismo, por una creciente desconfianza en la Comunidad internacional, por una pérdida de la «conciencia común de ser [...] una familia de naciones» (S. Juan Pablo II, *Discurso a la quincuagésima Asamblea General de las Naciones Unidas*, Nueva York, 5 octubre 1995, 14). Es esencial reconstruir la confianza, fundamento del multilateralismo.

Esto es válido para el cuidado de la creación y también para la paz. Son las temáticas más urgentes y están mutuamente relacionadas. ¡Cuántas energías está malgastando la humanidad en las numerosas guerras en curso, como en Israel y Palestina, en Ucrania y en muchas regiones del mundo; conflictos que no resolverán los problemas, sino que los aumentarán! ¡Cuántos recursos desperdiciados en armamento, que destruyen vidas y arruinan la casa común! Lanzo de nuevo una propuesta: «con el dinero que se usa en armas y otros gastos militares, constituyamos un Fondo mundial para acabar de una vez con el hambre» (*Carta enc. Fratelli tutti*, 262; cf. S. Pablo VI, *Carta enc. Populorum progressio*, 51) y llevar a cabo actividades que promuevan el desarrollo sostenible de los países más pobres, para combatir el cambio climático.

Es tarea de nuestra generación prestar oído a los pueblos, a los jóvenes y a los niños para sentar las bases de un nuevo multilateralismo. ¿Por qué no comenzar por la casa común? Los cambios climáticos muestran la necesidad de un *cambio político*. Salgamos del atolladero de los particularismos y nacionalismos, que son esquemas del pasado. Abracemos una visión alternativa, común; esta nos permitirá una conversión ecológica, porque «no hay cambios duraderos sin cambios culturales» (*Laudate Deum*, 70). En tal sentido, les aseguro el compromiso y respaldo de la Iglesia católica, particularmente activa en la educación y sensibilización a la participación común, así como en la promoción de estilos de vida, porque si la responsabilidad es de todos, la de cada uno es fundamental.

Hermanas y hermanos, es esencial un cambio de ritmo que no sea una modificación parcial de ruta, sino un modo nuevo de avanzar juntos. Si en la senda de la lucha contra el cambio climático, que se abrió en Río de Janeiro en 1992, el Acuerdo de París supuso «un nuevo comienzo» (*ibíd.*, 47), urge ahora relanzar el camino. Se necesita dar un signo de esperanza concreto. Que esta COP sea un punto de inflexión, que manifieste una voluntad política clara y tangible, que conduzca a una aceleración decisiva hacia la transición ecológica, por medio de formas que posean tres características: «que sean eficientes, que sean obligatorias y que se puedan monitorear fácilmente» (*ibíd.*, 59). Y que se realicen en *cuatro campos*: la eficiencia energética, las fuentes renovables, la eliminación de los combustibles fósiles y la educación a estilos de vida menos dependientes de estos últimos.

Por favor, vayamos hacia adelante, no para atrás. Es notorio que varios acuerdos y compromisos asumidos «han tenido un bajo nivel de implementación porque no se establecieron adecuados mecanismos de control, de revisión periódica y de sanción de los incumplimientos» (*Laudato si'*, 167). Se trata aquí de no aplazar más, no sólo de desear sino de realizar el bien de vuestros hijos, de vuestros ciudadanos, de vuestros países, de nuestro mundo. Sean ustedes artífices de una política que dé *respuestas concretas y unificadas*, demostrando de este modo la nobleza de la responsabilidad que revisten y la dignidad del servicio que prestan. Porque para eso está el poder, para servir. No tiene ningún sentido preservar hoy una autoridad que mañana será recordada por su incapacidad de intervenir cuando era urgente y necesario (cf. *ibíd.*, 57). La historia se los agradecerá. Y también las sociedades en las que viven que, en su interior, se encuentran nefastamente divididas en "bandos": catastrofistas o indiferentes, ambientalistas radicales o negacionistas climáticos. Es inútil que nos adentremos en estas formaciones; en este caso, como en la causa de la paz, no llevan a ninguna solución. El remedio es la buena política: si un ejemplo de concreción y cohesión viene del vértice, beneficiará a las bases, donde tantos, sobre todo jóvenes, ya están comprometidos con la promoción del cuidado de la casa común.

Que el 2024 marque el punto de inflexión. Para ello, desearía que un episodio que tuvo lugar en 1224 fuera un signo favorable. En ese año Francisco de Asís compuso el *Cántico de las criaturas*.

Lo hizo tras una noche de sufrimiento físico, ya completamente ciego. Después de esa noche de lucha, con el ánimo reconfortado gracias a una experiencia espiritual, quiso alabar al Altísimo por todas aquellas criaturas que ya no podía ver, pero que percibía como hermanos y hermanas, porque provenían del mismo Padre y eran comunes a todos los hombres y mujeres. Un iluminado sentido de

fraternidad lo llevó, de esa manera, a transformar el dolor en alabanza y el cansancio en compromiso. Poco después le agregó otra estrofa, en la que alababa a Dios por los que perdonan, y lo hizo para zanjar -con éxito- una escandalosa pelea entre el primer magistrado y el obispo. También yo, que llevo el nombre de Francisco, quisiera decirles con sinceridad de corazón: ¡dejemos atrás las divisiones y unamos las fuerzas! Y, con la ayuda de Dios, salgamos de la noche de la guerra y de la devastación ambiental para transformar el futuro común en un amanecer luminoso. Gracias.