

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1995/2

El problema filosófico y epistemológico de la muerte cerebral
- La muerte cerebral en el recién nacido - Conductas suicidas
en la adolescencia - Bioética y derecho - Ética y ambiente
- Problemas actuales del consentimiento informado
- Educación sexual y sexualidad en la persona
con discapacidad mental



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

2

VOLUMEN VI NUMERO 2 ABRIL-JUNIO DE 1995

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinosa
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	141
El problema filosófico y epistemológico de la muerte cerebral. <i>Ignacio Carrasco de Paula</i>	143
La muerte cerebral en el recién nacido y el recién nacido con anencefalia. <i>Concezio Di Rocco</i>	157
Conductas suicidas en la adolescencia. <i>María Luisa Di Pietro, Adelia Lucattini</i>	169
Problemas actuales del consentimiento informado. <i>Angelo Fiori</i>	195
Educación sexual y sexualidad en la persona con discapacidad mental. <i>María Elena Girault de Kutz</i>	213
Bioética y derecho <i>Francesco D'Agostino</i>	231
Ética y ambiente. <i>Paola Maria Vitale</i>	249
APENDICE	
Artículos publicados en la Revista Medicina y Etica	265

EDITORIAL

Se cumplen cinco años de vida de la Revista Medicina y Etica, años en que de una manera profesional y científica hemos tratado de dar una visión objetiva de la fundamentación ética de la práctica médica y de los problemas relacionados con el bienestar sanitario de los hombres. A lo largo de este tiempo, muchos han sido los temas tratados a la luz de una concepción integral de la persona humana que pone por encima de toda consideración subjetiva la dignidad real del hombre como tal, independientemente de su condición social, intelectual o de desarrollo.

Grande es también la experiencia que nuestro Instituto ha ido adquiriendo a través del contacto con diversas corrientes de opinión y foros de debate. Es en el estudio sistemático de las ciencias filosóficas y del acontecer médico donde hemos encontrado las herramientas necesarias para crecer en el campo de la Bioética. Nos hemos adentrado en el planteamiento de juicios éticos acerca del comportamiento humano en el específico y delicado campo del aborto, la eutanasia, las técnicas de reproducción artificial, los problemas de salud laboral, las relaciones médico-paciente, entre otros innumerables temas en voga hoy en día.

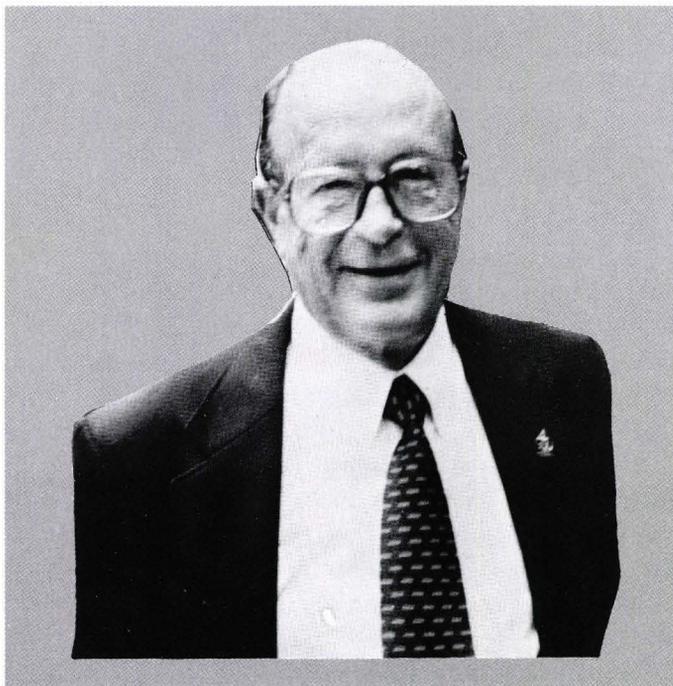
Es por ello motivo de sano orgullo el poder constatar que lo que empezó como un intento por abrir los horizontes del pensamiento en las conciencias de nuestra nación en torno a la temática de la Bioética, es hoy una realidad que cada día se extiende con mayor rapidez y profundidad. Pues cada vez son más las personas, asociaciones e instituciones que se interesan por el estudio y promoción de esta rama de la Filosofía.

Ya son variados los cursos de capacitación, de pre y postgrado que el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud ha impartido en

diversos puntos de la República, como variados son los contactos realizados con otras instituciones dedicadas a la Bioética en otros países.

El llegar a este punto de nuestra historia es un gran reto para los años venideros, pues nos sentimos obligados a mantener y superar el prestigio alcanzado no cesando de buscar nuevas instancias de expansión, investigando con mayor profundidad en los problemas bioéticos, defendiendo con mayor vigor la concepción personalista del ser humano y buscando soluciones acordes con esa dignidad inalienable de la persona, ante los nuevos cuestionamientos éticos que surgen a la par con el desarrollo científico y tecnológico de la sociedad moderna.

Queremos agradecer a los que, con su apoyo incondicional, han hecho posible que esta publicación y toda la obra de nuestro Instituto se haya desarrollado como lo ha venido haciendo hasta ahora. A ellos dedicamos la presente edición de nuestra Revista.



Dr. José Kuthy Porter

El problema filosófico y epistemológico de la muerte cerebral

*Ignacio Carrasco de Paula**

Resumen

El estudio parte de la comprobación de la divergencia entre dos modos de entender la “muerte cerebral”: hay quienes la consideran como una nueva definición más cuidadosa y científicamente mejor de la muerte de la persona, y por otro lado, como un método para establecer el estado de muerte de un individuo. El autor analiza, por esto, las dos perspectivas de la muerte: la metafísica y la biológica. Se definen, luego, el objeto y los límites de la problemática inherente al diagnóstico de muerte, y se concluye intentando aclarar algunos equívocos que surgen en esta delicada cuestión.

La expresión “muerte cerebral” ha venido a engrosar la lista —bastante larga— de términos científicos que han surgido casi por casualidad y que, por encima de la intención de sus inventores, han sembrado no poca confusión, alcanzando, al propio tiempo, tanto éxito que hace desesperado, cuando no inútil, intentar sustituirlos por otros menos ambiguos. En realidad, la afirmación *este cerebro está muerto* tiene en sí misma un sentido: indica que el órgano alojado dentro de la cavidad craneana ya no es vital, esto es, que ha cesado de funcionar definitivamente. En

* Rector del Ateneo Romano de la Santa Cruz, Roma.

cambio, la proposición *esta muerte es cerebral*, o más brevemente *muerte cerebral*, resulta oscura para quien no pertenece al círculo de especialistas en la materia, pero sugiere también que el tránsito no es un acontecimiento único e igual para todos y, por tanto, que la gente puede terminar la vida con una muerte normal, o bien con una muerte más sofisticada. De aquí a preguntarse si esta última es un deceso igualmente cierto, el paso es corto.

En el actual debate interdisciplinario en torno al concepto de *muerte cerebral*, lo equívoco de la expresión dificulta más el diálogo. Cualquier disciplina medicina, biología, filosofía, derecho, teología, etcétera, no sólo tiene su propio y legítimo punto de vista al respecto,¹ sino también un vocabulario específico. Parece que la mayor parte de las divergencias puede resumirse en dos modos contrapuestos de interpretar la expresión *muerte cerebral*: como una nueva definición más cuidadosa y sobre mejores bases científicas de la muerte de la persona, o como un método para establecer el estado de muerte de un individuo. En el primer caso se pone el acento en el aspecto filosófico, en el segundo, en el científico o médico. El único elemento común a estos dos enfoques es la referencia a la muerte humana.

El concepto de muerte. La perspectiva metafísica

La muerte, la muerte humana, comporta una de esas experiencias comunes que se imponen a todos de forma inmediata, sin ambigüedades. Y es también una realidad compleja, estrechamente vinculada al misterio del hombre, ya que morir significa, si no tomamos ahora en cuenta el dato teológico de la resurrección, la aniquilación de la persona.

El problema de la muerte (cómo sobreviene, qué sentido tiene, etcétera) concierne a todos. Pero de un modo particular, ha sido desde siempre un desafío a la reflexión de los pensadores, a la intuición de los poetas, al análisis de los científicos. Sin embargo, en sí misma, para la ciencia constituye un límite, más que un objeto de estudio. La medicina, por ejemplo, intenta prevenirla, retardarla y diagnosticarla una vez acaecida, pero no puede eliminarla; más aún, en el momento mismo en que sobreviene la muerte, la medicina pierde su razón de ser, y tienen que cesar las terapias y cuidados médicos.

Desde Platón hasta los tiempos actuales, la muerte ha sido definida como la separación del alma del cuerpo, esto es, la separación del organismo de ese principio vital inmanente que constituye la fuente y el sostén dinámico de todas las operaciones vitales. Se trata de una definición metafísica y, como tal, evidencia la realidad esencial del fenómeno, traduciéndolo en términos ontológicos.

Primeramente, la muerte consiste en un *factum*, en un hecho, un evento puntual que traza una línea divisoria, irreversible e infranqueable, entre el estado de ser vivo y el estado de cadáver. Pero la muerte puede ser considerada también *in fieri*, como haciéndose, como ese proceso inexorable que es el morir. Así, se dice que la muerte comienza en el momento mismo de la concepción, puesto que ya entonces se inaugura el mecanismo que concluirá forzosamente con la desaparición del nuevo ser. Con mayor precisión, se pone de relieve que no se puede hablar de decurso mortal hasta que no se han puesto en marcha, de manera significativa, los procesos degenerativos del envejecimiento. Pero se considera comúnmente más razonable considerar que el morir comienza en el momento en que se desarrolla una patología incurable, la enfermedad que inexorablemente llevará al fallecimiento del sujeto.

En la perspectiva de la muerte, el vínculo alma-cuerpo se presenta como una relación muy estrecha, pero en equilibrio inestable y con tendencia a deteriorarse por la progresiva e imparable degradación que, con el uso y el tiempo, experimenta el organismo. La ruptura definitiva ocurre cuando no es posible ya la interacción entre el principio vital y su soporte físico, porque el conjunto del cuerpo o alguno de sus órganos vitales ha sufrido un daño esencial e irreparable.

La muerte, por tanto, consiste también en la pérdida de la unidad de la persona, unidad que desaparece con la separación de los dos coprincipios que la formaban, y a los cuales compete un desigual destino. Efectivamente, mientras el alma posee una naturaleza espiritual que le permite subsistir sin el soporte del cuerpo y, como inmortal, sobrevive a este, el cuerpo en cambio, sin el influjo actual de su principio dinámico, no es ya un organismo y, aun conservando la figura corporal, se vuelve materia informe, un cadáver concretamente, sin otro valor que el que le proporciona el hecho, también este imborrable, de que un día fue verdaderamente persona. Desde este punto de vista, se advierte la

importancia fundamental que tiene el concepto metafísico de muerte, en el cual se fundamenta el comportamiento ético diferente que hay que tener ante un cuerpo vivo y ante un cadáver.

La perspectiva biológica

Desde el punto de vista físico, la muerte no es otra cosa que el cese de la vida, y puesto que vivir consiste en la actividad propia de un organismo viviente en cuanto tal, la muerte se manifiesta en primer lugar en la pérdida de la capacidad de operar como un todo.

El cuerpo humano es una realidad material compuesta, formada por una multiplicidad de órganos y de otros elementos que interactúan entre sí, sinérgicamente y en función del organismo entero. Morir no comporta ni la inmediata destrucción de todas las estructuras corporales ni la cancelación repentina de todos los signos vitales.² El cese de la vida exige en cambio, por definición, la desaparición de la actividad del organismo como un todo (no de todo el organismo),³ desaparición que por sí misma es definitiva, irreversible.⁴

Esto implica algunas consecuencias, la primera de ellas la extinción en brevísimo plazo de todas las funciones vitales fundamentales (respiración, nutrición, estado de vigilia, etcétera),⁵ que no hayan dejado de operar anteriormente como consecuencia de una lesión orgánica. El hecho de que sea posible mantener⁶ artificialmente, durante un cierto tiempo, algunas funciones vitales, como la respiración o los latidos del corazón, no desmiente lo que acabamos de decir, sino que confirma estas dos tesis complementarias: *a*) vida de un organismo individual de una persona, en el caso específico del hombre quiere decir actividad que proviene del interior del mismo organismo y está ordenada por y para el organismo como totalidad; *b*) muerte de un organismo no significa demolición de todas las partes que lo componen, sino agotamiento irreversible de ese dinamismo interno y por esto espontáneo que se generaba y se ordenaba por y para el organismo entero.

Como confirmación de estas dos tesis podemos recordar algunos hechos muy conocidos. En primer lugar, el suplir por medios artificiales la función cardio-respiratoria, que permite prolongar durante un cierto tiempo la oxigenación a nivel celular, la temperatura corporal y la

irrigación sanguínea cutánea, manteniendo así en el cadáver una apariencia de vida. Esta posibilidad cuando es factible *hic et nunc*, aquí y ahora, es aprovechada por motivos humanitarios, por ejemplo ante las muy respetables exigencias de los parientes que, llegando de lejos, querían ver por última vez a su pariente con alguna señal de vida todavía.

No se debe intercambiar el procedimiento que mantiene tecnológicamente una apariencia de vida, con la llamada prolongación artificial de la verdadera vida. Esta última generalmente no es otra cosa que el intento desesperado de retrasar por algunas horas o algunos días el desenlace final. Con frecuencia, un intento semejante cae en el lamentable encarnizamiento terapéutico, pero el inconveniente mayor es que puede contribuir a confundir las cartas sobre la mesa, ya que después de haber puesto en marcha la tecnología para prolongar la vida para evitar equívocos, me permito subrayar que se dan circunstancias en que es obligado hacerlo, muchas veces se vuelve más complicado determinar el deceso ocurrido.

Otra experiencia son los trasplantes. Puesto que el morir no comporta la “muerte” de todo el organismo, es posible obtener un órgano en circunstancias tales que, trasplantado a otro cuerpo dentro de ciertos límites de tiempo, puede recibir el influjo vital de éste e interactuar poniendo su propia funcionalidad al servicio del organismo que lo hospeda.

Se podría citar también la posibilidad técnica, espero que no entre nunca en la práctica clínica, de obtener células germinales de un cadáver, cuando aún están vitales, y utilizarlas para la inseminación artificial o la fecundación *in vitro*.

Es evidente, por tanto, que el cese de la actividad del organismo como un todo no impide que, en ciertas condiciones y con una finalidad médica, sea posible usar las partes de un cadáver, siempre que estas conserven ese mínimo de integridad biológica que las haga capaces de aprovechar el influjo vital de otro organismo e integrarse a éste. Es en cambio absolutamente imposible que un organismo, que no tiene ya la capacidad de actuar como tal, pueda *hacer o usar* algo: un cadáver no puede nutrirse, ni engendrar,⁷ ni llevar a término un embarazo, ni sentir emoción o deseo alguno, ni darse cuenta de su propia condición de no viviente.

El problema del diagnóstico de la muerte: objeto y límites

La definición de la muerte, tanto a nivel físico-biológico como a nivel metafísico, es una cuestión de naturaleza sustancialmente teórica, y por tanto sin reflejos comportamentales inmediatos. La comprobación, en cambio, del fallecimiento de una persona presenta connotaciones muy diversas: un error al responder a la pregunta de si tal sujeto está aún vivo o no, comporta consecuencias éticas, legales, médicas, etcétera, que todos podemos imaginar. Por este motivo, cuando se trata de determinar el estado de muerte, si un sujeto determinado ha fallecido no se pueden admitir aproximaciones ni simples probabilidades, sino que con toda razón hay que requerir una certeza lo más absoluta y objetiva posible, certeza fundada no tanto en argumentos lógicos, cuanto en hechos evidentes y comprobables.

Por tanto, antes de seguir adelante con nuestras reflexiones nos parece obligado establecer algunos puntos de referencia esenciales para definir el campo y los límites del diagnóstico del estado de muerte. Me refiero a los siguientes principios:

1. No puede ser objeto de diagnóstico el momento de la muerte, puesto que no es ni evidente ni verificable. Por consiguiente, se debe mantener la asincronía entre el instante dramático de la separación del alma del cuerpo y el momento en el que resulta manifiesto que se ha producido el deceso. El desarrollo tecnológico podrá acortar el lapso de tiempo que divide a ambos episodios, pero difícilmente éste desaparecerá completamente. Diagnosticar la muerte significa comprobar no la separación del alma, sino más bien la ausencia de signos de vida organizada.⁸

2. El diagnóstico de la muerte no coincide ni siquiera con la comprobación del estado de descomposición orgánica del cadáver. Es obvio que el proceso de corrupción no se pone en marcha si no ha seguido de la muerte, de la que es consecuencia. Pero entre el deceso y la putrefacción del cadáver transcurre un período de tiempo más o menos largo, y es precisamente en esta fase en la que tiene sentido el diagnóstico del estado de muerte. Ante los restos con evidentes indicios de putrefacción, el diagnóstico de muerte se hace superfluo. Un embarazo dudoso no se descubre cuando se produce el parto, sino mucho tiempo antes.

3. Es oportuno que el diagnóstico de la muerte incluya siempre la identificación de una causa que dé razón del fallecimiento, puesto que no es un evento de escaso relieve pasar de la condición de ser viviente a la de cadáver. Sin embargo, si un sujeto está vivo o no, es una pregunta que requiere una respuesta afirmativa o negativa, independientemente de la circunstancia de que el médico sea capaz o no de encontrar la explicación causal. El estado de muerte no puede ser afirmado basándose en el hecho de que el sujeto presenta cinco heridas todas ellas mortales; este indicio permite sólo hacer un pronóstico, incluso a corto plazo seguro. Se debe basar en la evidencia de que están ausentes los signos de vida organizada, aunque no aparezca la causa con igual claridad.

4. Para integrar el principio precedente, se debe tener en cuenta también el hecho de que diagnosticar la muerte de un sujeto no es lo mismo que comprobar la muerte de un órgano indispensable para la vida. La destrucción del corazón, del hígado, del cerebro, etcétera, conduce a un fallecimiento seguro sólo cuando tales órganos no pueden ser sustituidos por otro igual o por una máquina capaz de desempeñar su función. Puesto que la vida no es un *quantum*, algo cuantificable, sino una actividad soportada y ejercida por un cuerpo animado, la integridad de cada uno de los órganos es necesaria en tanto en cuanto lo requiera la integridad de la función que desempeñan, no como fragmentos aislados, sino como partes integrantes de un todo. Por tanto, el diagnóstico de la muerte consiste más en comprobar la ausencia de funciones vitales que en poner de relieve daños orgánicos o estructurales.

Estos principios están presentes en el método que durante siglos se ha empleado, y continúa empleándose aún, en la gran mayoría de los casos, como criterio de muerte: el paro cardíaco y de la respiración. Efectivamente, cuando se decretaba el fallecimiento en el momento en que el sujeto había exhalado su última respiración, no se quería indicar que el corazón estaba destruido o se había quedado muerto, sino simplemente que había dejado de funcionar, y, según la experiencia adquirida universalmente, la persona era ya cadáver. Ciertamente, no había pretensión alguna de resolver el interrogante de si en aquel instante se había producido o no la separación entre el alma y el cuerpo.⁹ Los errores, cuando los había, no ponían en duda la validez del criterio seguido, ya que dependían de un procedimiento poco preciso. De aquí se puede sacar una última conclusión: la determinación de la muerte se debe valer de

signos que indiquen la ausencia de actividad vital como un todo, pero se trata de signos que, además de ser confiables, sean también controlables de preferencia por medio de instrumentos e inconfundibles.

La muerte cerebral como diagnóstico del estado de muerte

Con el desarrollo de las técnicas de reanimación y la multiplicación de las unidades de terapia intensiva, son cada vez más frecuentes los casos en los que el criterio del paro cardíaco se muestra insuficiente. Piénsese, por ejemplo, en el dilema de la suspensión de las medidas de sostén en un sujeto que no manifiesta otros signos vitales que el latido del corazón. Es cierto que ahora no se discute ya sobre la licitud de suspender los tratamientos que dan más molestias que beneficios efectivos, pues hay que considerarlos claramente desproporcionados,¹⁰ pero, para el médico, no es lo mismo retirar el respirador cuando tal acción es seguida del inmediato paro cardio-pulmonar que cuando se obtiene la supervivencia del enfermo aunque sea por poco tiempo. En el primer caso, debe quedar claro que la suspensión del cuidado no ha causado la muerte, sino sólo la ha hecho manifiesta al dejar de latir el corazón. Además, la exigencia de extraer órganos a fin de salvar la vida de otros enfermos mediante trasplante es un motivo más que legítimo para solicitar un diagnóstico del estado de muerte lo más precoz posible.

La cuestión de la muerte cerebral¹¹ se ha planteado, a lo que parece, precisamente bajo el impulso de esta doble necesidad, como un método avanzado para la determinación precoz de la ausencia de vida organizada. No debería considerarse, por tanto, como un sustituto de otros métodos diagnósticos más simples e igualmente confiables, y tampoco como un método alternativo en igualdad de condiciones, sino como un procedimiento específico que hay que aplicar solamente en aquellos casos en los que esté indicado.

El problema, el verdadero problema, surge cuando se quieren establecer síntomas y procedimientos, tomando en consideración, como parecería ser lo acertado, todo cuanto se ha escrito y se continúa escribiendo sobre el tema. Se vuelve entonces improbable saber qué es la muerte cerebral. Algunos utilizan esta expresión para referirse al coma *dépassé*; otros la aplican a la condición que se establece en

ausencia de actividad cortical; otros igualmente a la situación creada como consecuencia del bloqueo de las funciones dependientes del tronco encefálico; otros incluso al estado de coma profundo e irreversible,¹² etcétera. Algunas de estas posiciones serán examinadas más adelante, pero ahora nos parece conveniente e incluso necesario antes de continuar nuestras reflexiones, escoger, entre los diversos enfoques del concepto de muerte cerebral, el que consideramos más común y mejor fundado en el ámbito de la medicina, y al cual aludimos sumariamente en los anteriores apartados: un método diagnóstico precoz del fallecimiento ocurrido que se vale de los signos que indican la destrucción total del cerebro. Este concepto será, por tanto, el punto de referencia de nuestras ulteriores consideraciones.

La propuesta de recurrir a los síntomas que configuran el cuadro de la muerte cerebral se basa epistemológicamente en tres puntos: *a)* la posibilidad de probar que ha cesado toda actividad del organismo como un todo en un determinado sujeto; *b)* la posibilidad de demostrarlo incluso en presencia de funciones vitales operantes sólo porque se han sustituido artificialmente desde el exterior; *c)* la posibilidad de aplicar esta prueba a los casos particulares concretos, mediante la comprobación de la aparición de algunos signos externos, mensurables y verificables.

No se ve de qué manera pueda *a priori* negársele a la medicina esta triple pretensión, desde el momento en que entran en el campo específico de la ciencia experimental. Se tiene derecho, no obstante, a exigir que las reglas del método científico se sigan rigurosamente.

El procedimiento del diagnóstico de muerte cerebral ha seleccionado predominantemente ciertos signos neurológicos porque estos: *a)* al demostrar la abolición de las funciones del cerebro, son los primeros en aparecer; *b)* no constituyen un fenómeno funcional temporal y reversible, sino una consecuencia necesaria de la destrucción de la masa cerebral.

Ahora bien, si esta opción estuviera guiada sólo o principalmente por el convencimiento de que el cerebro es el órgano esencial que coordina las funciones vitales y por tanto su destrucción debe coincidir forzosamente con la muerte del individuo (argumentación deductiva), aun estando de acuerdo sobre la importancia y papel privilegiado del cerebro, yo objetaría que la deducción no está suficientemente fundamentada desde el punto de vista antropológico, y por tanto no puede ser aceptada sin una ulterior y compleja profundización de la fun-

ción del cerebro como órgano de la persona. El hombre, en efecto, no es sólo cerebro, ni sus operaciones específicas humanas se identifican con las funciones cerebrales.

La triple demostración arriba citada me parece que puede lograrse sólo recorriendo las siguientes etapas: 1) comprobar el hecho de que las funciones vitales fundamentales, ya claramente comprometidas, no se regulan según los requerimientos del organismo entero, lo cual permite establecer la hipótesis de que este ha dejado de operar como un todo y de que ha cesado, por tanto, la vida organizada; 2) confirmar la hipótesis mediante la comprobación de otros dos factores: a) si se suspenden los medios de sostén artificial, que pueden enmascarar el estado de muerte, la ausencia de todas las funciones vitales fundamentales se hace inmediatamente irrevocable;¹³ b) la situación que se ha creado resulta absolutamente irreversible: no sólo no se ve posibilidad racional alguna según los comunes conocimientos médicos de recuperación, sino que de hecho nadie “ha salido adelante” ni “ha sobrevivido” al diagnóstico de muerte; 3) seleccionar, siguiendo los criterios del buen diagnóstico diferencial, aquellos signos que distinguen a este estado y lo diferencian claramente de otras condiciones que son más o menos semejantes a la verdadera muerte. Tales signos deben ser comprobables en la forma más objetiva y precisa posible, excluyendo toda razonable posibilidad de error.

Se han propuesto diversos protocolos para el diagnóstico de la muerte cerebral.¹⁴ Casi todos tienen algunos elementos comunes, como apnea, electroencefalograma plano, midriasis, coma profundo, ausencia de reflejos no espinales, etcétera, comprobados varias veces en un cierto lapso de tiempo. Sobre algunos de estos protocolos han surgido dudas, incluso fundadas,¹⁵ pero el juicio fundamental sobre la validez de todo protocolo debe estar asentado sobre bases científicas, de naturaleza especializada. Obviamente, la falta de unanimidad entre los especialistas acerca de la supuesta confiabilidad de un protocolo en particular o de un determinado signo, le quita esa certeza práctica que no puede ser menospreciada cuando se trata de decidir sobre el estado vital de una persona.

No me parece que pueda ponerse en tela de juicio la exclusiva idoneidad del médico al diagnosticar el estado de muerte, aunque un doctor en particular pueda, por falta de preparación o por mala suerte,

equivocarse. Con los procedimientos actuales, una posibilidad semejante se vuelve muy improbable, aun cuando no se pueda excluir *a priori*. En cambio sería inadmisibile un error tanto en la elección de los criterios como en el procedimiento que hay que aplicar.¹⁶ Desconozco, sin embargo, que se haya publicado un sólo caso auténtico de diagnóstico de muerte cerebral equivocado. En cambio, entre las publicaciones no especializadas, frecuentemente se presentan como muerte cerebral casos que no lo son, como el famoso caso Quinlan. El hecho de que un sujeto, aun privado de conciencia, sea capaz de mantener espontáneamente la integración de las funciones vitales (respiratoria, circulatoria, homeostasia metabólica), demuestra que es una persona viva.

Para aclarar algunos equívocos

Quisiera concluir estas reflexiones tratando de aclarar algunos malentendidos que se refieren a la persona en coma y en estado vegetativo persistente, y otros casos particulares como el niño anencefálico.

La polémica sobre la muerte cerebral se remonta a 1959, cuando Mollaret y Gullon describieron el *coma dépassé*.¹⁷ El cuadro descrito por ellos era incontrovertible, pero el nuevo término utilizado, de indudable eficacia didáctica, daba lugar a numerosos malentendidos, desde el momento en que la muerte podía ser concebida como una especie de coma exagerado o excesivo. Normalmente se habla de pérdida del conocimiento cuando el sujeto está vivo todavía. La muerte, sin embargo, no es un estado en que falta alguna cosa para permitir a un sujeto volver a la vida, sino que más bien consiste precisamente en la negación absoluta de la vida. No por nada los antiguos inventaron el término cadáver para no verse obligados a denominar cuerpos a los restos mortales.

Ahora bien, al no tener suficientemente en cuenta la radical diferencia existente entre pérdida del conocimiento y fin de la vida, se ha propuesto ampliar el concepto de muerte cerebral al estado de coma profundo e irreversible, esto es, al cese definitivo de toda actividad de la corteza cerebral. Pero dado que las funciones vitales no se cancelan en los enfermos que se encuentran en tales condiciones, esta propuesta resulta un intento más, a nivel teórico, de redefinir el concepto de muerte.

Según esta tesis, el deceso no consistiría en la ausencia de vida organizada, sino en la pérdida de las operaciones ligadas a la corteza. En lugar de *imposibilidad de actuar como un todo*, debería leerse *imposibilidad de actuar como persona*. Se trata obviamente de una tesis antropológica, según la cual el elemento constitutivo de la persona sería el actuar, y más concretamente, la autoconciencia. Pero esta hipótesis es infundada, puesto que la persona se expresa y perfecciona mediante su actividad, pero no se identifica con ella.

El estado vegetativo persistente supone también la pérdida de algunas funciones cerebrales sobre todo de enlace entre la corteza y el tronco probablemente de modo irreversible: el paciente puede abrir los ojos, cerrarlos, moverlos de forma intermitente, dando la falsa impresión de estar consciente, pero no habla, no presta atención, no ofrece señal alguna de reconocimiento del mundo que le rodea, ni de control de sus propias necesidades internas. Sus respuestas son muy primitivas, reflejas. Se podría decir que está despierto, pero sin conocimiento. Este estado puede prolongarse por más de un año, con un mínimo de cuidados.

También en estos casos es evidente que no se puede hablar de muerte cerebral, porque los signos de vida organizada, aunque reducida, son muy evidentes. En realidad, las recientes propuestas e incluso las sentencias judiciales a favor de la suspensión de los cuidados, en particular de la nutrición y de la hidratación (lo cual determina la muerte en pocos días), no se basan en la hipótesis del estado de muerte natural, sino más bien en una presunta voluntad anterior del enfermo de interrumpir los cuidados que no puedan curarlo (enfoque jurídico), o en la hipótesis de una calidad de vida considerada insuficiente e indigna (enfoque antropológico). Tales argumentos, sin embargo, chocan con otros principios filosóficos y éticos, con los cuales son difícilmente conciliables, especialmente en cuanto al concepto de calidad de la vida.

Finalmente, la propuesta de ampliar a la anencefalia¹⁸ el concepto de muerte cerebral se muestra igualmente carente de fundamento, porque: 1) los niños anencefálicos nacidos vivos, además de poseer un mínimo de actividad cerebral, muestran poseer una auténtica vida organizada, y por tanto, no pueden ser considerados cadáveres mientras no sobreviene la muerte casi siempre por asfixia; 2) los criterios de la muerte cerebral no se aplican a los niños por debajo de los seis años, y menos aún a niños recién nacidos, ya que poseen una fisiología particular. Parece que, en

el estado actual de la medicina, el único criterio seguro de lesión mortal irreversible en el niño es la ausencia de flujo sanguíneo en el cerebro.

Antes de concluir, quisiera subrayar la incoherencia metodológica común en los intentos de ampliar el concepto de muerte a otras situaciones, que no tienen prácticamente nada que compartir con ella, puesto que no comportan el deceso del sujeto. En *una persona* viva es objetivamente imposible, y contradictorio desde el punto de vista lógico, *el diagnóstico precoz del estado de muerte*. La tesis según la cual el coma, el estado vegetativo persistente y la anencefalia equivalen a la muerte cerebral, en rigor de términos, debería significar que una persona en estado de coma aparentemente irreversible o un niño anencefálico, además de la ausencia de cualquier signo de vida organizada, debería presentar *a priori* los siguientes síntomas: apnea, electroencefalograma plano, midriasis, coma profundo, ausencia de reflejos no espinales, etcétera, lo cual el más elemental control médico demuestra de inmediato no ser cierto. Nunca se recomendará lo suficiente la exigencia de un rigor extremo en la definición y el uso de los conceptos y de los instrumentos de trabajo en el plano filosófico, científico, ético, etcétera. Hay que reiterar que *la expresión "muerte cerebral" no indica un tipo particular de muerte*, a lo mejor más amplio o más sofisticado, *sino simplemente el estado actual de cadáver de un sujeto*. Ahora bien, si, según la metodología propia de las ciencias experimentales, se demuestra empíricamente que la aparición de los signos A + B + C + D + E, todos juntos, coincide siempre y sin excepción con la ausencia total e irreversible de vida del organismo como un todo, no nos queda más que levantar acta de esta realidad diagnóstica, a menos que no se tengan pruebas científicas en contra.

Referencias bibliográficas

¹ En este caso resulta significativo el desahogo de K. R. Smith: "There will be quibbles about semantics such as the difference between «definition» and «determination», between «irreversible coma» and «death», between «permanent cessation of function» and «destruction», between «total brain function (without an s)» and «brain functions (with a s)». The quibbles will not change the basic fact that doctors can and do each day declare patients dead because they have decided on unassailable scientific evidence that the patient's brains are dead" (Véase SMITH, K.R., *The medical approach to the determination of death*, en MC CARTHY, D.G.,

MORACZEWSKI, A.S. (eds.), *Moral responsibility in prolonging life decisions*, St. Louis: Pope John Center, 1981: 44-52.

² Después de la muerte son posibles contracciones musculares aisladas, incluso movimientos respiratorios y latidos cardíacos y, gracias al desarrollo de las técnicas de reanimación, se pueden sustituir artificialmente la respiración y la circulación mucho tiempo después de la muerte. Pero se trata de movimientos aislados, que responden a estímulos parciales o a alguna sollicitación externa, y ya no están regulados por el organismo.

³ Debo esta evidente pero eficaz distinción al Prof. Seifert. Véase SEIFERT, J., *Is "Brain Death" actually death? A critique of redefining man's death in terms of "Brain Death"* (en prensa).

⁴ No es posible suspender momentáneamente la actividad del organismo como un todo y evitar la muerte. En estado de hipotermia, como bajo el influjo de algunas sustancias, el organismo continúa funcionando como un todo, aunque con una actividad muy reducida.

⁵ Me refiero obviamente a las funciones en otro tiempo denominadas vegetativas o sensitivas.

⁶ Utilizamos este término para no hacer oscura la argumentación. En realidad, sin embargo, con la aplicación del respirador no se mantiene la función respiratoria sino que se la sustituye.

⁷ Estos términos deben entenderse en sentido global. Aunque no pueda nutrirse después del fallecimiento, en espera del diagnóstico de muerte, el sujeto puede recibir nutrición enteral o parenteral, metabolizar medicamentos, eliminar orina, producir anticuerpos, etcétera. Tampoco se excluye que un cadáver pueda ser usado como incubadora, pero esta posibilidad no es lo mismo que *llevar adelante un embarazo*.

⁸ Puesto que podría resultar aburrido repetir siempre la expresión *como un todo*, uso *vida organizada* como sinónimo.

⁹ La Iglesia admitía la administración de los sacramentos *sub conditione* (bajo condición), en el supuesto tanto del error diagnóstico como de la posibilidad de que el alma estuviera de algún modo presente.

¹⁰ Véase a este propósito CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Decl. Iura et Bona*, 5.5.1980, p. IV.

¹¹ Quizás sea oportuno recordar que parece un hecho adquirido el que el paro cardíaco lleva a la muerte mediante la destrucción del cerebro debida al bloqueo del flujo sanguíneo (aumento de la presión intracraneal y edema cerebral difuso).

¹² Estas divergencias están presentes sobre todo en el debate teórico sobre la muerte cerebral, y remiten más a la controversia filosófica sobre la definición de la muerte humana, que a la cuestión diagnóstica.

¹³ Por lo que se refiere al latido cardíaco, puesto que el corazón posee su propio sistema de autoestimulación, puede continuar funcionando espontáneamente durante cierto tiempo. Pero se trata de una actividad cardíaca no regulada por el organismo.

¹⁴ Un excelente panorama se puede encontrar en PUCA, A., *Determinazione e accertamento della morte cerebrale. Panorama storico*, Medicina e Morale 1991, 2: 229-246.

¹⁵ En particular, al de la Harvard Medical School, presentado en 1968 como una definición del coma irreversible. AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, *A definition of irreversible coma*, JAMA 1968, 205: 337-338.

¹⁶ Tratándose de una cuestión tan delicada y de obvio interés público, resulta más que justificada la intervención legislativa con miras a establecer normas para la comprobación y certificación de la muerte.

¹⁷ MOLLARET, P., GOULON, M., *Le coma dépassé*, Revue Neurologique 1959, 101: 3-15.

¹⁸ Me parece un pretexto, por no decir grotesco, el intento de considerar cadáveres a los fetos que viven en el seno materno, porque no han desarrollado el cerebro. Como si su continuo desarrollo orgánico no fuera una prueba más que evidente de su vitalidad.

La muerte cerebral en el recién nacido y el recién nacido con anencefalia

Concezio Di Rocco*

Resumen

Partiendo de la comprobación —en los años cincuenta— de la insuficiencia de los criterios tradicionales de verificación de la muerte clínica (cese de la actividad respiratoria y cardíaca), el estudio se detiene en la revisión del trabajo llevado a cabo —y ampliamente aceptado aunque esté sometido a continuas afinaciones— del Comité constituido a propósito en los años ochenta por la Facultad de Medicina de Harvard para precisar los criterios de comprobación de la muerte cerebral. Sin embargo, no se daba indicación alguna para la muerte en la edad pediátrica. A tal fin se han ido elaborando lineamientos específicos sucesivamente, como, por ejemplo, por el “Children’s Hospital” de Boston y por la “Task force” para la determinación de la muerte cerebral en el niño (EUA). El autor concluye el estudio reflexionando sobre el problema del niño como fuente de órganos, refiriéndose sobre todo al niño anencefálico.

Introducción

A finales de los años cincuenta dos importantes acontecimientos, respectivamente en el campo ético y en el científico, anticipan —y en un

* Profesor asociado de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma (Director: Prof. G. F. Rossi).

cierto sentido determinan— la reflexión moral y científica que se llevará a cabo, en el curso del decenio siguiente, sobre la necesidad de establecer una definición más adecuada de la muerte en un momento en que los criterios tradicionales parecen insuficientes respecto de la evolución de la medicina contemporánea y la aparición de nuevas necesidades sociales. Si en el pasado el cese de la actividad respiratoria y cardíaca había sido considerado como criterio suficiente para establecer el deceso del individuo, puesto que se sabía que después de algunos minutos de cesar estas funciones también el cerebro padecía un daño irrecuperable, la introducción de las técnicas de reanimación y de asistencia intensiva demostraron que era posible extender el acto terapéutico más allá de los límites tradicionales y que era posible prolongar la actividad cerebral incluso en sujetos cuyas funciones respiratorias y cardíacas estaban totalmente comprometidas. Por otro lado, fue también evidente que un éxito sólo parcial de las medidas de reanimación y de asistencia intensiva podían dar como resultado la supervivencia de personas cuyo corazón continuaba latiendo incluso cuando una lesión cerebral grave había determinado la pérdida irreversible de toda capacidad intelectual.

El primero de los dos acontecimientos a los que nos referimos debe ser identificado con la afirmación del papa Pío XII, en 1957,¹ sobre la posibilidad de abstenerse de la utilización de “medios extraordinarios” de cuidados en pacientes en coma prolongado, cuya recuperación se consideraba imposible. A los médicos se les encomendaba, por su parte, la tarea de decidir el momento en que el enfermo, en una situación semejante, podía ser considerado muerto, con las obvias responsabilidades religiosas y legales de esa decisión. Aun cuando no explícitamente, al médico se le atribuía la posesión de criterios seguros para tomar esa decisión o, en caso contrario, la obligación moral de definirlos.

El segundo acontecimiento fue la descripción, en 1959 por parte de Mollaret y Goulon en Francia,² de una condición definida como *coma dépassé*, que podía ser identificada en sujetos con respiración asistida, caracterizada por arreflexia y pérdida irreversible de la conciencia, asociadas a un “silencio” electroencefalográfico. Puesto que los pacientes que presentaban ese cuadro neurológico examinados después del deceso mostraban invariablemente profundos daños estructurales del encéfalo hasta llegar a la autólisis, el *coma dépassé* parecía el ejemplo típico de una nueva situación clínica, artificialmente creada, en la que la actividad

cardio-respiratoria podía ser mantenida instrumentalmente, incluso en presencia de una lesión cerebral que había comprometido totalmente la capacidad de supervivencia del paciente.

Con tales bases era natural proponer el concepto de “muerte cerebral” como equivalente de la definición de muerte, y de concentrar los esfuerzos en precisar ulteriormente los criterios clínicos e instrumentales que pudieran permitir el reconocimiento de la pérdida definitiva de la función cerebral.

En 1968 se creaba, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, un *Ad Hoc Committee*³ con la finalidad de evaluar la validez de la definición de “coma irreversible” como nuevo criterio de muerte utilizando parámetros neurológicos. La constitución de ese Comité estaba motivada por una serie de exigencias sociales como: 1) la convicción de la inutilidad, para los pacientes y sus familias, de prolongar artificialmente la supervivencia cuando el encéfalo hubiera sufrido daños irreversibles; 2) el inconveniente vinculado a la ocupación prolongada de camas en las unidades de terapia intensiva, lugares de los que no se podía disponer para otros sujetos capaces aún de curación; 3) la necesidad de eliminar cualquier controversia que pudiera interferir negativamente con las eventuales decisiones de donar los órganos para la cirugía de los trasplantes, cirugía que había perdido ya todo carácter experimental y que abría inesperadas perspectivas terapéuticas.

Las conclusiones del Comité influyeron significativamente en el comportamiento social respecto de los pacientes en estado de coma irreversible y modificaron la actitud misma ante la muerte, o mejor, ante el organismo fallecido, aun cuando en los años siguientes fueron sometidas a severas críticas: el Comité no había redefinido la muerte, sino, a lo más, refinado de manera muy leve, las técnicas para diagnosticar el deceso; el Comité parecía haber estado influenciado por criterios utilitaristas.⁴

Los criterios del Comité de Harvard sobre muerte cerebral

Los criterios clínicos originalmente elaborados por este Comité para establecer la pérdida irreversible de la función cerebral pueden resumirse

como sigue: 1) ausencia de todo movimiento y actividad respiratoria espontáneos; 2) ausencia de respuesta a todo tipo de estímulo; 3) ausencia de reflejos en el paciente (excluidos aquellos en estado de intoxicación o con hipotermia), capaces de determinar una pérdida irreversible de las funciones cerebrales.

Como examen instrumental de verificación de los datos clínicos se proponía el electroencefalograma (EEG) y como criterio, la falta de registro de actividad eléctrica cortical (trazo plano). Según el Comité, se debía repetir el examen clínico y el EEG a 24 horas de distancia, sin variación de los resultados. No se hacía ninguna referencia a la posibilidad o imposibilidad de aplicar el mismo tipo de evaluación a pacientes en edad pediátrica.

Las propuestas del Comité recibieron un consenso suficiente, con base en una amplia demostración de la validez clínica de los criterios citados. La mayor parte de las críticas en realidad se dirigió a un ulterior perfeccionamiento de los métodos de evaluación, con la corrección de los criterios clínicos (el Comité no había mencionado la posibilidad de la presencia de reflejos espinales incluso en pacientes con pérdida irreversible de las funciones cerebrales) o la introducción de nuevas verificaciones instrumentales: evaluación del flujo hemático cerebral con técnicas isotópicas o mediante la directa demostración de la ausencia de circulación mediante panangiografía cerebral y evaluación electrofisiológica de los reflejos del tronco cerebral.⁵

A finales de los años setenta, la mayoría de los médicos parecían estar convencidos de la posibilidad de eliminar cualquier error al definir la muerte cerebral; análogamente, consideraban que se habían reducido al mínimo las posibilidades de considerar aún vivo a un paciente en realidad fallecido y que, además, se podía hacer una evaluación de la muerte, con base en los criterios de Harvard, sin retrasos inútiles, mediante métodos explícitos y susceptibles de verificación.

En 1981, finalmente, el Gobierno de Estados Unidos publicó los resultados de los trabajos de una Comisión presidencial de expertos para el estudio de los problemas éticos en medicina y en la investigación biomédica y comportamental⁶ que revisaba, confirmando su validez, los criterios del Comité de Harvard. El informe puede ser considerado como el documento actual de referencia para determinar la muerte cerebral, pero, una vez más, sin indicaciones específicas para la edad pediátrica.

Límites de la aplicación de los criterios del Comité de Harvard para definir la muerte cerebral en edad pediátrica

La amplia aceptación de los criterios de Harvard se deriva de la experiencia de su validez en la práctica clínica, en otras palabras, de la ausencia de casos en los que el sujeto haya demostrado una recuperación después de la declaración de muerte cerebral efectuada según los parámetros neurológicos y los datos instrumentales indicados por el Comité. Los eventos que llevan a la pérdida de las funciones cerebrales en el paciente adulto son conocidos: una lesión de cualquier tipo que determine un daño suficientemente grave del encéfalo es seguida por un aumento de la presión intracraneal. Si este aumento es suficientemente elevado como para interferir con el aporte de sangre al cerebro por un tiempo largo, se deriva de ello una destrucción irreversible del tejido cerebral. La detención de la circulación cerebral, comprobable mediante angiografía, es la mayor demostración de una situación de "no retorno". El aumento de la presión intracraneal depende directamente del grado de expandibilidad del cráneo: a igualdad de severidad de lesión, el aumento será mayor en el adulto y en el niño grande, con cráneo rígido, que, por ejemplo, el que se puede observar en el recién nacido, que presenta un cráneo aún expandible.

A diferencia del adulto, en el prematuro, en el recién nacido y en el bebé de pocos meses de vida no se dispone aún de datos sobre la circulación cerebral seguramente inductivos de una pérdida irreversible de las funciones cerebrales. Por ejemplo, se han descrito casos de niños en los que la angiografía isotópica indicaba ausencia de flujo cerebral, los cuales han sobrevivido, aun cuando con graves déficit neurológicos.⁷ A falta de criterios oficiales y de datos instrumentales específicos, no sorprende que diversas instituciones hayan tratado de definir sus propios lineamientos de comportamiento.⁸ Un ejemplo típico puede encontrarse en las instrucciones "para casos especiales" elaboradas por el "Massachusetts General Hospital": como anexo a los criterios válidos para el adulto (que corresponden en sustancia a los aceptados por la Comisión presidencial de expertos para el estudio de los problemas éticos)⁹ se sugieren ulteriores precauciones que se deben adoptar en el caso de los recién nacidos y de niños, como se refiere en la tabla 1.

Como es fácil de ver, se trata de intentos prácticos de adaptar los casos específicos a principios generales, teniendo la precaución, sin embargo, de reforzar las conclusiones mediante la utilización de otra información, en particular, la historia clínica y el conocimiento de la causa que ha determinado el coma.

Tabla 1
Criterios de comprobación de la muerte cerebral
en los niños y en los recién nacidos

Casos especiales

A. Niños y recién nacidos: los criterios antes mencionados (para la determinación de muerte cerebral en el adulto. N. del T.) pueden ser aplicados en general a los niños y a los recién nacidos en las siguientes condiciones y con las siguientes excepciones:

1. El diagnóstico de que el cerebro ha cesado en sus funciones no puede ser determinado en los casos en los que el nivel de luminal sea superior a 10 mg/ml, del pentobarbital a 2 mg/ml, del tiopental a 5 mg/ml, o del valproato a 40 mg/ml.

2. Los métodos de evaluación del flujo cerebral no son suficientemente confiables o interpretables en el estado actual para justificar su uso para determinar el cese de la actividad cerebral.

3. Deben transcurrir 24 horas después de verificar la existencia de los criterios de muerte cerebral, antes de poder declarar la muerte.

4. Es necesario consultar al Comité adecuado para la asistencia al niño.

B. El uso anterior de barbitúricos a altas dosis, para el tratamiento del edema cerebral o eventuales crisis epilépticas, no excluye el diagnóstico de muerte cerebral si los niveles séricos del medicamento, en el momento del examen clínico, son muy bajos. En esta situación específica, el estudio de la circulación cerebral puede proporcionar ulteriores confirmaciones.

C. Incapacidad de examinar el tronco cerebral. Cuando las circunstancias no permitan examinar los movimientos oculares o las reacciones pupilares, el diagnóstico de muerte cerebral puede obtenerse mediante el EEG (trazo plano)

o la prueba de apnea. En los casos dudosos, se debe recomendar la evaluación del flujo cerebral.

D. Hipotermia e hipotensión. Exceptuados los casos extremos, la hipotermia no está en posibilidad de determinar los fenómenos clínicos y EEG asociados con la muerte cerebral. El diagnóstico de muerte cerebral no debería hacerse cuando la presión hemática sistólica es menor a 90 mm Hg. *

Es interesante advertir que en las diversas guías elaboradas para el diagnóstico de muerte cerebral en el niño se recomiendan atenciones particulares, como el diferente período de observación después de la definición de muerte cerebral en relación con la edad del paciente. El “*Children’s Hospital*” de Boston, por ejemplo, y la “*Task force for the determination of brain death in children*”¹⁰ sugieren por lo menos dos exámenes clínicos y un EEG a 48 horas de distancia en los recién nacidos —de 7 días a dos meses de edad—, mientras que consideran suficiente un intervalo de sólo 24 horas en el caso de un niño entre dos y doce meses de vida.

Las mismas organizaciones recomiendan la utilización, incluso a título provisional, de técnicas cuya utilidad en la definición de muerte cerebral en edad pediátrica no ha sido suficientemente establecida, como la tomografía con xenón, la angiografía digitalizada, la visualización de las pulsaciones de las arterias cerebrales por ultrasonidos o la determinación “Doppler” de la velocidad del flujo cerebral.

La “*Task force*” subraya, además, que los criterios tradicionales para la definición de la muerte cerebral son aplicables sólo en el recién nacido a término (> de 38 semanas), mientras su uso parece limitado si se refieren al prematuro: el reflejo pupilar a la luz está, en efecto, ausente antes de la 29^a-30^a semana de gestación; las respuestas oculocefálicas son difícilmente evocables antes de la 32^a semana; el EEG y los reflejos evocados son escasamente confiables en este tipo de población.

* (Fuente: Instrucciones para la determinación de la muerte cerebral del *Massachusetts General Hospital*. Véase la nota 8).

El neurocirujano pediatra frente a la muerte cerebral

Ante la necesidad de reconocer la muerte de un pequeño paciente, el neurocirujano pediatra no puede evitar una sensación de insuficiencia, de incapacidad de proteger un ser particularmente vulnerable, de lo absurdo de un evento que se presenta siempre con caracteres de tragedia, semejante en cierto sentido a la que, en mayor proporción, es vivida por los padres. Sin embargo, de su responsabilidad profesional se requiere el pronto reconocimiento del evento y se le puede confiar eventualmente la tarea de informar a los familiares sobre la posibilidad de una donación de órganos.

Acerca del reconocimiento de la muerte cerebral, las encuestas llevadas a cabo en una muestra suficientemente amplia de neurocirujanos han demostrado que más del 90 por ciento de estos considera confiables los criterios para definir la muerte cerebral misma, sin embargo, más de la mitad de los entrevistados confesó una sensación de inseguridad e insatisfacción en el momento de establecer el diagnóstico, demostrando así una incertidumbre que parece derivar más de la esfera social y emotiva que de la científica.

Sin embargo, para el neurocirujano resulta más difícil acercarse a la familia a fin de solicitar la donación de órganos, que explicar los criterios por los cuales ha llegado al diagnóstico de muerte cerebral. Aunque varias encuestas han demostrado que el neurocirujano sobreestima el riesgo de que tal solicitud sea percibida por los padres como una tendencia a reducir los cuidados y la dedicación a su hijo, seguramente es la percepción de esta posibilidad lo que hace incómoda una tarea semejante.

El niño como fuente de órganos

Actualmente la necesidad de órganos para trasplantar es mucho mayor que su efectiva disponibilidad,¹¹ sin embargo, sólo un modesto porcentaje de los órganos teóricamente utilizables es efectivamente trasplantado. Puesto que el acto de la donación es unánimemente vivido como acto de caridad y no solicitado como acto de justicia, las resistencias sociales juegan un papel importante en la limitación de los trasplantes de ór-

ganos, pese a lo que harían pensar las estadísticas que arrojan porcentajes favorables a la cirugía de los trasplantes entre el 50 y el 70 por ciento de la opinión pública. En el caso de un niño, especialmente si tiene pocos meses de vida, esta resistencia resulta aún mayor, de tal manera que la población neonatal constituye el grupo menos numeroso de sujetos que reciben un trasplante de órgano. Otros factores contribuyen al bajo número de trasplantes en edad neonatal: la mortalidad infantil está en constante disminución en los países desarrollados y un gran número de fallecimientos se da en sujetos que no se prestan a la donación, como niños con graves malformaciones congénitas, recién nacidos muertos por el síndrome de la “muerte imprevista” o por trastornos respiratorios. Se ha calculado que sólo uno de cada cuatro casos de muerte en período neonatal podría ser considerado útil para una donación de órganos y que en realidad sólo el 10-20 por ciento de estos casos es efectivamente utilizado. En otras palabras, en el período neonatal sólo uno de cada cien posibles beneficiarios de un trasplante se beneficia efectivamente de esta posibilidad terapéutica. No sorprenden, considerada tal situación, los intentos por aumentar el número de donadores mediante expedientes legislativos o a través de una ampliación del campo de los posibles donadores. Por ejemplo, en 1987, Fackler y Rogers¹² plantearon el problema de si es necesario el cese total de las funciones cerebrales para la declaración de muerte cerebral.

En otros casos se ha preguntado si pacientes que nunca desarrollarán funciones cognitivas, destinados como máximo a un estado de vida vegetativa persistente en caso de supervivencia (por ejemplo, recién nacidos con graves alteraciones estructurales del encéfalo: anencefalia, hidrocefalia, encefalomalacia multicística) pueden ser comparados con los pacientes con muerte cerebral.

Es tanta la necesidad de órganos pediátricos para trasplante que se ha llegado a efectuar un cierto número de trasplantes utilizando órganos obtenidos de recién nacidos anencefálicos, sin ninguna aparente conciencia de estar sobrepasando el umbral cuyas complicaciones éticas, morales y legales son en gran medida superiores a las científicas.¹³ Estas últimas, en efecto, podrían ser entendidas simplemente como la posibilidad de modificar la definición de muerte cerebral en casos particulares, a fin de facilitar la donación de órganos. En esta dirección, baste recordar algunas propuestas, desde la de Veatch —quien, en

1975,¹⁴ sugería definir la muerte cerebral como pérdida irreversible de las funciones cerebrales superiores, en vez de como pérdida de *todas* las funciones cerebrales (una definición que permitiría no tener en cuenta las funciones del tronco cerebral presentes en el anencéfalo)—, hasta la de Harrison¹⁵ —decididamente incorrecta, incluso desde el punto de vista médico—, que once años después invitaba a considerar la anencefalia como una *ausencia* de cerebro.

Puesto que los recién nacidos con anencefalia tienen funciones cerebrales y del tronco del encéfalo aún activas —y por tanto no entran en el concepto de muerte cerebral entendida como ausencia irreversible de todas las actividades del encéfalo—, se han sugerido también ciertas medidas para fomentar el trasplante de órganos, cuya simple realización práctica, independientemente de su carácter ético, parecen muy discutibles. Por ejemplo, se ha propuesto dejar “morir” al recién nacido con anencefalia para luego inmediatamente reanimarlo y extirpar así los órganos sin riesgo de que se deterioren, o bien, permitir un gradual agravamiento de las condiciones clínicas hasta la muerte cerebral, bajando eventualmente la temperatura corporal para preservar mejor los órganos que se trasplantarán.

Sin embargo, no cabe duda que el recién nacido anencefálico puede representar uno de los casos más favorables para la hipótesis de un trasplante si se considera “la ausencia de riesgo” añadido para el recién nacido mismo y el beneficio social. El diagnóstico de anencefalia puede obtenerse ya en útero y es prácticamente seguro al ciento por ciento, incluso por lo que se refiere a la diferenciación con otras condiciones que pueden simular la malformación, como ciertas formas de trisomía 13, 18 o algunos casos de síndrome por bridas amnióticas.

El pronóstico es invariablemente infausto; a pesar de cualquier intento terapéutico que pueda emprenderse eventualmente, la muerte sobreviene a los pocos días del nacimiento en la mayoría de los casos, y en la casi totalidad de los pacientes en algunas semanas. La supervivencia más larga, descrita en la literatura, ha sido de 4 meses y medio. La malformación cerebral en el caso de la anencefalia es tal que el recién nacido no puede experimentar ninguna sensación y menos aún alcanzar un mínimo nivel de conciencia.

Por otra parte, en lo que se refiere a los familiares, la posibilidad de un trasplante, esto es, de poder dar la vida a otro ser humano, representa

seguramente una indudable ventaja puesto que puede dar un sentido al evento trágico que los afecta. Una consideración análoga puede hacerse respecto de los operadores sanitarios, dado que su actividad asistencial parece más justificada en la hipótesis de una posibilidad terapéutica, aunque sea indirecta.

Finalmente, en sentido general, la sociedad no puede sino salir beneficiada si el número de trasplantes en edad pediátrica puede incrementarse.

Si bien todas las consideraciones que acabamos de exponer están encaminadas a favorecer la hipótesis del trasplante de órganos en el caso del recién nacido anencefálico, no justifican ninguna modificación en el sentido “permisivo” de la definición de muerte cerebral, a menos que se quiera introducir un cambio radical en nuestro modo de concebir la vida y la muerte. Se trata, en otros términos, de analizar qué puede significar para la sociedad considerar al recién nacido con anencefalia como una persona “ya” muerta, desde el momento en que no tiene posibilidad alguna de vida y, por consiguiente, interés en sobrevivir. Aceptando, en efecto, esta concepción, es difícil ver cómo la extirpación de un órgano, por más vital que sea, puede no estar justificada, puesto que por un lado tal acto no puede representar un daño para el donador (“ya” muerto) y por el otro constituye una segura ventaja para el receptor.

En cambio, si se considera —como es acertado— al anencefálico como la máxima expresión del estado de vulnerabilidad y dependencia que puede ser alcanzado por un ser humano, es evidente que al recién nacido con anencefalia se le deben aplicar los mismos principios de tratamiento que se consideran justificados en el caso de una persona que, por cualquier causa, ha perdido su capacidad de decisión y se encuentre dependiendo, enteramente, de la sociedad. En otras palabras, el recién nacido con anencefalia mantiene intactos todos los derechos a ser tratado con dignidad y respeto, reconocidos a cualquiera que esté en trance de muerte.

Referencias bibliográficas

¹ PIO XII, *Acta Apostolicae Sedis*, 1957, 45: 1027-1033.

² MOLLARET, P., GOULON, M., *Le coma dépassé*, *Revue Neurologique* 1959, 101: 3-15.

³ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, *A Definition of irreversible coma*, JAMA 1968, 205: 337-338.

⁴ WALTON, D.N., *On defining death. An analytical study of the concept of death in philosophy and medical ethics*, Montreal: McGill-Queens University Press, 1979; JONAS H., *Against the stream: comments on the definition and redefinition of death*, en BEAUCHAMP, T.L. y WALTERS, L (eds.), *Contemporary issues in bioethics*, Belmont: Wadsworth, 1982²: 288-293.

⁵ POWNER, D.J., SNYDER, J.V., GRENVICH, A. *Brain death certification. A review*, Crit Care Med. 1977, 5: 230-233; BLACK, P.M., *Brain death*, N Engl. J. Med. 1978, 299: 338-344, 393-401.

⁶ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Guidelines for determination of death*, JAMA 1981, 246: 2184-2186.

⁷ COULTER, D.L., *Neurologic uncertainty in newborn care*, N Engl. J. Med. 1987, 316: 840-844.

⁸ AD HOC COMMITTEE ON BRAIN DEATH, THE CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON, *Determination of brain death*, J. Pediatr. 1987, 10: 15-19; TASK FORCE FOR THE DETERMINATION OF BRAIN DEATH IN CHILDREN, *Guidelines for the determination of brain death in children*, Ann. Neurol. 1987, 22: 616-617.

⁹ PRESIDENT'S COMMISSION...

¹⁰ TASK FORCE...

¹¹ PURVIS, F., *Organ transplantation and neurosurgeons*, Neurosurgery 1987, 20: 650-651.

¹² FACKLER, J.C., ROGERS, M.C., *Is brain death really cessation of all intracranial function?*, J. Pediatr. 1987, 110: 84-86.

¹³ MARTIN, L.W., GONZALES, L.L., WEST, C.D., SWARTZ, R.A., SUTORIOUS, D.J., *Homotransplantation of both kidneys from an anencephalic monster to a 17 lbs boy with Eagle-Barrett syndrome*, Surgery 1969, 66: 603-607; FINE, R.N., KORSCH, B.M., STILES, Q., RIDDEL, H., EDELBROCK, H.H., BRENNAN, P., GRUSHKIN, C.M., LIEBERMAN, E., *Renal homotransplantation in children*, J. Pediatr. 1970, 76: 347-357; OHSHIMA, S., ONO, Y., KINNKAWA, T., MATSUURA, O., TSUZUKI, K., ITOH, S., *Kidneys transplantation from an anencephalic baby: A case report*, J. Urol. 1984, 132: 546-547.

¹⁴ VEATCH, R.W., *The whole-brain oriented concept of death: An outmoded philosophical formulation*, J. Thanatol. 1975, 3: 13-17.

¹⁵ HARRISON, M.R., *Organ procurement for children: the anencephalic fetus as a donor*, Lancet 1986: 1383-1385; HARRISON, M.R., ROBERTSON, J.A., FLETCHER, J., *Animals and anencephalics as pediatric organ sources*, J. Fetal Ther. 1986, 1: 150-164.

Conductas suicidas y adolescencia en el debate actual

Maria Luisa Di Pietro, Adelia Lucattini***

Resumen

El artículo se propone formular una respuesta a tres preguntas: 1) por qué un adolescente puede suicidarse; 2) las causas de ese gesto; 3) la prevención de tal opción de muerte.

Después de revisar brevemente las llamadas “conductas suicidas”, los autores analizan el problema del suicidio en la época adolescente en relación con la epidemiología y con los medios utilizados para intentar suicidarse.

Respecto de la etiología del suicidio, el artículo hace notar que tal gesto se caracteriza por lo imprevisto e incomprensible sólo en apariencia. En realidad, el suicidio debe ser considerado como un acto concluyente que pone de manifiesto un complejo conjunto de procesos, fantasías, deseos y experiencias de vida, determinadas tanto por la realidad psíquica interna como por las vicisitudes de las relaciones externas del ambiente social en que vive el adolescente. Resulta por esto difícil hablar de causas desencadenantes del suicidio, prefiriéndose hablar de factores de riesgo como la personalidad vulnerable del adolescente; la existencia de psicopatologías, sobre todo depresión; la relación conflictiva con

* Investigadora, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma.

** Psiquiatra, Instituto de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma.

el propio cuerpo; el alcoholismo y la toxicodependencia; la situación familiar (conflictos no resueltos o coexistencia de psicopatologías o conductas suicidas en la familia); la influencia de los medios de comunicación, que pueden reforzar situaciones de "debilidad" del adolescente; los fracasos escolares; el factor socioambiental "difícil", o las "fantasías" del adolescente suicida.

Los autores individualizan tres niveles de prevención del suicidio en los adolescentes: primario, mediante la actuación de procedimientos dirigidos a toda la población con riesgo; secundario, para evitar las recaídas; terciario, mediante la contención de los daños causados por el comportamiento suicida.

El artículo concluye con una propuesta de educación a la vida que tenga en cuenta las tres dimensiones humanas: uno mismo, los otros, la trascendencia.

Introducción

Cuando llegamos a saber de un intento de suicidio o de un suicidio por parte de un adolescente, la primera reacción es casi siempre de sorpresa... sorpresa llena de consternación por un acto inesperado en una época de la vida que, nosotros los adultos, consideramos feliz y despreocupada.

En realidad, esta es una imagen estereotipada de quien ha olvidado el verdadero significado de ser adolescente, sin recordar que la adolescencia es una época de la vida caracterizada por una desazón interior a veces más grande y desconcertante que la de los adultos, al predominar la afectividad y las emociones sobre la capacidad de raciocinio.¹

Tras la sorpresa y el desconcierto se abren paso las preguntas: ¿por qué pasó? ¿Cuáles fueron las causas? ¿Cómo prevenir esta opción de muerte? Encontrar una respuesta a estas preguntas, y este es el objetivo que nos hemos propuesto al redactar este artículo, tal vez será de ayuda a algún educador para evitar que otros adolescentes emprendan el camino, a menudo sin salida, de la autodestrucción.

De la idea del suicidio, al suicidio “logrado”

El suicidio “logrado” y el “intento de suicidio” son las dos manifestaciones visibles de la voluntad del sujeto de quitarse la vida, pero se trata sólo de la punta de un iceberg: en la parte sumergida subyacen la idea de suicidarse, las veleidades del suicidio y los equivalentes del suicidio, como indica la tabla 1.

Tabla 1
Fenómenos que pueden encontrarse en el suicidio

Fenómenos visibles	Fenómenos no visibles
Suicidio	Veleidades de suicidio
Intento de suicidio	Síndromes depresivos presuicidas
Equivalentes del suicidio	Idea de suicidio

Modificado de: JEANNERET, O., *Suicides et tentatives chez les adolescents, aspects épidémiologiques et préventifs*, Bull. Ped. Ass. 1985, 6: 332-352.

Por este motivo, más que hablar solamente de suicidio y de intentos de suicidio, hay que referirse en sentido amplio a las *conductas suicidas* que, de modo esquemático, pueden ser clasificadas como sigue:²

a) *El suicidio “logrado”*, que termina en muerte (*sui coedere*, darse muerte), y que plantea el problema de identificar los motivos que indujeron al sujeto a llevar a cabo este acto extremo, motivaciones que pueden ser reconstruidas sólo *a posteriori*.

b) *El intento de suicidio*, o bien un suicidio que, por una serie de causas, no ha concluido con la muerte del sujeto. Si las consecuencias físicas del intento de suicidio son menos graves que las del suicidio “logrado”, en el plano psicológico no existe diferencia alguna: el intento de suicidio no se ha transformado en suicidio porque haya sido diferente la determinación del sujeto, sino sólo por casualidad o por la eficacia de los medios de reanimación. Como veremos, el intento de suicidio presenta un alto porcentaje de recaídas, de manera que se configura una *conducta suicida crónica* que se vuelve un auténtico estilo de vida.

c) *Los equivalentes suicidas*. Este nombre lo reciben un conjunto de conductas en las cuales el sujeto pone en peligro su vida: accidentes graves y repetidos o exposición frecuente al riesgo de muerte. Si un observador externo hace notar que tal conducta expone la vida a un grave peligro, el sujeto niega que está actuando —aun cuando los hechos digan lo contrario— con una voluntad concreta de producirse una lesión. En estos casos se daría una visión esquizofrénica de la realidad, que lleva a elegir el peligro incluso conscientemente, casi en una especie de juego con la vida y la muerte.

Entre los equivalentes suicidas hay que incluir también las *automutilaciones*, que pueden manifestarse en forma *aguda* o *crónica*. Las automutilaciones *agudas* son fruto de un gesto impulsivo, que surge en respuesta a situaciones externas vividas como frustrantes o agresivas. El adolescente, que presenta con frecuencia otras conductas autodestructivas asociadas (por ejemplo, anorexia, bulimia, toxicomanía, etcétera) y una organización de la personalidad de tipo “presicótico”, refiere generalmente no haber sentido dolor en el momento de la autoagresión.

En cambio, las automutilaciones *crónicas* se manifiestan en adolescentes afectados por encefalopatías graves y con una historia anterior de automutilaciones, y pueden tener diversos significados: desde la búsqueda de un límite corporal y/o de autoestimulación hasta el volver contra sí una tendencia heteroagresiva que no puede encontrar salida hacia afuera.

d) *Las veleidades suicidas*. Se trata de intentos de suicidio apenas esbozados, llevados a cabo cortándose superficialmente las venas o tomando medicamentos de calidad y en cantidad seguramente no mortales. Tales conductas, que a menudo se confunden con auténticos intentos de suicidio, nunca deben ser infravaloradas.

e) *La idea de suicidio* se consuma con la representación mental del propio suicidio. Consiguientemente, habría que excluirla de un estudio sobre la conducta suicida que por definición se inicia con el gesto suicida. Sin embargo, desde el momento en que también en este caso se dan en el sujeto la intención y el deseo de darse muerte, se trata de un problema que se cataloga entre las llamadas “conductas suicidas”. Para algunos, la idea de suicidio sería fruto de la capacidad de comprender lo ineludible de la propia muerte, capacidad que constituiría “un momento

evolutivo importante de la adolescencia porque, por una parte, da rienda suelta a las fantasías infantiles de omnipotencia y de inmortalidad (de aquí la aceptación de los límites producidos por la realidad de la vida, en primer lugar la temporal). Por otra parte, también constituye la afirmación del propio yo en cuanto sede única de la propia libertad de decisión y una genuina y activa aceptación de la vida a través de la representación mental de la posibilidad de su contrario.³

Las conductas suicidas en la adolescencia

En la actualidad, el suicidio representa la segunda causa de fallecimiento entre los adolescentes después de los accidentes de tráfico⁴, con un mayor porcentaje de muchachos que logra llevar a término su propósito de muerte respecto de las muchachas (la relación es de 3 a 1).⁵

Tal fenómeno, que concierne a la infancia tardía, tiende a ser más frecuente al aumentar la edad⁶ y parece tener, numéricamente, una marcha oscilante según la época histórica y el área geográfica. De hecho, mientras en algunos países después de 1960 se había notado un aumento del número de suicidios, en otros (como Hungría, la ex República Democrática Alemana, Italia) se dio una disminución después de los años setenta.⁷

Por lo que se refiere a los intentos de suicidio, su porcentaje estaría comprendido —según los diversos estudios— entre el 2 y el 63 por ciento.⁸ Las notables diferencias se deben probablemente a las fuentes de información. En efecto, mientras la mayor parte de los datos proviene de personas hospitalizadas en clínicas psiquiátricas, de autopsias psicológicas, de estadísticas sobre la mortalidad, y de intentos de suicidio que han requerido cuidados médicos, se conoce muy poco sobre los comportamientos de los adolescentes que no han sido hospitalizados.⁹ A menudo, precisamente para evitar al muchacho las consecuencias negativas que podrían derivarse de su conducta, el intento de suicidio no es denunciado.¹⁰

La incidencia de los intentos de suicidio es más elevada en las mujeres, con una relación mujeres/varones igual a 4:1, lo cual habría que relacionar, según ciertos autores, con el hecho de que en las muchachas se daría una menor determinación al suicidio.¹¹

En relación con la edad, es de notar que los intentos de suicidio son poco frecuentes entre los niños menores de 12 años, aun cuando se haya señalado algún caso después de los 6 años y medio,¹² mientras aumentan de modo dramático después de los 12 años y resultan numerosos a partir de los 15 años.¹³

El fenómeno de la recaída, que se asocia frecuentemente con los intentos de suicidio, se tratará más adelante: aquí mencionaremos únicamente que es más frecuente entre los adolescentes que entre los adultos.¹⁴

El medio más usado en el suicidio o en el intento de suicidio son los medicamentos (en general benzodiazepinas), que son utilizados por el mismo adolescente, para cuidar una enfermedad crónica, o por algún otro familiar, con mucha frecuencia uno de los padres.¹⁵ Las técnicas más violentas como el ahorcamiento, las armas de fuego o cortarse las venas de las muñecas, son más usadas por los adolescentes de sexo masculino o por aquellos firmemente decididos a morir, aun cuando en realidad sería más bien arbitrario evaluar las intenciones de un adolescente basándose solamente en el método utilizado.

En cambio, son muy importantes otros factores, como la falta de premeditación y la probabilidad de ser socorridos. Un adolescente que, empujado por un impulso imprevisto, toma un frasco del botiquín familiar en presencia de sus padres parece tener menos intenciones de cometer un suicidio respecto que aquel que ha decidido su gesto muy en secreto, sobre todo si su plan excluye la posibilidad de ser socorrido.

Para resumir en porcentajes las otras conductas suicidas de los adolescentes podemos referirnos a un estudio de Garrison sobre una muestra de 3,764 estudiantes de Carolina del Sur, Estados Unidos. En este caso se pusieron en evidencia las siguientes situaciones: el 75 por ciento de los estudiantes no había reportado algún comportamiento suicida, el 11 por ciento había tenido serias intenciones suicidas y el 6.4 por ciento había hecho proyectos específicos de suicidio, que en el 5.9 por ciento se habían transformado en intentos de suicidio, recurriendo a los cuidados médicos en el 1.6 por ciento de los casos.¹⁶

Si el dato epidemiológico nos puede dar una idea de la incidencia de las conductas entre los adolescentes, no nos permite, sin embargo, interpretar el fenómeno desde un punto de vista psicológico, ni remotarnos a las dinámicas que llevaron a esta opción. Cada caso debe ser evaluado

individualmente, y contextualizado en el ambiente en el que maduró tal propósito: lo importante es no desestimar nunca estos gestos, sino que “cualquier amenaza explícita a este propósito -escribe Ladame- debe ser tomada en serio, aunque sólo sea porque los adolescentes calculan mal los riesgos que corren”.¹⁷

Sobre la etiología de las conductas suicidas

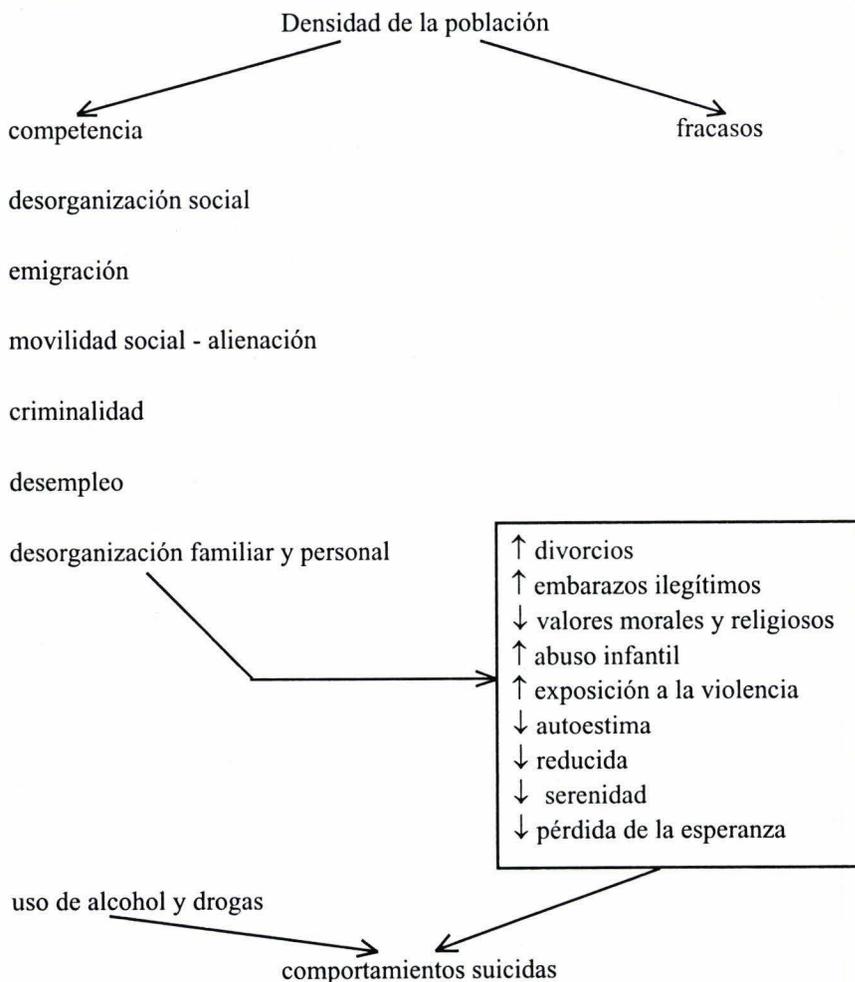
Un suicidio o un intento de suicidio pueden parecer fruto de una acción imprevista e incomprensible a primera vista, pero es sólo la apariencia, pues en cuanto profundizamos en ello nos damos cuenta de que, en el fondo, existe siempre una historia larga y tortuosa.¹⁸ A pesar de las diferencias en su fenomenología y gravedad,¹⁹ el suicidio y el intento de suicidio deben ser considerados como el acto concluyente que manifiesta un complejo conjunto de procesos, fantasías, deseos y experiencias de vida a menudo diferentes y contradictorios entre sí, y que están determinados tanto por la realidad psíquica interna cuanto por la vicisitudes de las relaciones externas del ambiente micro y macrosocial que el adolescente vive.

Desde el momento en que tales eventos pueden sumarse unos a otros en un tiempo más o menos breve y/o en un ambiente que no facilita su correcta metabolización emotiva —adoptando luego un significado claramente traumático—, se hace difícil localizar las causas responsables de la conducta suicida y se cae en el error de considerar la causa más próxima como la única responsable, en vez de evaluarla como la última causa desencadenante que ha actuado en un sujeto cuyas condiciones psicoafectivas ya eran precarias.

En consecuencia podemos hablar de factores de riesgo, más que de causas desencadenantes y, por tanto, de etiología de las conductas suicidas. Estos factores de riesgo han sido esquematizados por Sudak y colaboradores como se indica en la tabla 2 y nos detendremos sobre algunos de ellos para analizarlos brevemente.

a) *La personalidad del adolescente.* En esta etapa es característica una especie de vulnerabilidad psicológica, sobre todo en lo concerniente a la integración de los diversos aspectos del yo, la regulación de la autoestima, la tolerancia a la frustración y a la depresión, así como la

Tabla 2
Factores de riesgo para las conductas suicidas*



Leyenda: ↑ = aumento; ↓ = disminución.

* Esquema modificado de: SUDAK, H.S., FORD, A.B., RUSHFORD, N.B., *Adolescent suicide: an overview*, Am. J. Psychoterap. 1984, 38: 350-363.

bilidad psíquica típica de esta fase evolutiva,²⁹ así como la presencia, en otros componentes de la familia, de psicopatologías o de conductas suicidas.

Como prueba de cuanto venimos diciendo referimos algunos datos tomados de la literatura.

1. De un estudio de Snackers y colaboradores,³⁰ llevado a cabo con cuarenta familias en las cuales uno de los hijos había buscado suicidarse (edad media 17.5 años), con frecuencia se advierte la presencia de una figura paterna “negativa”, generalmente del mismo sexo. Entre los diez varones del grupo, ocho tenían un padre no disponible a establecer una relación —porque estaba manifiestamente deprimido (cinco casos) o porque estaba completamente ausente (tres casos)—; entre las treinta muchachas del grupo, veinticuatro tenían una madre “ausente” en el plano de la función maternal o deprimida. Además, cuatro de ocho varones con padre “ausente” tenían una madre educativamente poco disponible y siete de las veinticuatro muchachas con madre “ausente” tampoco tenían un padre educativamente significativo (suicida, gravemente enfermo, desconocido). La ausencia educativa del progenitor del mismo sexo provocaría, según los autores de este estudio, no sólo la incapacidad de desempeñarse como elemento de contención de las dificultades de los hijos adolescentes, sino también, con frecuencia, la inversión de los roles en el sentido de que el hijo se convertiría en padre, asumiendo el rol de ayuda, de apoyo, de confidente, etcétera, para paliar —hasta el momento del derrumbe— la carencia funcional del progenitor.

2. Fischer y Ladame³¹ han puesto en evidencia que los quince adolescentes estudiados habían experimentado una cierta forma de separación familiar (muerte, divorcio, fuga, ruptura de las relaciones con uno de los padres) a partir de los doce años de edad. Ciertamente no todos los hijos de padres separados o divorciados optan por el suicidio, desde el momento en que el adolescente puede encontrar, a pesar de todo, soluciones alternativas en un plazo más o menos breve, pero también es cierto que este hecho puede incidir profundamente en la psique de un adolescente vulnerable, el cual a través del gesto autolesivo intentaría “denunciar” una situación familiar angustiante y destructiva, solicitando indirectamente ayuda al exterior.

3. Morrison y Collier sostienen, asimismo, que las conductas suicidas, y en particular el intento de suicidio, son a menudo no sólo un

Todos sabemos cuán problemática es la relación del adolescente "normal" con el cuerpo²⁵ experimentado por él como ajeno, desconocido, incontrolable, no perteneciente al propio yo; origen, al mismo tiempo, de curiosidad, de orgullo y de vergüenza. El cuerpo se vuelve entonces el enemigo que hay que eliminar, escondiéndolo dentro de una ropa informe o modificándolo para que esté adecuado al modelo común.

Ahora bien, el odio que el adolescente suicida experimenta para con su propio cuerpo va mucho más allá de las tribulaciones normales de la adolescencia: en una especie de delirio, el cuerpo odiado parece casi separarse de quien lo odia tanto que, entonces, puede ser eliminado con terrible lucidez.²⁶

d) *El consumo de alcohol y drogas.* Es un dato comprobado la vinculación entre abuso de alcohol y/o droga y el incremento del número de suicidios entre los adolescentes,²⁷ aunque a esta vinculación se le den diversas interpretaciones: se piensa que estas sustancias aumentan la impulsividad y la agresividad, reduciendo las inhibiciones y predisponiendo a quien las usa al suicidio, o agravando un estado preexistente de depresión.

Es probable que el aumento de la impulsividad y de la agresividad sean la clave de lectura acertada, desde el momento en que, como se ha puesto de relieve, se observa una alta incidencia de suicidios en sujetos con comportamientos violentos y agresivos o que se exponen con más frecuencia a situaciones peligrosas.²⁸

e) *La relación con la familia.* Es un hecho innegable que la familia juega un papel central en la maduración del adolescente. Por este motivo, cada vez que se busca interpretar la conducta suicida de un joven se tiene la necesidad de examinar atentamente sus relaciones con la familia.

Es cierto también —como se ha dicho— que no hay que enfatizar demasiado una sola categoría de factores en la determinación al suicidio, aunque no se puede silenciar el hecho que la falta de una relación válida, significativa y constructiva con los padres puede hacer al adolescente más vulnerable al estrés del ambiente de vida.

De manera esquemática se puede decir que las situaciones familiares que podrían representar factores de riesgo para conductas suicidas son: la presencia de conflictos no resueltos, agravados en la adolescencia tanto por la reactivación temporal del complejo de Edipo como por la sensi-

proceso de separación-individuación; de la pérdida de la identidad infantil y del apoyo de las figuras significativas, así como de la búsqueda y adquisición de una nueva identidad y libertad. Sin embargo, esto no equivale a decir que todos los adolescentes sean “suicidas en potencia”, por lo que se hace necesario establecer una frontera entre normalidad y patología; entre conflictos propios de la adolescencia y síntomas de un proceso sin armonía o bloqueado, a fin de no minusvalorar, por una parte, la normalidad de los adolescentes “normales” y, por otra, la gravedad de la psicopatología de los adolescentes que están mal.

A este propósito escribe Ladame: “No sé de un intento de suicidio en el que el adolescente no esté anclado en una cierta psicopatología y la mayoría de las veces en una psicopatología grave”,²² afirmación que, compartida por otros autores,²³ indica que el suicidio y el intento de suicidio son siempre expresión de una condición de graves sufrimientos y dificultades psicopatológicas, que con frecuencia son difíciles de clasificar dentro de un cuadro nosológico concreto.

Parangonando a los adolescentes que intentaron suicidarse y que presentan un claro diagnóstico psiquiátrico (se trata del 20-30 por ciento de los casos) con otro grupo de adolescentes con diagnóstico bien definido, en estos últimos sólo se advierte la presencia de trastornos de relación asociados o no a anteriores patologías somáticas. En cambio, en el grupo con psicopatología declarada se puede advertir que el suicidio siempre es, en sí, un momento profundamente patológico, en cuanto que ningún intento de suicidio puede ser considerado “normal” desde el momento en que se pasa de la idea a la acción (*acting out*).

El trastorno psicológico más frecuentemente asociado a una conducta suicida parece ser la depresión;²⁴ una depresión que, en el caso del intento de suicidio, es preexistente y persiste, incluso después, acompañándose de un sufrimiento intenso y profundo.

Frente a la fatigosa tarea de crecer, el adolescente deprimido y con personalidad débil y fragmentada se siente inerte, vacío, imposibilitado casi de continuar viviendo: la angustia que invadía su ánimo crece de manera vertiginosa, hasta transformarse en pánico incontenible y a manifestarse en una actitud de autoagresión para con su propio cuerpo.

c) *La relación con el propio cuerpo.* Para escapar a una angustia y a una tensión que se vuelven intolerables, el adolescente suicida agrede a su propio cuerpo.

capacidad de mediar los impulsos y de tener una representación realista del correr del tiempo y de las consecuencias de las propias acciones.²⁰ Entre las causas de semejante vulnerabilidad se incluyen los mismos procesos evolutivos que se despliegan en su totalidad precisamente en este período de la vida: la necesidad de adquirir una identidad sexual fija e irreversible —lo que supone un total replanteamiento de las relaciones con el propio cuerpo, con la figura paterna y materna y con los coetáneos—; la tensión dialéctica entre avance y retroceso; la adquisición de la capacidad de intimidad y de la posibilidad de estar solos. La modificación de las estructuras psíquicas comporta inevitablemente la aparición de conflictos interiores y la reelaboración de la experiencia de desolación que necesariamente activan las transformaciones de la adolescencia (la pérdida del cuerpo niño, de las certezas de la infancia, de la madre-refugio, etcétera).

Todo esto hace que incluso el adolescente “normal” viva esta fase de transición con un cierto sufrimiento, angustia y depresión, representando un *locus minoris resistentiae* (momento de menor resistencia) frente a eventos que, en sí, pueden ser banales o nada graves. Y, mientras una personalidad fuerte logra rehacerse ante las dificultades y los fracasos, el adolescente en dificultades puede poner en marcha comportamientos anormales, casi como “escapatorias” o salidas de seguridad (fugarse de casa, cometer un delito ocasional -banal o grave-, etcétera) mediante las cuales evita un hecho autolesivo, pero igualmente comunica a los adultos su grave malestar.

En algunos casos, el malestar se transforma en sentimientos “negativos”, como la escasa estima de sí y/o la sensación de no estar adaptado a las nuevas obligaciones o no ser respetado por los adultos y coetáneos. El muchacho o muchacha se siente, entonces, aislado en un mundo percibido como inhóspito, extraño o incluso amenazante, incapaz de arribar a un futuro del cual se siente rechazado. La mente del adolescente se llena, por así decir, de una especie de vacío vital que “puede ser comparado, metafóricamente escribe Barbarito- a lo que ocurre en el plano fisiológico con la falta de oxígeno: la imposibilidad de vivir”.²¹

b) *La coexistencia de psicopatologías.* La adolescencia no es una edad fácil, en cuanto que está caracterizada por sentimientos de soledad y de de tribulación que acompañan y son producto de la segunda fase del

intentos de suicidio con un afán de demostrar algo. Con estos actos, el muchacho o la muchacha buscan llamar la atención de uno o ambos padres con los cuales vive una situación de desapego afectivo o de conflicto. Todo acto suicida, pues, debe ser entendido y considerado como un gesto extremo y desesperado, llevado a cabo para mantener o restablecer una relación con los demás, a menudo descuidada o incluso despreciada.

4. *El delirio de omnipotencia.* El suicidio o el intento de suicidio pueden representar también el medio por el cual el adolescente trata de afirmar su fantasía de omnipotencia.⁴² La muerte buscada daría la ilusión de ser triunfador, de poder decidir libremente sobre el propio destino, de poder transformar en acción activa algo que se experimentará pronto pasivamente, aunque en un futuro lejano.

5. *El "síndrome de la Bella Durmiente del bosque".* Otra compleja fantasía del adolescente suicida es la de que, de todos modos, será salvado de la muerte; en otras palabras, el deseo de matarse estaría ligado al de no morir. De ello dan testimonio tanto el hecho de que a menudo el joven suicida lanza mensajes premonitorios de su intento, cuanto la comprobación de que muchos que intentan suicidarse, una vez reanimados a la vida, no muestran disgusto por haber sido salvados.⁴³

Las consecuencias de las conductas suicidas

En el análisis de las consecuencias físicas y psíquicas de las conductas suicidas nos detendremos en los intentos de suicidio, ya que en el caso de suicidio "logrado" la única consecuencia es, precisamente, la muerte del adolescente.

Generalmente el intento de suicidio, sobre todo si se trata de un primer intento, puede no comportar graves secuelas físicas, pero la gravedad clínica del intento de suicidio, o incluso de una veleidad de suicidio, no debe ser nunca homologada con su gravedad psicológica. Se trata, en efecto, de una importante "señal de alarma" que merece la particular atención de los padres, de los educadores y de los médicos.

Al evaluar el pronóstico de un intento de suicidio hay que distinguir entre pronóstico *a corto* y *a largo plazo*. En el primer caso se trata de evaluar los riesgos de recaída a más o menos corto plazo, considerando

i) *Las "fantasías" del adolescente suicida.* Según algunos autores, en el adolescente suicida se daría una visión falsa de la realidad, tanto de la vida como de la muerte, con la aparición de "fantasías" que hemos tratado de clasificar de la siguiente manera:

1. *La muerte "gratificante".* En la visión delirante del suicida, la muerte se considera como un presagio de esa gratificación que el mundo real le niega: el suicidio o el intento de suicidio no tendería, pues, a la muerte en cuanto aniquilación, sino que se serviría de ella para alcanzar una paz profunda, una liberación de las penas, un equilibrio narcisista.³⁸

El acto de autoagresión sería, entonces, el único modo de desprenderse de una presencia interior torturante, que adopta los rasgos de un enemigo que hay que eliminar: sólo así -piensa el suicida- se podrá alcanzar la paz, la ausencia de preocupaciones y responsabilidades; sólo así desaparecerán el miedo al futuro, los sufrimientos, los conflictos, las desilusiones y la dependencia; sólo así, en algunos casos, podrá reunirse con la persona amada o idealizada.

2. *El suicidio como rechazo a vivir una cierta vida.* Taleghani³⁹ sostiene que la ecuación "suicidio = deseo de muerte" es errónea, en cuanto que el suicida no busca directamente la muerte con su gesto, sino más bien intenta explicitar el rechazo de vivir una cierta vida y el deseo de vivir una vida distinta.

La existencia de ese rechazo de la vida más que la búsqueda activa de la muerte la confirma una investigación llevada a cabo en una Universidad de Idaho (EUA) entre sesenta jóvenes que habían intentado suicidarse: en la mayoría de los casos el gesto lo justificaron con el hecho que "la vida ya no significaba nada para ellos".⁴⁰

El suicidio como búsqueda de amor. Aunque las apariencias puedan hacer creer que las conductas suicidas se ponen en marcha con la finalidad de romper todo lazo con el ambiente externo, en realidad tienen una profunda valencia relacional.

Parece que el deseo y la voluntad de no vivir están apoyados por el deseo de ser alguien, de sentirse amados y queridos, de servir para algo. La búsqueda de la muerte se vuelve, entonces, búsqueda de palabra, de libertad, de esperanza; el suicidio se convierte de acto solitario por excelencia, en grito de ayuda, un intento ilusorio de reunirse con la persona amada y perdida, en el medio inútil para permanecer en la mente de alguien.⁴¹ Por este motivo, entre los adolescentes son frecuentes los

sino que intervienen más bien al reforzar, o por mejor decir exasperar, situaciones de “debilidad”. La adolescencia es —como ya se ha dicho— una fase de transición, de elaboración de la propia identidad, de definición del propio rol social, y es también la fase del desarrollo evolutivo más expuesta a las consecuencias de un lenguaje no adecuado o de contenidos que no están en consonancia con la capacidad de reacción del muchacho.

El mito del héroe “negativo”; el mundo dorado y deslumbrante de las ficciones televisivas en las que escenas de violencia, vejaciones y engaños se alternan con escenas de amor e idílica alegría; la idea de que el dinero y el éxito se pueden obtener fácilmente y sin sacrificios; estos y otros mensajes son los que, enviados por los medios de comunicación, se vuelcan como una informe y enorme avalancha sobre los adolescentes, con el riesgo de trastornar las mentes de aquellos muchachos y muchachas más sensibles o que no han tenido la suerte de tener alguien cerca que actúe como “filtro” y los induzca a pensar.

g) *Los fracasos escolares*. Hay quien piensa que algunas conductas suicidas deben vincularse con los fracasos escolares. Consideramos, sin embargo, que se trata sólo del último eslabón de una cadena de causas que contribuyen en un adolescente a tomar la determinación de darse muerte. Por lo demás, el fracaso escolar es frecuentemente una expresión socialmente evidenciable de la desazón interior del muchacho o muchacha que se siente desmotivado para el estudio y que rechaza tanto al profesor y a los compañeros como a las actividades escolares. Por tanto, sería una especie de “aviso” de la existencia de situaciones conflictivas.³⁶

h) *El factor socioambiental*. También parece tener una cierta relevancia en la génesis de las conductas suicidas. Nos preguntamos, efectivamente, si se darían tantos suicidos entre los adolescentes si las relaciones sociales fueran más fáciles, menos impersonales o menos mediatizadas. Además, se enfatizan las dificultades que los jóvenes encuentran hoy para la inserción social, ya que si los adolescentes se sintieran más activos, útiles y responsables quizá habría menos intentos de suicidio. En relación con todo lo que llevamos dicho, hay que hacer notar que se da una mayor incidencia de suicidos y de intentos de suicidio entre los jóvenes inmigrantes³⁷ o que se alejan del núcleo familiar por motivos de estudio, trabajo, servicio militar, etcétera, así como entre los jóvenes que han perdido el trabajo, que tienen un bajo nivel de escolaridad o que viven en un ambiente social “anómico”.

síntoma de la perturbación del individuo, sino también de un subyacente trastorno de los vínculos familiares.³² Estos autores pusieron en evidencia, en un estudio llevado a cabo en treinta y cuatro familias de adolescentes suicidas, que en el 35 por ciento de los casos se había dado una pérdida o una separación significativa de un padre (muerte, enfermedad, hospitalización, separación de los cónyuges, etcétera) en los días o en las semanas anteriores al intento de suicidio.

También las reacciones de los padres a las amenazas de suicidio del hijo parecen indicar su incapacidad de empatía, esto es, de compartir las emociones. También en el estudio de Snakkers³³ se advierte que trece de entre cuarenta adolescentes habían manifestado de manera explícita la intención de matarse, pero que en doce casos los padres no habían sabido (¿o podido?) reconocer la desesperación que tales manifestaciones insinuaban, banalizando la situación o interrumpiendo brutalmente o ridiculizando cada intento de diálogo. En diez casos los padres, aun habiendo intuido las intenciones del hijo, no habían hecho casi nada para contrarrestar sus acciones, y después del intento de suicidio se advirtió, en trece casos, la falta casi absoluta de tomar en serio el acto por parte de la familia, o bien, el intento de negar la intención suicida y sus posibles consecuencias.

La familia, además, tiende a buscar en el exterior los motivos para explicar el gesto suicida: el trabajo, la escuela, las relaciones sentimentales, etcétera, y con ello obviamente, a buscar soluciones externas, por lo que se proponen cambios del ambiente pero no de la dinámica familiar.

f) La influencia de los medios de comunicación. Ante el aumento de suicidios y de intentos de suicidio entre adolescentes nos preguntamos a menudo sobre la influencia que los medios de comunicación pueden tener en tales conductas. A este propósito se recuerdan episodios de tiempos pasados, como cuando, en 1774, después de publicarse en Alemania la obra de Goethe *Los dolores del joven Werther* y en Italia la obra de Foscolo *Las últimas cartas de Iacopo Ortis*, se verificó un aumento inesperado de suicidios.³⁴

También en épocas más recientes se ha evidenciado esta correlación entre incremento de las conductas suicidas y la publicación —por parte de los periódicos o de la televisión— de historias de suicidas.³⁵

Sin embargo, consideramos que los medios de comunicación no tienen una influencia directa en las conductas suicidas del adolescente,

que podría tener un resultado fatal; en el segundo caso se trata de dar seguimiento al devenir de su salud mental y física desde la adolescencia hasta la edad adulta.

Mientras la relación intentos de suicidio/decesos es de cerca de 100:1,⁴⁴ es muy elevada la tendencia a las recaídas: del 26, al 33 o al 40 por ciento según los estudios.⁴⁵

Junto con el riesgo general de recaída se considera útil intentar diferenciar entre los adolescentes con riesgo de una recaída de baja mortalidad y los expuestos al mismo peligro pero con una mortalidad mayor. Este diagnóstico diferencial, en sí mismo importante, no tendría en cuenta —según Ladame—⁴⁶ la evolución de la situación psicológica del adolescente, lo que haría poco probable cualquier previsión. De todos modos, el riesgo de una recaída sería más elevado entre los adolescentes con anteriores dificultades de carácter; diagnóstico psiquiátrico; fuerte tendencia depresiva; relaciones familiares poco satisfactorias, y anamnesis positiva por dificultades escolares.

Ahora bien, desde el momento en que la mayor parte de los suicidios llevados a término se refieren a adolescentes que ya habían hecho intentos en este sentido, se hace necesario considerar todo intento de suicidio con la máxima seriedad: prestar atención sólo al cuidado de las heridas o a los efectos tóxicos de un medicamento no responde a las necesidades de quien ha intentado el suicidio.

La prevención de los comportamientos suicidas

Las intervenciones preventivas de los comportamientos suicidas pueden ponerse en marcha a tres niveles:

a) *Primario*, mediante la activación de procedimientos dirigidos a toda la población de riesgo, a fin de obstaculizar la difusión de una enfermedad o, en nuestro caso, de un comportamiento. La prevención primaria del suicidio debería tener por finalidad la prevención de las conductas suicidas.

b) *Secundario*, para evitar la aparición de recaídas. En el caso de un intento de suicidio se buscará, antes que nada, actuar de tal manera que el adolescente no repita el mismo gesto desesperado.

c) *Terciario*, mediante acciones oportunas y eficaces que busquen limitar los daños consiguientes a una enfermedad o a un comportamiento.

La prevención terciaria en los intentos de suicidio consistiría en contener las consecuencias futuras de este acto, entre ellas la aparición de una patología psíquica, incluso al margen de nuevos intentos.⁴⁷

En el ámbito de la prevención primaria, varios autores sugieren diversas modalidades de acción:⁴⁸

a) *Tomar en serio* los propósitos suicidas de los adolescentes, sin desestimar el sufrimiento y la desesperación subyacentes. Esto no equivale, sin embargo, a dramatizar la situación en cualquier caso, pues se correría el riesgo de caer en una situación de pánico crónico y de alarma continua, dando incluso la posibilidad al muchacho o la muchacha de esgrimir su propósito como un arma de chantaje. Si el adolescente encuentra quien le escuche y le respete en sus dificultades, y siente que puede hablar en serio de sí mismo, es posible que no ponga en práctica su propósito y que acepte ayuda de buen grado, para buscar y encontrar en sí mismo una solución diferente, no destructiva.

b) *Tratar de localizar* el momento en que el adolescente comienza a aislarse de sus compañeros y del ambiente, abandonando de forma gradual intereses, proyectos y esperanzas; cuando empieza a tener una imagen insatisfactoria y deteriorada de sí mismo, y cuando empieza a sentir frustraciones, pérdidas y fracasos sin ser capaz de reaccionar activamente. Este aspecto es de particular importancia en muchachos que, por características de su personalidad, por la forma como reaccionan a las situaciones adversas y por la calidad del ambiente familiar, corren un riesgo mayor.

Según Coleman,⁴⁹ se pueden considerar como señales de alarma las siguientes situaciones: humor depresivo continuo, trastornos de sueño o nutrición, caída brusca del rendimiento escolar; retraimiento gradual respecto del grupo social y aislamiento; cesación de la comunicación con los padres y con las personas importantes en la vida del adolescente.

La tarea de individualizar las situaciones de riesgo compete a los padres y a los profesores, que deberían ser, a su vez, educados para captar las señales del malestar psicológico del adolescente.

c) *Educación para la vida*. Este tipo de intervención debería referirse no sólo a los adolescentes sino a toda la población, a fin de eliminar las situaciones que representan un factor de riesgo de una conducta suicida: se trataría, en último análisis, de educar al individuo en el sentido de la vida.

En un contexto cultural en el que predomina la negación de la vida y se cae fácilmente en el aturdimiento que procuran el sueño y la falsedad y que no aporta por sí mismo solución alguna a los problemas existenciales, se hace necesario reafirmar con fuerza el valor fundamental de la vida, favoreciendo “la elaboración y la adopción de una visión existencial que, aun reconociendo las limitaciones intrínsecas de la naturaleza humana, sepa evidenciar todo lo positivo que se ha logrado en el pasado; todo lo interesante y nuevo que aún es posible realizar en el futuro y toda la libertad y responsabilidad que tiene el hombre al vivir el momento presente, que pide disfrutar la vida en profundidad y no malgastar un solo instante”.⁵⁰ La prevención primaria se convierte, entonces, en el momento más adecuado para ayudar a los adolescentes en el desarrollo del propio sentimiento moral, en el manejo de una libertad que, si se maneja responsablemente, puede volverse *proyección* y capacidad de confrontación con la realidad.

No basta, entonces, con decir *no* al suicidio, en cuanto acto moralmente ilícito,⁵¹ sino que es necesario recuperar a tantos jóvenes para la vida, mediante la búsqueda de motivaciones de valor que puedan contrarrestar el tan difundido “cansancio de vivir”. En este proyecto de prevención deben estar involucrados la familia, la escuela y los grupos coeducativos. El papel de la familia es ciertamente fundamental, pero, sin embargo, muchas familias atraviesan por momentos de profunda transformación y de grave crisis. A esto se suma la crisis de la misma institución familiar, con las consiguientes dificultades educativas que provocan situaciones de soledad afectiva y de inseguridad en los adolescentes, los cuales tienen, en cambio, necesidad y deseo de ser guiados y seguidos, y advierten cada situación de abandono, al ser dejados libres demasiado pronto, como una falta de interés por parte de sus padres.

Los padres, y también los educadores, deben indicar a los adolescentes los valores que hay que defender y los ideales que hay que buscar, pero si la familia es débil y la escuela no desempeña una función educativa, si faltan los valores y los ideales que hay que proponer, el adolescente no “madura”, quedando como presa fácil e inerte de los ataques procedentes del mundo exterior.

Sólo educando en la comprensión del sentido de la vida y de los valores sobreentendidos en él se puede aceptar el sufrimiento, la humillación y el fracaso. En un mundo de vencedores como se nos

propone en los periódicos y en las pantallas de televisión hay que habituarse también a perder, a aceptar y a superar la derrota, aprender a manejar con sabiduría el don más grande que se nos ha dado: el don de la vida.

En el ámbito de la prevención *secundaria* y *terciaria* se requiere, por una parte, anular, o por lo menos contener, el riesgo de recaída y, por la otra, favorecer en lo posible el normal desarrollo psicológico y moral del adolescente, a fin de que la experiencia negativa del intento de suicidio no le deje marcado de por vida. Viéndolo bien, se trata de dos tipos de acciones que se entremezclan entre sí, no pudiendo alcanzarse el primer objetivo sino a través del segundo.

Después de un intento de suicidio, los cuidados médicos son sólo el primer paso: se necesita planificar a continuación toda una serie de acciones no médicas, que podemos distinguir en intervenciones *a corto plazo* e intervenciones *a largo plazo*, pero todas con la finalidad—como escribe Flavigny⁵²—no de impedir “a un enfermo que se mate, se debe ante todo ayudarlo a replantear su vida”.

No basta, en efecto, con que vuelva a vivir la persona que ha buscado morir, lo importante es ponerla en condiciones de desear vivir, más que morir.

Las acciones *a corto plazo* tendrían por finalidad apoyar las situaciones de crisis en que pueden encontrarse tanto el adolescente como su familia después del intento de suicidio, mientras que las acciones *a largo plazo* prevén una ayuda psicosocial “de amplio alcance” para enfrentar la repetición de las conductas suicidas (por ejemplo, mediante la reducción de las “bolsas” de ignorancia, de inmigración, de marginación, etcétera).

La intervención psicológica y psicoterapéutica parece ser, en estos casos, indispensable y eficaz si es intensa y prolongada, en cuanto que garantiza el remodelamiento de la organización interna de la personalidad y la reintegración de las potencialidades evolutivas del adolescente.

La acción psicológica y psicoterapéutica debería involucrar también a la familia del adolescente, lo que permitiría evidenciar disfunciones en la dinámica de los juegos familiares, no identificables cuando se trata al adolescente por sí solo. Para ello sería necesario que los familiares, y en particular los padres, estuvieran dispuestos a participar en las terapias de grupo y ser capaces de empatía; sin embargo, se sabe que en las familias de los adolescentes suicidas lo que falta es precisamente esta capacidad.

También resultan de gran utilidad las intervenciones sobre el ambiente de vida del adolescente: se ha notado, en efecto, que el muchacho o la muchacha que logran reanudar las precedentes relaciones sociales significativas con los compañeros, con los profesores o con el prestador de trabajo, están menos expuestos al riesgo de recaídas.

Juntamente con la intervención psicológica y psicoterapéutica, cobra gran importancia la intervención educativa. Como ya decíamos al hablar de la prevención primaria, la educación debe estar hecha de amor y de comprensión ante el dolor y la desesperación del suicida, y que, rechazando cualquier tentación de connivencia (el acto suicida es en sí ilícito), debe hacer surgir el *amor por la vida* de las cenizas de una opción de muerte.

Conclusiones

Educar para la vida..., pero ¿cómo? Consideramos que una educación adecuada debe tener presentes por lo menos estas tres dimensiones:

1. La dimensión de la *longitud*, esto es, el interés del individuo por su propio desarrollo psicofísico y por el crecimiento de sus facultades interiores. Todo educador debería ayudar al adolescente a descubrir sus aptitudes, estimulándolo al mismo tiempo a comprometer todas las facultades en su realización. Ser capaz de mirar el futuro de forma tranquila y con el corazón lleno de esperanza, aceptando incluso sus propios límites, quiere decir vencer una primera gran batalla por la vida. Así, difícilmente se caerá en la tentación de paraísos artificiales o se dará lugar a inmotivadas formas de ayuda o heteroagresividad y de violencia.

2. La dimensión de la *anchura*, esto es, interesarse cada quien por el bienestar de los demás. Se aprende verdaderamente a vivir y a apreciar la vida sólo en el momento en que, elevándose de los angostos confines de las propias preocupaciones, se abre uno a los demás.

3. La dimensión de la *altura*, que abarca y circunscribe a las otras dos dimensiones y empuja al hombre hacia arriba, hacia *algo* ciertamente más grande que la humanidad. Martin Luther King escribía -en *La fuerza del amor* "Debemos elevarnos por encima de la tierra y dar nuestra obediencia última a ese Ser eterno que es la fuente y el fundamento de toda realidad. Cuando añadimos la dimensión de la altura a la longitud y a la anchura, tenemos la vida completa".

Referencias bibliográficas

- ¹ BARBARITO, G., *Il suicidio nei minori*, en AA. VV., *Il suicidio: follia o delirio di libertà?*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1989: 49-54.
- ² RAINE, W.J.B., *Self mutilation*, J. Adolesc 1982, 5: 1-13; PANDOLFI, A.M., *I tentativi di suicidio nell'adolescenza*, en SENISE, T. (a cargo de), *L'adolescente come paziente*, Milán: F. Angeli, 1991: 135-144.
- ³ Ibid.
- ⁴ JEANNERET, O., *A tentative epidemiologic approach to suicide prevention in adolescence*, J. Adoles. Health 1992, 13: 409-414; DAVIDSON, F., CHOQUET, M., *Le suicide de l'adolescent*, París: Esf, 1981.
- ⁵ LITT, Y., *Il paziente adolescente*, Roma: Il Pensiero Scientifico, 1993: 181.
- ⁶ JEANNERET, O., KROTENBERG, A., *Conduites suicidaires chez l'enfant*, en MANCIAUX, M., LBOVICI, S., JEANNERET, O., *L'enfant et sa santé: aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*, París: Doin, 1987: 897-904.
- ⁷ MCCLURE, G.M.G., *Recent trends in suicide amongst the young*, Br. J. Psychiatry 1984, 144: 134-138; BARRACLOUGH, B., *International variation in suicide rate of 15-24 year old*, Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1988, 23: 75-84; PETTER, G., *Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza*, Scandici: La Nuova Italia, 1990: 260-261.
- ⁸ GARRISON, C.Z., JACKSON, K.L., ADDY, C.L., et al., *Suicidal behaviors in young adolescents*, Am. J. Epidemiol. 1991, 133: 1005-1014; DUBOW, E.F., KAUSCH, D.F., BLUMM, M.C., et al., *Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students*, J. Clin. Child. Psychol. 1988, 17: 298-309.
- ⁹ GARRISON, C.Z., *The study of suicidal behavior in the schools*, Suicide Life Threat Behav. 1989, 19: 120-130; GARRISON, C.Z., LEWINSOHN, P.M., MASTELLER, F., et al., *The assessment of suicidal behavior in adolescents*, Suicide Life Threat Behav. 1991, 21: 217-230.
- ¹⁰ PETTER, *Problemi psicologici della...*
- ¹¹ JEANNERET, *A tentative epidemiologie...*
- ¹² LYARD, D., GRISON, D., *Le suicide chez l'enfant et l'adolescent*, Journées du Pédopsychiatrie, octubre de 1971, París, Flammarion: 347-355.
- ¹³ LADAME, F., *I tentativi di suicidio degli adolescenti*, Roma: Borla, 1987; BLANCKAERT, D., *Le suicide de l'adolescent*, La Médecine Infantile 1982, 89 (3): 291-304.
- ¹⁴ GOLDACRE, M., HAWTON, K., *Management of children and adolescents following suicide attempts*, en HAWTON, K. (De.), *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*, Londres: Sage, 1986.
- ¹⁵ LITT, *Il paziente adolescente...*
- ¹⁶ GARRISON, C.Z., MCKEOWN, R.E., et al., *Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students*, Am. J. Public Health 1993, 832: 179-184.
- ¹⁷ LADAME, *I tentativi di suicidio...*
- ¹⁸ SHAFII, M., *Completed suicide in children and adolescents: methods of psychological autopsy*, en PFEFFER, C.R. (De.), *Suicide among youth: perspectives on risk and prevention*, Washington: American Psychiatric Press, 1989: 1-19.
- ¹⁹ Hay que recordar, en efecto, que existe una distinción clara entre el intento de suicidio y el suicidio "logrado", desde el momento en que las motivaciones y las dinámicas sobreentendidas son muy diversas. El intento de suicidio no se debe considerar como un suicidio no logrado, sino más bien como un suicidio no verdaderamente querido, como una forma extrema para llamar sobre sí y sus problemas la atención de los demás, una petición de ayuda, o bien un timbre de

alarma, un índice de grave malestar y de una situación de riesgo que requiere intervenciones adecuadas, comprensión, apoyo, participación afectiva, solidaridad activa y la individuación y eliminación (o por lo menos atenuación) de las causas primeras de frustración (PETTER, *Problemi psicologici della...*).

²⁰ PANDOLFI, *I tentativi di suicidio...*; PETTER, *Problemi psicologici della...*

²¹ BARBARITO, *Il suicidio nei...*

²² LADAME, *I tentativi di suicidio...*

²³ SCHNEIDER, P.B., *Le tentative de suicide. Étude statistique, clinique, psychologique et catamnétique*, Neuchatel: Delechaux & Nestlé, 1954; HAIM, A., *Les suicides d'adolescents*, Paris: Payot, 1970; STEVENSON, E.K., HUDGENS, R.W., HELD, C.P., MEREDITH, C.H., HENDRIX, M.E., CARR, D.L., *Suicidal communication by adolescents: study of two matched groups of 60 teenagers*, Diseases of the Nervous System 1972, 33: 112-133; FRIEDMAN, M., GLASSER, M., LAUFER, E., LAUFER, M., WOHL, M., *Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project*, Internat. J. Psychoanalysis 1972, 53: 179-183; SHAFII, M., STELTZ-LENARSKY, J., DERRICK, A., *Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents*, Am. J. Psychiatry 1985, 142: 1061-1064; BRENDT, D.A., et al., *Risk factors for adolescents suicide. A comparison of adolescents suicide victims with suicidal inpatients*, Arch. Gen. Psychiatry 1988, 45: 581-588.

²⁴ LADAME, *I tentativi di suicidio...*; STORK, J., *Echelle d'évaluation de risque suicidaire*, Psychiatrie de l'Enfant 1977, 20: 493-520.

²⁵ Como hemos dicho en otros capítulos, los motivos de tal adversidad respecto del propio cuerpo son diversos: el cuerpo, con sus transformaciones dimensionales y sobre todo cualitativas, es para el adolescente la prueba más evidente de la ineluctabilidad del cambio a que está sometido; el cuerpo es fuente de nuevos estímulos cuya intensidad, imperiosidad e incontrolabilidad eran hasta entonces desconocidas.

²⁶ GORCEIX, A., ZIMBACCA, N., *L'empoisonnement volontaire chez l'adolescent*, en *Études sur le suicide*, Paris: Masson, 1968: 75-105; MALTSBERGER, J.H., BUIE, D.H., *The devices of suicide. Revenge, ridance and rebirth*, Internat. Rev. Psychoanalysis 1980, 7: 61-72.

²⁷ CRUMLEY, F.E., *Substance abuse and adolescent suicidal behavior*, JAMA 1990, 263: 3015-3056; FOWLER, R.C., RICH, C.L., YOUNG, D., *San Diego suicide study: ii. Substance abuse in young cases*, Arch. Gen. Psychiatry 1986, 43: 962-965; CAIRNS, R.B., PETERSON, G., NECKERMAN, H.J., *Suicidal behavior in aggressive adolescents*, J. Clin. Child. Psycholol. 1988, 17: 298-309; SCHAFFER, D., GARLAND, A., GOULD, M., et al., *Preventing teenage suicide: a critical review*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988, 27: 675-687.

²⁸ ALESSI, N.E., MCMANUS, M., BRICKMAN, A., et al., *Suicidal behavior among serious juvenile offenders*, Am. J. Psychiatry 1984, 141: 286-287; FLAHERTY, M.G., *The national incidence of juvenile suicide in adult jails and juvenile detention centers*, Suicide Life Threat Behav. 1983, 13: 85-94; CLARK, D.C., SOMMERFELDT, L., SCHWARZ, M., et al., *Physical recklessness in adolescence: trait or byproduct of depressive/suicidal states?*, J. Ner. Ment. Dis. 1990, 178: 423-433.

²⁹ DI PIETRO, M.L., *Adolescenza e Sessualità*, Brescia: La Scuola, 1993: 22-32.

³⁰ SNAKKERS, J., LADAME, F.G., NARDINI, D., *Le famille peut elle empecher l'adolscent de se suicider?*, Neuropsychiatrie de l'Enfance 1980, 28 (9): 393-398; citado por LEHALLE, H., *Psicologia degli adolscenti*, Roma: Borla, 1989: 154-155.

³¹ FISCHER, W., LADAME, F.G., *Premiers résultats de recherches sur les tentatives de suicide des adolescents: l'itinéraire présuicidaire*, Médecine Sociale et Préventive 1979, 24: 49-52.

³² MORRISON, G.C., COLLIER, J.C., *Family treatment approaches to suicidal children and*

adolescents, *J. Am. Child Psychiatry* 1969, 8: 140-153.

³³ SNAKKERS, LADAME, NARDINI, *Le famille peut elle...*

³⁴ PHILLIPS, D.P. *The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Wether effect*, *Am. Sociol. Rev.* 1974, 39: 340-354.

³⁵ MOTTO, J.A., *Newspaper influence on suicide. A controlled study*, *Arch. Gen. Psychiatr.* 1970, 23: 143-148; PHILLIPS, D.P. *Suicide, motor-vehicle fatalities and the mass media: toward a theory of imitation and suggestion*, *Am. J. Sociol.* 1979, 84: 1150-1174; KESSLER, R.C., STIPP, H., *The impact of fictional suicide stories on US fatalities: a replication*, *Am. J. Sociol.* 1984, 90: 151-167.

³⁶ CONDINI, A., SARTOR, C., *Verso una definizione della preadolescenza*, *Età Evolutiva* 1986, 10: 5-11.

³⁷ Los jóvenes inmigrantes se encuentran, por necesidad, viviendo en un ambiente ajeno a ellos, inmersos en una cultura diversa, alejados de la familia de origen. Se llegaría a crear así una situación que Durkheim definiría como anomía: la situación de desintegración social vivida por el inmigrado puede ser comparada a la desintegración interior que en condiciones dificultosas puede vivir cada individuo en particular (DURKHEIM, E., *El suicidio. Studio di sociología*, Milán: Biblioteca Universale Rizzoli, 1987).

³⁸ MORSE, S.J., *The after-pleasure of suicide*, *Brit. J. Med. Psychology* 1973, 46: 227-238.

³⁹ TALEGHANI, M., *A propos de drogue ou de suicide, le symptome est-il pathologique?*, *Gaz. Méd. France* 1972, 79: 4805-4808, citado por LADAME, *I tentativi di suicidio...*

⁴⁰ Citado por FIZZOTTI, E., *L'onda lunga del suicidio tra vuoto esistenziale e ricerca di senso*, *Anime e Corpi* 1992, 161: 273-294.

⁴¹ PANDOLFI, *I tentativi di suicidio...*; BRERA, *Il suicidio nell'adolescente...*

⁴² DI PIETRO, *Adolescenza e Sessualità*.

⁴³ PANDOLFI, *I tentativi di suicidio...*

⁴⁴ JACOBZINER, H., *Attempted suicides in adolescents by poisoning. Statistical report*, *Am. J. Psychotherapy* 1965, 19: 247-252.

⁴⁵ Cfr. los trabajos citados por Ladame en LADAME, *I tentativi di suicidio...*, entre ellos: MCINTIRE, M.S., ANGLE, C.R., *Psychological "biopsy" in self-poisoning of children and adolescents*, *Am. J. Diseases of Children* 1973, 126: 42-46; GORCEIX, A., ZIMBACCA, N., *L'empoisonnement volontaire chez l'adolescent*, en *Études sur le suicide*, París: Masson, 1968: 75-105; FISCHER, W., LADAME, F.G., *Premiers résultats de recherches sur les tentatives de suicide des adolescents: l'itinéraire pré-suicidaire*, *Médecine Sociale et Préventive* 1979, 24: 49-52.

⁴⁶ LADAME, *I tentativi di suicidio...*

⁴⁷ PANDOLFI, *I tentativi di suicidio...*

⁴⁸ LADAME, *I tentativi di suicidio...*; FIZZOTTI, *L'onda lunga del...*; PANDOLFI, *I tentativi di suicidio...*

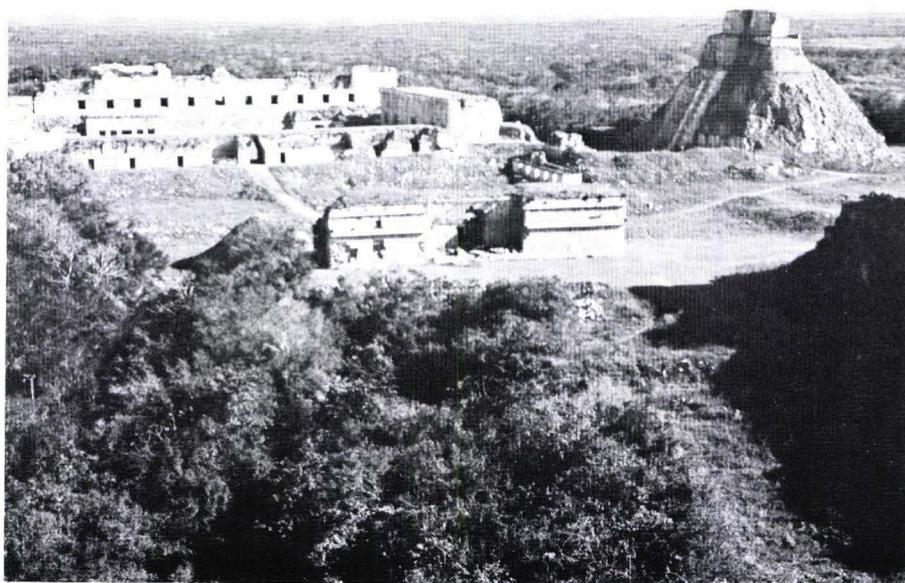
⁴⁹ COLEMAN, J.C., *The nature of adolescence*, Londres y Nueva York: Methuen, 1980.

⁵⁰ FIZZOTTI, *L'onda lunga del...*

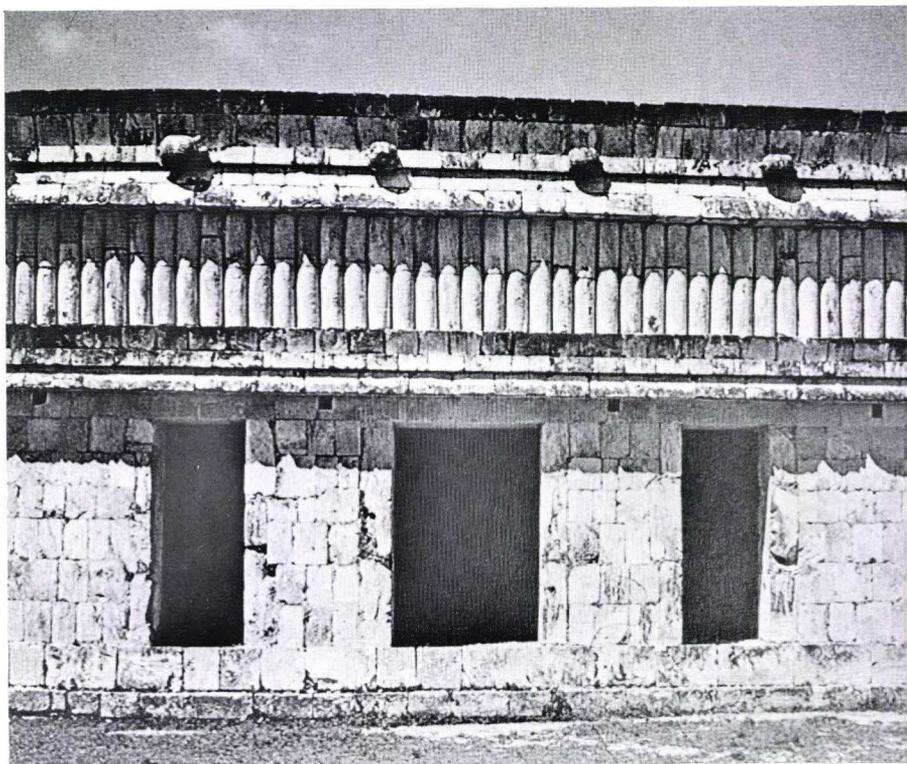
⁵¹ "La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por tanto, inaceptable al igual que el homicidio: un acto semejante constituye, en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. El suicidio, además, es con frecuencia también rechazo del amor para con uno mismo, negación de la natural aspiración a la vida, renuncia frente a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las varias comunidades y para con la sociedad entera, aun cuando a veces intervengan como se sabe factores psicológicos que pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad" (SGDA. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia* (5 de mayo de 1980), Y, 3 en *Enchiridion Vaticanum*,

7, Bolonia: Dehoniane, 1979: 332-351).

⁵² FLAVIGNY, H., *De l'évolution d'un service hospitalier de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes vers le secteur et les structures intermédiaires*, L'Information Psychiatrique 1981, 57 (2): 145-168.



*Cuadrángulo de las monjas y pirámide del adivino,
Uxmal, Yucatán*



Templo de las tortugas, Uxmal, Yucatán

Problemas actuales del consentimiento informado

*Angelo Fiori**

Resumen

El autor, tras delinear el problema del consentimiento informado del paciente bajo el punto de vista jurídico y deontológico, pone en evidencia la importancia del consentimiento social informado. La desinformación pública sobre las posibilidades y límites reales de la medicina hay que considerarla como una de las causas principales del actual conflicto entre los médicos y la sociedad, conflicto que se manifiesta en las campañas acusatorias emprendidas por los medios de comunicación masivos y en los cada vez más frecuentes juicios penales y civiles.

El *consentimiento informado* del paciente se ha convertido, en los últimos años, en un problema cada vez más complejo. Los médicos, que con frecuencia no sintieron su exigencia deontológica y jurídica, hoy lo ven con aprensión desde ese remolino de sorpresa, de temor y de creciente sufrimiento en el que los ha introducido el contencioso judicial.

De esta situación surgió la actualidad del debate sobre el tema, debate que no raramente se centra en el recuerdo y el replanteamiento, por lo demás obvios, de las normas fundamentales —e incluso de las teorías— referentes a la licitud del tratamiento médico-quirúrgico y de los preceptos contenidos en los códigos deontológicos.

* Director del Instituto de Medicina Legal y de los Seguros, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma.

Se trata sin duda de aspectos primarios del problema, aunque sólo sea porque se refieren más directa y urgentemente a la actualidad constituida por los procesos judiciales contra los médicos, o incluso los igual o tal vez más perjudiciales «procesos» contra los médicos que los medios de comunicación airean ante la opinión pública —cada vez más desconcertada, cuando no indignada y asustada.

Una reflexión que pretenda llegar al fondo y al mismo tiempo explorar mejor la complejidad de los factores en juego —sin limitarse a recetas de comportamiento dictadas a los médicos recomendando consentimientos escritos incluso en formularios especialmente preparados para ello— lleva a entender que la cuestión del «consentimiento» y de la «información» con él vinculada es de mucho más alcance y puede poner en tela de juicio incluso las estrategias generales de la Medicina.

Este es el objetivo principal de la presente reflexión, que se tratará de delinear en sus líneas generales, no pudiendo, por razones de espacio, desarrollar alguna en especial.

Dado el polimorfismo del tema será útil, por lo demás, aludir también a los aspectos más tradicionales, constituidos por el jurídico y el deontológico.

Aspectos jurídicos

El consentimiento informado del paciente es uno de los pilares de la licitud del tratamiento médico-quirúrgico.

Este aspecto ha sido tratado en los últimos años en diversas publicaciones jurídicas y médico-legales a las cuales remitimos, indicando algunas que parecen de particular utilidad para la claridad y compleción de la exposición.¹ También será provechosa la lectura del reciente documento del Comité Nacional de Bioética italiano.²

Son varias las teorías que los juristas han propuesto para justificar la licitud de los tratamientos médico-quirúrgicos. Prescindiendo de estos aspectos doctrinales, y limitándonos a los principios esenciales, resulta generalmente aceptado que la licitud encuentra fundamento en los tres pilares constituidos por el consentimiento informado, el estado de necesidad y las disposiciones de ley que incluso imponen determinados tratamientos.

En pocas palabras, puede afirmarse que el médico no dispone del «derecho de curar» sino de la «potestad de curar», la cual le viene, subjetivamente, de su titulación en Medicina y de la habilitación para el ejercicio profesional, pero que, para poder manifestarse requiere el consentimiento de la persona que se va a someter al tratamiento.

A falta de normas explícitas sobre la relación médico-paciente, se debe hacer referencia al artículo 50 del Código Penal [italiano] (Consentimiento del derechohabiente: «No es punible quien lesiona o pone en peligro un derecho con el consentimiento de la persona que puede válidamente disponer de él»), artículo cuya operatividad está condicionada por el hecho que se trata de un derecho del que la persona puede disponer. La validez psicofísica no es un derecho del que la persona pueda disponer sin límite alguno, como se deduce del art. 5 del Código Civil [italiano], el cual establece que quedan prohibidos «los actos de disposición del propio cuerpo» cuando causan una disminución permanente de la integridad física, o cuando sean en algún modo contrarios a la ley, al orden público o a las «buenas costumbres»; norma civilizada que se refleja también en el ámbito penal en el que, por lo demás, se castiga el homicidio del que consiente (art. 579) y la instigación al suicidio (art. 580).

En el caso de los menores, el consentimiento compete a quien ostenta la patria potestad (en caso de conflicto, al Tribunal de Menores), y en los sujetos incapaces de entender y de querer, a quien tiene su tutela.

Junto a los casos más comunes de consentimiento del que tiene derecho y de aquellos que en su nombre deben prestarlo, se encuentran los casos en los que el paciente se encuentra en *estado de necesidad* de cuidados urgentes impostergables, al presentarse «un peligro actual de daño grave para la persona» (art. 54 del Código Penal [italiano]).

Estas circunstancias en realidad son bastante frecuentes en la práctica médica, pero sus confines no están claros porque los conceptos de *actualidad del peligro* y de *gravedad del daño* pueden ser objeto de interpretaciones discordantes en los casos concretos, y lo decidido por la Corte de Apelación de Florencia representa un ejemplo clásico de ello. En este ámbito, la posición del médico es sumamente delicada, y estaría bien que pudiera recobrar esa libertad de decisión en situaciones imprevistas y realmente necesarias, como pueden darse, por ejemplo, en el curso de una intervención quirúrgica de una persona adulta inconsciente

a causa de la anestesia. Pero esta es una expectativa que está destinada a debilitarse cada vez más en el futuro, por lo que resulta indispensable que los médicos tomen conciencia de la necesidad de una mayor formalización del consentimiento, incluyendo en sus formas escritas también la autorización para cambiar de conducta en el curso de situaciones que se caractericen por la imposibilidad de interrogar al paciente.

Una última condición de licitud del tratamiento médico-quirúrgico es la prevista en el art. 51 del Código Penal (italiano), que configura la eximente del ejercicio de un derecho o del cumplimiento de un deber. Se trata de los casos en los que la misma ley norma y prescribe la actividad sanitaria, como son las vacunas obligatorias, los tratamientos psiquiátricos obligatorios o de los inherentes a sujetos afectados por enfermedades infecciosas, pero incluso en estos casos algunas normas prevén la obtención del consentimiento.

La *forma* del consentimiento es implícita o explícita, oral o escrita. La primera se utiliza en la mayoría de los casos y más bien se caracteriza por ser un consentimiento implícito en la solicitud de la prestación médica por parte del paciente y en los actos de diagnóstico o terapéuticos que se proporcionan siguiendo costumbres que son conocidas por el paciente. Es un acuerdo tácito basado en la confianza y también en el hecho de que el paciente conoce por experiencia gran parte de las prestaciones médicas comunes, desde la consulta o la prescripción de análisis de laboratorio, hasta la receta.

Es de esperar que en este contexto más usual no se llegue nunca a acuerdos escritos que, además de dar origen a inútiles pérdidas de tiempo, transformarían la relación médico-paciente en algo aún más frío y burocrático. Lo que se puede desear es únicamente que el médico encuentre en el futuro un minuto de más, para informar mejor al paciente sobre las razones de su actuación y de las expectativas que puede tener legítimamente.

Hoy todavía prevalece *la forma oral del consentimiento* incluso en las prescripciones diagnósticas y terapéuticas más comprometidas, tanto en la vertiente del médico general y especialista como en la del cirujano. Por lo demás, en este último sector es de esperarse, para el futuro, que se recurra cada vez más a *la forma escrita del consentimiento*, ya sea obteniendo la firma de fórmulas genéricas —que tienen el valor de un testimonio escrito del consentimiento requerido— como



a través diversos tipos de formularios que contienen no sólo la indicación precisa de la enfermedad diagnosticada y de la terapia que se pretende efectuar, o bien del diagnóstico invasivo que se ha proyectado, sino también de los posibles riesgos, hasta llegar a enumerar todos los específicamente conocidos, tal como ocurre a menudo en Estados Unidos.

Se trata de una práctica que sin duda responde y responderá a las exigencias del derecho vigente, pero nos preguntamos —y hablaremos de ello más adelante al tratar de los aspectos deontológicos del consentimiento informado— si estas formas escritas no representan en realidad medidas de *medicina defensiva*, que sirven más para proteger al médico que para ayudar al paciente. Es ciertamente una elección difícil aquella que las circunstancias actuales están imponiendo a los médicos en los casos de tratamientos diagnósticos y terapéuticos gravados por diversos tipos de riesgos, cuyo previo conocimiento no es ciertamente la mejor “medicina” para administrarle al paciente y asegurarle la tranquilidad que necesita en la fase de peligro y de sufrimiento en que la enfermedad lo ha arrojado.

Es un hecho, sin embargo, que los *casos judiciales* en materia de responsabilidad profesional sanitaria —que han caracterizado en las últimas décadas a la medicina del mundo postindustrial, teniendo como epicentro histórico a Estados Unidos— han llevado al problema crucial del consentimiento, anteriormente confinado a la conciencia profesional, a los tribunales, induciendo en los médicos un temor creciente y, al mismo tiempo, invitándolos a reconsiderar las razones de su propia actuación, así como los contenidos y las formas de su relación con los pacientes y sus familiares. Es un estímulo útil en muchos aspectos, y en particular por invitar a los médicos a que abandonen posiciones demasiado paternalistas y autoritarias, las cuales no hay que confundir con aquellas más discretas, todavía válidas, de la autoridad comprensiva y caritativa de las que el paciente, e incluso sus familiares, tienen y tendrán necesidad.

Pero todo exceso lleva en sí los gérmenes de lo perjudicial. Hoy la omisión del consentimiento escrito, o bien, los consentimientos genéricos e incompletos con frecuencia realmente culpables u otras veces fruto de una relación de recíproca confianza se han vuelto, en casos de fracaso o de complicaciones graves o incluso mortales, un instrumento judicial de fácil acusación contra el médico que, al carecer de pruebas documentales

del consentimiento obtenido oralmente, o en posesión de un consentimiento demasiado genérico, se verá obligado a sucumbir ante la indiscutible exigencia de las normas y la severidad de la jurisprudencia. Naturalmente, son normas que no pretenden el consentimiento escrito, pero acaban por exigirlo indirectamente cuando se denuncia su carencia frente a una eventual e inesperada situación de daño.

Es frecuente, en la ya cotidiana práctica médico-legal, verse implicado en casos de complicaciones iatrógenas por exámenes instrumentales invasivos (angiografías, coronariografías, etcétera); por efectos colaterales de la administración de medicamentos, de complicaciones anestesiológicas o de intervenciones quirúrgicas que, en el curso de la ejecución, requieren cambios de conducta y decisiones más invasivas o demolitivas por situaciones inesperadas. También, en un sector totalmente particular, por ocuparse de intervenciones de cirugía estética cuyos resultados son discutidos por complicaciones indeseadas o, sencillamente, por insatisfacción acerca del efecto estético obtenido.

Las crecientes quejas que se han seguido a nivel judicial, penal y civil se han mantenido, en general, en el ámbito de los delitos culposos, pero a partir de la conocida sentencia de la Audiencia de Florencia del 18 de octubre de 1990,³ confirmada por el Tribunal de Apelación y también por el Tribunal Supremo, se ha abierto la perspectiva de imputaciones penales incluso por delitos dolosos. Con tales sentencias, un cirujano fue condenado por homicidio preterintencional a causa de la muerte de una anciana paciente de 83 años que, operada por vía transanal de un adenoma villosa rectal que había determinado una mucorrea cotidiana, pérdida de electrolitos, hiperazoemia y un ataque como consecuencia de enteroclima. En el transcurso de la intervención, el cirujano había comprobado que el proyecto original era impracticable y había decidido efectuar una rescisión del tracto de intestino interesado, con la consecuente colostomía. El decurso postoperatorio fue desfavorable, requiriendo seis días después otra intervención por oclusión intestinal, y concluyó con la muerte dos meses después de la primera intervención. Los Tribunales, aun reconociendo que existía la indiscutible indicación de la intervención quirúrgica, consideraron unívocamente que el cirujano, comprobada la imposibilidad de efectuar la operación según la técnica proyectada, debió suspender la intervención al faltar los requisitos de emergencia y dejar a la paciente la decisión de someterse o no a una

ulterior intervención en la modalidad realmente posible. Por no haberlo hecho, los Tribunales culparon al cirujano de lesión voluntaria conforme al artículo 582 del Código Penal (italiano) sustituyendo el dolo genérico y, al haber seguido la muerte, el delito de homicidio preterintencional con una pena correlativamente elevada.

Este episodio debe ser recordado porque sienta un precedente dotado de elevada peligrosidad para los médicos. Numerosos casos de este tipo son desconocidos, pero han sido considerados por los Tribunales al igual que si fueran lesiones personales u homicidios culposos. En muchos de estos casos —y en particular el arriba citado— se trata de problemas muy discutibles desde el punto de vista médico-legal, y no cabe duda que las decisiones de los jueces provienen de una interpretación demasiado restrictiva y médicamente desinformada del artículo 54 del Código Penal relativo a la eximente del *estado de necesidad*, que a nuestro parecer seguramente subsistía en una mujer de 83 años con seria hiperazoemia, pérdida cotidiana de electrolitos y riesgo conexo a la repetición sucesiva de la intervención.

A pesar de estas obligadas reservas, hay que tener presente, que la evolución de la jurisprudencia ha llegado a tales extremos que induce a los médicos a hacer uso, cada vez más sistemático, del consentimiento escrito. Y no sólo en los casos que comportan graves riesgos para el paciente, sino también en aquellos agravados por riesgos menores vinculados con prestaciones invasivas, de los cuales el paciente debe estar enterado en cierta medida, aunque sea la menos traumatizante posible en el plano psicológico.

Aspectos deontológicos

El *consentimiento informado* es para el médico un deber deontológico que trasciende a las normas jurídicas. Los diversos códigos deontológicos tratan de ello sistemáticamente y entre ellos el Código Deontológico italiano de 1989 y la Guía Europea de Ética Médica de 1987.

Este aspecto, del que trataremos muy brevemente al comentar los artículos 39 al 42 del Código Deontológico italiano, nos acerca al punto central del consentimiento -previa información del que se hablará más adelante en el punto 4-, y que es merecedor de atenta reflexión.

Es útil recordar que se trata de un aspecto esencial de la actividad médica sobre el que se ha meditado desde la antigüedad. Platón, en el diálogo sobre las Leyes, libro IV, hace decir al Ateniese, que parangona al legislador con el médico, palabras esclarecedoras que podrían ser utilizadas en nuestros tiempos con algún añadido marginal.

Dice, en efecto, el Ateniese⁴ “que algunos son médicos auténticos, mientras otros son sólo sirvientes de los médicos, aun cuando a estos últimos extendamos el nombre de médicos”. Y más adelante: “entonces debes reconocer que, encontrándose en los Estados enfermos esclavos y enfermos libres, para curar a los esclavos están esos tales sirvientes, los cuales se desplazan acá y allá y los esperan en los hospitales. Y ninguno de estos médicos quiere dar o recibir explicaciones sobre las enfermedades específicas que afligen a cada esclavo, sino que, a la luz de una experiencia aproximativa, con la soberbia intelectual de un tirano, prescriben lo que les viene a la mente, sin tener siquiera competencia específica en la materia. Así, saltan de un esclavo enfermo a otro y de ese modo alivian al amo la práctica de curar a los enfermos. Para curar las enfermedades de los libres está, en cambio, el médico libre, el cual sigue el curso de la enfermedad, lo enmarca desde el principio según el método acertado, pone aparte el diagnóstico del mismo enfermo y sus seres queridos y, al obrar así, al mismo tiempo aprende algo del paciente y también él enseña alguna cosa. A tal fin, no hará ninguna prescripción antes de haber convencido al paciente de alguna manera, y tratará de llevar a término su misión, que es la de devolverle la salud, preparándolo cada vez más y predisponiéndolo con una acción de convencimiento”.

El artículo 4 de la Guía Europea de Ética Médica expresa, en una breve síntesis, los principios del consentimiento informado: “salvo el caso de urgencia, el médico explicará al enfermo los efectos y las consecuencias previsibles de la terapia. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos comporten un peligro serio. El médico no puede sustituir la concepción de calidad de la vida de su paciente por la suya”.

Más articuladas son las indicaciones del actual Código Deontológico italiano. El artículo 39 es sin duda completo y equilibrado porque recuerda al médico el deber que tiene de dar “una serena información sobre el diagnóstico, el pronóstico, las perspectivas terapéuticas y sus consecuencias”. Pero esto debe hacerlo teniendo razonablemente en

cuenta el “nivel de cultura” y la “capacidad de discernimiento” del paciente, lo cual implica que la información no pueda descender a los detalles, por lo demás imposibles de comprender por un paciente que no sea médico. Esta información debe darse no sólo en el obvio “respeto de los derechos de la persona” sino también “siendo consciente de las limitaciones de los conocimientos médicos”.

Sobre este último punto, de importancia central como diremos más adelante, valdría la pena que el artículo subrayara no sólo los límites de los “conocimientos médicos”, sino también, y sobre todo, *los límites de las posibilidades terapéuticas*. Es muy cierto que los aspectos “psicoterapéuticos”, como parte esencial de la relación médico-paciente, no permiten dar a la información un cariz demasiado realista que, por naturaleza, acaba por ser pesimista, pero queda el hecho que en el clima actual de excesivas expectativas por parte de la opinión pública, y de pretensiones a menudo infundadas, ha llegado tal vez el momento de echar un jarro de agua fría, caso por caso, sobre actitudes milagreras. Por lo demás, muchos médicos incrementan esas actitudes, con la intención específica, reprochable bajo cualquier punto de vista (incluso penal), de atraer pacientes a su propia órbita profesional y de convencerlos de someterse a tratamientos, lucrativos para el médico, cuya real necesidad, eficacia, y mucho menos inocuidad, están garantizadas.

En cuanto al tema de decir la verdad al enfermo con pronóstico grave o infausto, el tercer apartado del artículo 39 propone una conducta modulada humanamente —pero también en forma profesional— sobre la reactividad del paciente y, por tanto, ajena a esos esquemas absurdos de decir la verdad a toda costa.

Este razonable precepto sin duda entra en conflicto con las normas del consentimiento plenamente informado, y puede traducirse en un riesgo de ir a juicio para el médico. Sin embargo, queremos afirmar que el médico debe correr valerosamente ese riesgo, en la perenne inspiración de la norma hipocrática de “regular el régimen del enfermo” en exclusivo interés suyo, interés que con frecuencia es el de no padecer, además de los sufrimientos físicos, el ulterior sufrimiento moral que la verdad brutal a menudo puede infligirle.

El último apartado del artículo 39 suscita cierta duda ya que, aun en su generalidad, invita al médico “en cualquier caso” a inspirar su propio comportamiento sobre la base de la “voluntad del paciente, libremente

expresada”. A esto no hay nada que objetar en el plano jurídico, considerando siempre las limitaciones que el ordenamiento pone a los requerimientos del paciente, límites que se encuentran también en el juramento hipocrático de “no dar a nadie un veneno mortal” y de “no aplicar un pesario abortivo”.

Se mantiene la duda en el plano estrictamente deontológico, y por lo que acabamos de decir, también en el jurídico, de si la “inspiración” a la que el Código invita debe considerarse una obligación taxativa o si es, en cambio, una línea de principio sobre la que el médico debe modular su conducta cuando, siendo sincera y motivadamente consciente de las auténticas necesidades del paciente, busque convencerle de que cambie de idea, sin que esto signifique privarlo de su libertad de decisión. Lo cual, por lo demás, ocurre todos los días y representa uno de los momentos más delicados y significativos en la vida del médico, esto es, cuando debe inducir al paciente a afrontar pruebas diagnósticas y a dar pasos terapéuticos hacia los cuales puede mostrarse renuente aunque los necesite verdaderamente.

El artículo 40 del Código Deontológico, al abordar más explícitamente el tema del “consentimiento” (el artículo 39 se refiere a la información), advierte de la existencia de una doble categoría del consentimiento implícito en el acto de confianza (válido en el caso de la elección de un médico en particular, mientras no puede referirse al médico de hospital, pues es la institución la que lo escoge generalmente), y de los casos en los que el acto médico comporta “riesgo o permanente disminución de la integridad física”, situación en la que se requiere consentimiento “consciente y explícito”. Así, se da una concordancia entre el precepto del Código Deontológico y la práctica que hemos recordado en el apartado sobre los aspectos jurídicos del consentimiento informado⁵ y que no es contraria a las normas jurídicas. En estas, efectivamente, no se mantiene el requerimiento tajante de consentimiento escrito aun cuando sea útil y hasta indispensable en los casos difíciles o en situaciones de peligro.

El segundo apartado del artículo 40 vuelve más claramente al delicado problema de desistir “de cualquier acto diagnóstico o curativo ante el rechazo explícito del paciente capaz de entender y de querer”. Bajo este punto de vista, el precepto deontológico podría contraponerse a las normas jurídicas cuando estas fueran interpretadas como lo hace

una parte autorizada de la doctrina (véase, por todos, a Iadecola⁶) en sentido restrictivo acerca de los llamados *derecho a morir* y *derecho a rechazar los cuidados*. En estas dos hipótesis, en efecto, la conducta del paciente comporta un acto de decisión sobre su vida y sobre la propia integridad física, sobre la cual el ordenamiento actual no le reconoce al sujeto la titularidad. Observa Iadecola que “la relevancia social del individuo, considerado por el legislador no como entidad aislada de la colectividad en la que vive, sino como titular de una función social, no puede permitir que prevalezcan comportamientos suicidas —o en todo caso comprometedores— de la actitud social de las personas, especialmente cuando estos comportamientos se llevan a cabo ante el médico, el cual tiene el deber profesional concreto de proteger la vida y la incolumidad de quien se ha sometido a sus cuidados o, en cualquier caso, se encuentre en peligro grave e inmediato para la salud”.

El artículo 41 toma en consideración, refiriéndose una vez más al consentimiento, esas prestaciones diagnósticas y terapéuticas que pueden poner en peligro la incolumidad del paciente, y que se deben adoptar “sólo en caso de extrema necesidad y previa información sobre los peligros reales, a la que deberá seguir una oportuna documentación del consentimiento”.

Este artículo nos parece que está empañado por un cierto grado de ambigüedad. En realidad, si un paciente se encuentra en estado de necesidad, con urgencia absoluta o relativa, es fácil que se haga realidad contextualmente un peligro vinculado con la necesidad de prestaciones invasivas, y se vuelve a plantear entonces el problema del derecho o no del paciente a rechazar los cuidados. De otro modo, volvemos a las generalidades -y no a la rara extrema necesidad, como pareciera tener que deducirse de la letra del artículo en cuestión- de los casos graves que requieren intervenciones complejas, los cuales, por lo demás, están a la orden del día.

Para que el artículo no resulte ambiguo, debe ser interpretado en el sentido del compromiso que el médico tiene de informar de forma rutinaria, aunque con las cautelas necesarias, acerca de las dificultades y riesgos de las intervenciones invasivas diagnósticas y terapéuticas, cuyo grado de peligrosidad es variable caso por caso, pero que de todos modos subsiste en muchas ocasiones, y para tales intervenciones es oportuno que pida el consentimiento escrito. Una simple anestesia

general ya de por sí configura esta situación y constituye una indudable necesidad—pero no “extrema”—para cualquier intervención quirúrgica, llena por naturaleza de posibles riesgos.

Finalmente, el artículo 42 del Código Deontológico se ocupa de los casos de menores o enfermos mentales, recordando al médico que el consentimiento compete a quien ejerce la custodia, y reiterando, asimismo, que cuando se esté en estado de necesidad y urgencia, y el paciente se encuentre en condiciones de “grave turbación psíquica”, el médico debe actuar a “ciencia y conciencia”, es decir, siguiendo el precepto hipocrático. En la hipótesis de un tratamiento obligatorio se recuerda la obligación del médico, a tenor de las disposiciones actuales (que, por lo demás, en el futuro podrían cambiar), de conseguir el necesario mandato del supervisor.

El consentimiento social

La información y el consentimiento estrictamente individuales se refieren, en la práctica predominante, a las prestaciones hospitalarias de menor relieve que se hacen a solicitud reservada del paciente, o bien, a diagnósticos y cuidados proporcionados a aquellos pacientes que, para desventura suya, viven en una situación de completa soledad.

En los demás casos, la información y el consentimiento también interesan a los familiares e incluso a los *amigos del paciente*, especialmente cuando se trata de enfermedades de mayor importancia, que causan temor y preocupación en quienes forman parte del círculo del paciente.

Se establece en este punto una auténtica dinámica de grupo que, si no responde a obligaciones jurídicas (que subsisten por lo demás en el caso de menores de edad y enfermos mentales) ni a normas del Código Deontológico (el cual sólo en el artículo 39, penúltimo apartado, prevé la información a los parientes del pronóstico grave o infausto), representa en verdad una de las etapas más importantes de la prestación médico-quirúrgica. Las exigencias de información por parte de los familiares y amigos son a menudo múltiples e imperativas, y constituyen una relación paralela a la que se establece directamente entre el médico y el paciente, ya que se convierten en mediadores, en ocasiones más explíci-

tamente informados por el médico, y ayudan al paciente a adoptar sus propias decisiones, superando incertidumbres y temores, aceptando dificultades y sufrimientos.

Esta implicación de grupo es una etapa esencial de la “técnica” profesional del médico, además de ser un paso dictado por la deontología no escrita y por el sentimiento de humanidad que debe estar en la base de cualquiera de sus actos. Es un aspecto de la profesión que requiere dotes de paciencia, de tolerancia, de equilibrio, de capacidad, de diálogo, de buena educación, de dúctil firmeza, y de prudencia al expresar evaluaciones y pronósticos.

Estamos en el ámbito de ese aspecto más relevante que podemos llamar *consentimiento social* y que comienza precisamente con *la información y el consentimiento* respectivamente proporcionada y solicitado a los familiares o al grupo de pertenencia del paciente. Se trata de situaciones que se ubican en el vasto campo de la psicología social y, por tanto, más ampliamente, de la sociología y que en todo caso rebasan los deberes jurídicos, con excepción de los casos que lo prevén.

Viéndolo bien, el *consentimiento social* a la actividad médica es el verdadero fundamento de la legitimación del médico. Es la sociedad política la que dicta las normas para el ejercicio de la medicina y la que prohíbe el ejercicio abusivo; la que en el estado social organiza la recaudación de los recursos necesarios para el servicio sanitario en su conjunto. Todo esto está dictado obviamente por la importancia de las prestaciones médicas y su carácter insustituible, pero es posible sólo gracias al “consentimiento social” que estas obtienen, y que representa un estímulo para su desarrollo ulterior, mediante requerimientos cada vez más imperativos, incluso excesivos y, en los últimos tiempos, fuera de la realidad.

Este *consentimiento social* que requiere una continua información del público también encierra en su seno *el germen de la disensión y el conflicto* de la sociedad entera —y no sólo de los ciudadanos en particular, desilusionados de la medicina— cuando la acción de los médicos a la que se ha dado el consentimiento resalta por el fracaso total o parcial o, aún más, por consecuencias iatrógenas de diversa gravedad, incluso la muerte.

Es en el ámbito familiar o de las amistades (constituidas por la pertenencia a grupos, políticos o no) donde surgen con mayor frecuencia las

protestas en las formas más variadas —en los casos mortales, pero también a menudo en los de sujetos dañados aún vivos—, protestas que van desde el directo enfrentamiento con el médico, la denuncia a través de los medios de comunicación, el requerimiento extrajudicial o judicial de resarcimiento del daño civil, hasta la denuncia a nivel penal. Este núcleo de “protesta” grupal origina *la disensión social y el conflicto entre la sociedad y los médicos*.

Estas dinámicas, que pertenecen a la psicología social de la información y del consentimiento, juegan a menudo un papel decisivo e incluso primordial, representando el clima favorable para promover y mantener los conflictos por responsabilidad profesional, siendo la omisión del consentimiento informado cada vez más instrumentalizada, con razón o sin ella.

En el amplio problema general del *consentimiento social* (de toda la sociedad) hay que distinguir *el consentimiento a la acción de la medicina y el consentimiento a la acción de los médicos*.

La actitud de toda la sociedad respecto de una y de los otros no es en modo alguno la misma. Se puede afirmar motivadamente que si hoy —mucho más que en el pasado (incluso lejanísimo: pensemos en las penas previstas para los médicos en el código de Hammurabi)— los médicos son acusados y llevados a un juicio penal y civil es precisamente por la confianza cada vez mayor, y más exagerada, que la sociedad deposita en la ciencia médico-quirúrgica, de donde proviene la correspondiente desilusión frente a los fracasos o las graves complicaciones que son atribuidas a los médicos en particular y a las estructuras en las que estos actúan.

El consentimiento social a la medicina y a la cirugía, junto con el instinto individual de supervivencia, o bien, a la necesidad de eliminar el sufrimiento, son los que han permitido a los médicos —ya en tiempos remotos y en los dos últimos siglos de dinámica evolución, pero sobre todo de estos años que estamos viviendo—, el poder formular propuestas de diagnóstico y terapéuticas cada vez más osadas y peligrosas. Se puede afirmar, fundadamente, que la experimentación médica sustancial —no estamos hablando del estudio experimental de los medicamentos en el hombre, sino más bien de la aplicación de nuevas técnicas de la más variada naturaleza en el hombre enfermo— ha dejado sobre el terreno innumerables víctimas sin voz, a cuyo sacrificio inconsciente se deben

los grandes avances de la medicina y de la cirugía a favor de otros enfermos que se han beneficiado con ello.

Sin un consentimiento social a estas audacias y temeridades de los médicos —con frecuencia desprovistas de una seria justificación y de adecuadas y razonables premisas científicas (pensemos en las lobotomías frontales mutilantes en los enfermos mentales)— la Medicina no habría podido desarrollar un espectro tan amplio de prestaciones diagnósticas y terapéuticas. Y es en virtud de este consentimiento social por lo que el dinamismo de las propuestas continúa incesantemente, alentado hoy por el deseo de mayor eficacia de la obra médica y por el orgullo del conocimiento y de la experimentación, pero sobre todo por los colosales intereses de la industria farmacéutica y tecnológica y de muchas otras estructuras que se han venido creando en torno a las actividades sanitarias.

Este confiado consentimiento social a la medicina y a la cirugía tiene su cara negativa, que consiste en el conflicto con el médico particular, bastante a menudo inconsciente “chivo expiatorio”, que se debe inmolar en expiación de la desilusión que sigue a la fallida consecución de éxitos, con frecuencia esperados sin fundamento; fracasos que son atribuidos a los médicos en particular y a las estructuras en que operan, a veces con razón, pero en la mayoría de los casos, sin ella.

Esta ampliación se debe en parte al hecho de que *el consentimiento social no está correctamente informado*.

El consentimiento social a las actividades médicas debe ser, en efecto, *un consentimiento informado sobre las posibilidades reales de diagnóstico y de terapia, sobre los factores imponderables y las complicaciones, sobre las limitaciones de todo tratamiento sanitario*.

Se puede afirmar razonablemente que, si en la información al enfermo es obligada la prudencia, la gradualidad, la humanidad que sabe atenuar noticias demasiado dolorosas, en cambio a nivel de la información colectiva, apartada de problemas específicos del cuidado del sujeto en particular, es donde se puede dar la máxima sinceridad, proporcionando a los ciudadanos —a través de la prensa y sobre todo del poderoso medio televisivo— la información más completa y auténticamente verosímil. La información pública es la que puede presentar apropiadamente las nuevas metas que constituyen las luces del progreso; también las numerosas sombras de la ignorancia que siguen subsistiendo a nivel

científico sobre las causas de muchas enfermedades; de la imposibilidad de proporcionar cuidados eficaces para ellas y, para otras, incluso de conocer su etiología, así como los sombríos riesgos de muchos tratamientos, hasta de aquellos que parecen “inocentes”, dado el carácter imprevisible de las más diversas complicaciones entre las cuales se cuentan muchas temibles enfermedades iatrógenas. Toda esta información, si se dosifica de manera que no produzca temor y desconfianza en la opinión pública, pueden devolver el nivel de expectativas a una humana y sabia conciencia de los límites actuales, y probablemente futuros, de la medicina, a fin de que sus fracasos no sean sistemáticamente atribuidos, como está sucediendo en la actualidad, a un médico en particular, que sólo es culpable en ciertos casos.

Porque precisamente de esto se trata, del hecho que la información triunfalista y acrítica, causante de un “desinformado” consentimiento social, es el terreno de cultivo en el que florece y se difunde la “disensión” contra los médicos, la confrontación, el recurso a los tribunales donde los médicos, a menudo acusados sin razón, encuentran a los magistrados para juzgarlos, otros ciudadanos, quienes, análogamente a todos los demás, viven este sentimiento disociado de confianza ilimitada en la medicina y de creciente desconfianza en los médicos.

A nivel de la impartición de justicia, además, otros médicos investidos de peritos, pero carentes cada vez con más frecuencia de conocimientos médico-legales y de una equilibrada visión de los complejos problemas de la responsabilidad profesional sanitaria, contribuyen a desorientar a los jueces, resultando de ello ese cuadro bastante preocupante, porque se agrava con injusticias desconcertantes. Este es el aspecto singular que se caracteriza por la participación de los mismos médicos-peritos, más o menos conscientes, en el rito de expiación de los delitos de desinformación pública, perpetrados en estos años de cultura-espectáculo y de anuncios publicitarios de todo tipo de productos, delitos dictados por el orgullo y por el interés.

Ha llegado, pues, el momento de apelar a un consentimiento social a los tratamientos médico-quirúrgicos que esté auténticamente informado de sus luces y sus sombras. En caso contrario, será cada vez mayor el número de médicos llevados injustamente a juicio por problemas de omisión o insuficiente consentimiento, y será entonces inevitable entrar por el camino ya recorrido en países en los que médicos y estructuras

sanitarias, que aunque han alcanzado las cuotas máximas de calidad pagan un precio inexplicablemente elevado de padecimientos judiciales.

Es el peligroso camino de la medicina defensiva, que es el extremo opuesto, igual de perjudicial y detestable, de la medicina temeraria y de la medicina inútil. La medicina defensiva es la de los médicos que, asustados por las condenas penales y civiles, y por el repudio de la opinión pública, individualizan los decursos del desempeño, en los cuales el menor riesgo de las prestaciones en sí mismas va acompañado del mayor riesgo para los pacientes de ser tratados de una manera ineficaz e inadecuada.

Esta es la batalla que los médicos, todos unidos en los colegios profesionales y en las sociedades científicas, deben comenzar a dar si quieren sustituir el sentimiento de desorientación, de depresión y de entrega que el actual clima de “caza de brujas” tiene en su producto, con la de una serena conciencia de la importancia de su acción, insustituible para la salud de la humanidad, y de una actuación tranquila en la relación con los pacientes en particular, con sus familias, con las comunidades de pertenencia y con toda la sociedad.

Referencias bibliográficas

1 IADECOLA, G., *Consenso del paciente e trattamento medico-chirurgico*, Padua: Liviana, 1989; DI PIETRO, O., *Il consenso dell'avente diritto de il consenso del paziente*, Nápoles: Martinucci, 1988.

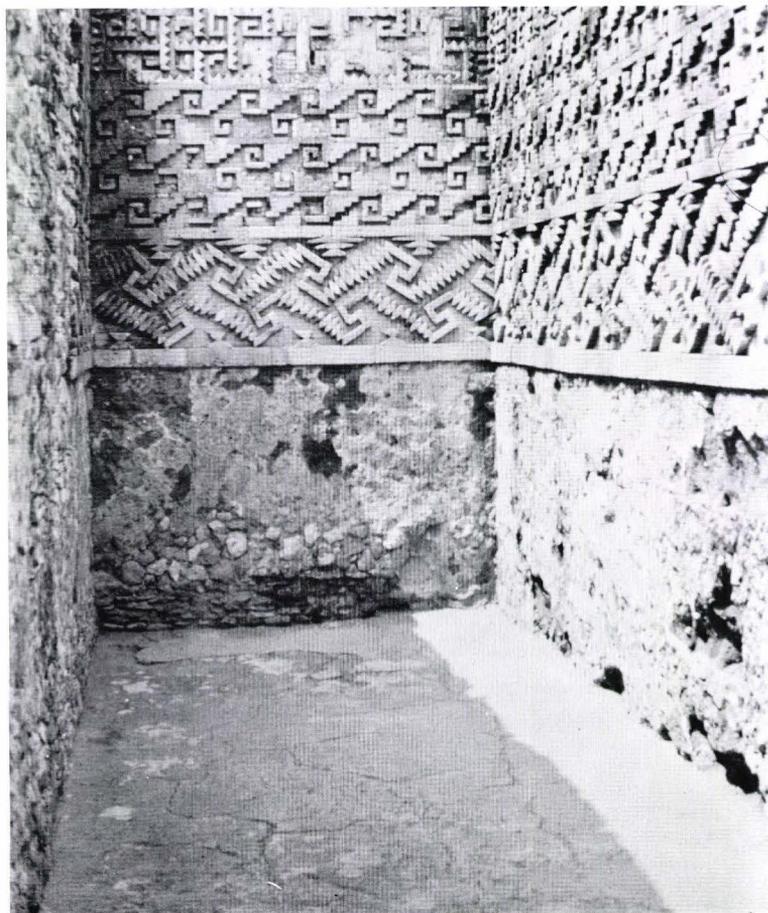
2 COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'Innformazione e l'Editoria, 1992.

3 *Sentenza della Corte d'Assise di Firenze 18 ottobre 1990*, Rivista Italiana di Medicina Legale 1991, 4: 1333-1356.

4 PLATON, *Titti gli scritti*, Milán: Rusconi, 1993.

5 DI PIETRO, O., *Il consenso dell'avente diritto...*

6 IADECOLA, G., *Consenso del paziente...*



Grecas de Monte Albán, Oaxaca

Educación sexual y sexualidad en la persona con discapacidad mental *

María Elena Girault de Kutz**

Resumen

La doctora Girault hace una amplia semblanza de las características de la persona y del ambiente en el que se desenvuelve, así como de aspectos primordiales en la educación y desarrollo del individuo, para posteriormente enfocarse a los mismos en el contexto específico de la persona con discapacidad. Señala que siempre es importante poner límites a la conducta, en todos aspectos, y que la discapacidad nunca debe ser un ingrediente de lástima o de permisividad para la conducta.

El hombre como persona

El hombre es una persona y esto se aplica en la misma medida al hombre y a la mujer. El hombre en virtud de su naturaleza es una persona, está compuesto de un cuerpo sensible y material, y de un alma espiritual y racional.

La persona es una substancia viviente, consciente, sensible, pensante, actuante y volitiva, distinta de todas las demás cosas y responsable por sus propias acciones.

* Presentado en el Seminario de Educación Sexual, en el VII Encuentro Nacional de Padres y Asociaciones. CONFE N.L. 1994.

** Dra. en Psicología Clínica, Terapeuta Familiar. Directora Técnica de la Comunidad Especial de Desarrollo e Integración. CEDI.

El término *persona* tiene diferentes acepciones, entre ellas: núcleo integrador que le permite al ser humano vincularse con un sentido de unidad y continuidad consigo mismo, con el mundo y con los demás.

Los principales elementos que caracterizan a la persona son cuatro.

Ser único: cada persona es un ser único irreplicable, que se identifica a sí mismo como tal, con un sentido de historicidad.

Ser capaz de autodeterminarse: la capacidad que tiene el hombre de determinar su conducta por sí mismo es la cualidad sobresaliente que lo define como tal.

Ser en proceso: el ser persona constituye un proceso siempre inacabado, tendiente a una integración creciente por la que la persona es cada vez más dueña de sí misma.

Ser en relación: el proceso de la persona es apropiarse cada vez más de sí misma, le permite vincularse consigo misma y ser su punto de referencia. A partir de esto, al mismo tiempo que se diferencia de los demás, le permite una vinculación más clara, percibiéndolos como sujetos de valor similar en una situación de interrelación y de complementaridad que le es imprescindible.¹

Personalidad es la manera de manifestarse como persona. El término persona se refiere a la sustancia del hombre y la expresión personalidad hace referencia a sus propiedades, a sus actos, hábitos y potencias.

La persona con discapacidad por encima de sus limitaciones es una persona. La Dra. Beatrice Wright, en el libro *Physical Disability* menciona que se debe usar el término "una persona con discapacidad", en lugar de un "discapacitado". La primera frase sugiere que el individuo es primero una persona y en segundo término un discapacitado.² En el presente trabajo empleo la terminología "persona con discapacidad", o bien "con alteraciones en el desarrollo en el área motora, mental o psíquica", así como personas que requieren de una "educación especial".

El concepto de hombre integral considera a la persona humana como una unidad constituida por una unidad bio-psico-social y espiritual o trascendente. Se puede describir cada uno de estos elementos dándoles el nombre de naturalezas.

Naturaleza biológica: es un ser biológico en todos sus sistemas, esto es, digestivo, circulatorio, nervioso, endócrino, reproductor, etc. Dentro de estos sistemas son de especial importancia el endócrino y el nervioso como bases biológicas de la conducta humana y los que regulan nuestro

funcionamiento como unidad. Estos sistemas pueden estar bien en la persona con discapacidad.

Naturaleza psicológica: constituye la base a partir de la cual se desarrollan las capacidades específicamente humanas que permiten al hombre amar, razonar, crear, comunicarse y autodeterminarse. La naturaleza psicológica está constituida por los afectos (sentimientos y emociones) y la inteligencia. Ambos tienen un sustrato biológico, y están sujetos a un proceso de maduración que va permitiendo una adecuación creciente entre los estímulos externos y la respuesta a ellos. El psiquismo humano funciona como una unidad. La actitud habitual del hombre ante los estímulos que enfrenta es la de comprenderlos, definirlos, relacionarlos, etc., al mismo tiempo reacciona afectivamente a ellos con diferentes sentimientos y emociones de acuerdo a sus limitaciones para adaptarse.

Naturaleza social: el hombre es un ser social, necesita de los demás para subsistir y desarrollarse a partir de esta interacción y, a través de su proceso de desarrollo integra su concepto de identidad y asimila diferentes patrones culturales que le permiten adaptarse a su medio.

Naturaleza espiritual: el hombre no se circunscribe a sus límites naturales, está en constante búsqueda de trascendencia, esto es, de volver al creador, al Dios de cada uno; esta necesidad lo conduce a Dios.³

La persona humana no obstante su gran complejidad manifiesta también una maravillosa unidad, porque es un todo substancial, cuyas partes carecen de propia subsistencia y finalidad fuera de él.

Nadie puede disponer a su arbitrio de la persona ni de sus partes. La persona, por su dignidad y libertad, es por naturaleza incoercible, no puede ser tomada por nadie como medio, instrumento o peldaño para intereses contrarios o ajenos a su naturaleza, ni ella como unidad substancial, ni los elementos que la integran en lo orgánico, afectivo o espiritual.⁴

La persona con discapacidad es una persona y, como tal, un ser único e irrepetible, insustituible. Tiene, por tanto, fallas y defectos como todo el mundo, es decir, limitaciones que aparecerían aunque no fuera subnormal.

Perspectiva social

La sociedad actual está en un proceso de cambio que en algunos aspectos ha dejado de considerar lo tradicional como lo verdadero y trascendente;

que busca nuevos caminos; que considera que el ser humano tiene enormes potencialidades y que, definitivamente, son necesarios los cambios.

Los medios de comunicación, cada día con mayor eficiencia, comunican a millones de personas la gran cantidad de cambios que se presentan en todo momento y en la totalidad de los ámbitos de la actividad humana. Por supuesto que tal eficiencia da como resultado una tendencia a cambiar para "estar a la moda", de tal modo que probablemente la norma más característica de nuestros días es la tendencia al cambio.

Dentro de esta sociedad en constante cambio, es importante señalar también la creciente inclinación hacia el no seguimiento de normas, leyes o principios que de alguna manera pudieran representar una limitación. La base de esta búsqueda de la verdad y la libertad posiblemente sea buena, sin embargo, las consecuencias o las expresiones tienen como resultado una pérdida sistemática de la moralidad y un creciente número de acciones y personas inmorales.

La tendencia a la permisividad es cada vez más notoria ante una búsqueda del desarrollo de la persona y muchas veces una falta de resistencia a la presión del ambiente. Pareciera que en un tiempo todo, o casi todo, estaba prohibido y que de pronto es necesario liberar las conciencias y otorgar más y más permisos, a tal grado que no es tan importante el objeto del permiso, sino el permiso mismo.

En forma paralela a esta tendencia a lograr permisos, aparece una creciente tolerancia por parte de todos aquéllos que tienen algo por decir, como son los padres de familia, las instituciones y otros, y así se va creando un ambiente de amoralidad y una inclinación a considerar que no hay nada malo y que todo es posible en ciertas condiciones, con lo que cada vez es más difícil identificar los criterios morales.⁵

En un mundo en donde, en algún momento, se considera la riqueza y el poder como la medida de todo, la moral se ve como un cuerpo extraño y remoto. Se hace difícil presentar la moral como razonable. El concepto de moral se relaciona con lo que cada grupo social define como "lo bueno", "lo que está bien", el comportamiento concreto o la vivencia que tienen los hombres de los valores morales.⁶

La moralidad es la conformidad de la conducta humana, es decir, de los actos libres voluntarios del hombre con su naturaleza racional, considerada en sí misma y en el marco de todas sus relaciones. Estas

últimas incluyen al hombre mismo, a su prójimo y al mundo circundante.

Sin embargo, no todo es negativo, pues en esta línea de cambio social también identificamos una constante búsqueda de superación en la sociedad y en las familias, y por ello nos encontramos aquí.

La preeminencia otorgada hoy día al erotismo, exacerbada en los medios de comunicación, puede confundir, y de hecho lo hace.

Los medios de comunicación envían mensajes a través de la T.V. y el cine, mediante escenas en las que los galanes conquistan a las muchachas; estas se dejan seducir rápida y apasionadamente, ambos muestran un enamoramiento instantáneo y esto aparece como lo más extraordinario de la vida: todo el ambiente gira alrededor de dar salida a los impulsos. También los anuncios utilizan el valor seducción para cualquier producto: anuncian un perfume o un enjuague bucal y todos al instante hallan un extraordinario compañero. Todas estas imágenes llenan la mente de los jóvenes, por lo que con frecuencia se encuentran confundidos por las diferencias entre los criterios que se manejan socialmente respecto a la conducta y los criterios que los padres “tradicionales” manejan en casa. Un ejemplo de ello podría ser el que, socialmente, todas las formas de satisfacción de la sexualidad se transformen en “derechos” del individuo indiscriminadamente.

Se puede llegar a ver el sexo como una simple función que puede intercambiarse a voluntad, a simple cumplimiento de un papel, el papel de consumidor, etc. Se justifica la mentira, el tomar cosas ajenas, etc., y todo ello se vuelve cultura.

Desarrollo y conducta

El desarrollo físico en las personas con discapacidad no suele ir paralelo al desarrollo intelectual, psíquico, emocional y social. La persona con discapacidad fisiológicamente se va haciendo adulto y en lo psíquico se mantiene como niño.

La limitación intelectual influye en todos los aspectos de la persona: en el funcionamiento adaptativo; en la vida afectiva; en la autonomía personal, dificultando la integración social. Por tanto, las necesidades de supervisión y protección son constantes, así como la ayuda financiera.

Al no poder ser totalmente responsable de su conducta puede caer fácilmente en conductas erráticas.

Elio Sgreccia, Kevin O'Rourke y otros biotecnistas personalistas han escrito en relación con las personas con discapacidad, que tienen el derecho a tener alguien que los tutoree y que el tutor tiene la responsabilidad de cuidarlo, aún en lo relativo al manejo de la sexualidad. Asimismo, afirman que el Estado debe proporcionar un tutor para el resto de la vida.

El ser humano pasa por diferentes etapas de desarrollo con características tanto físicas como psicológicas y cada etapa es una preparación para la siguiente y este proceso está determinado por el desarrollo de cada esfera en particular: motora, intelectual, física, afectiva y social, aún en las personas con discapacidad.

Los impulsos son en esencia iguales para todos los individuos de la especie, la diferencia en cada sujeto (y por ello personal), es el modo en que se manejan los impulsos. Las pautas de conducta empiezan a chocar con las respuestas y barreras que el mundo circundante impone al hombre. De la conducta del sujeto se derivan gratificaciones y castigos que se traducen en vivencias de agrado y desagrado, de aprobación, de desaprobación y, en consecuencia, las formas de conducta primitiva se modifican. El adaptar las formas de conducta primitiva a las exigencias del medio es educarse, es conseguir "ese ajuste característico al medio".

La corteza cerebral tiene como función la inhibición. Los inhibidores corticales son la barrera para impulsos que emanan de la propia corteza y del cerebro interno. Jackson describe la jerarquización de funciones y sistemas en virtud de la cual los niveles inferiores más simples y automáticos se someten a los superiores, primariamente desorganizados, como el proceso neurológico en el cual se asienta el proceso integrativo de los diferentes planos de la personalidad. El proceso equivale a una progresiva centralización de funciones, merced al cada vez mayor control de la corteza cerebral sobre niveles inferiores.⁷

La experiencia va limitando la manifestación de la conducta primitiva y la transforma en formas socializadas de reacción. La persona dejará de responder a sus impulsos y a los estímulos del medio ambiente en forma primitiva y en mayor o menor medida lo hará como su experiencia y aprendizaje le indiquen. La conducta es, por tanto, la resultante del juego de fuerzas entre los planos superior e inferior de la personalidad puestos

en juego en el ambiente. El desarrollo consiste en el sometimiento de los planos inferiores, de la conducta primitiva, de los impulsos. El control de impulsos, el dominio de sí, es una tarea que dura toda la vida, en todas las edades de la vida se presenta, y no se le considera adquirido de una vez para siempre. La persona es el único ser vivo capaz de controlar impulsos, tanto agresivos como sexuales.

La educación abarca la enseñanza, la instrucción, la orientación dirigida a lograr el desarrollo armonioso de todas sus potencias, facultades y capacidades —físicas, mentales, emocionales, sociales y morales—, preparándolo al individuo para vivir, con la finalidad de ayudar a cada persona a hacer de sí misma todo aquello para lo que está capacitado.

La formación de hábitos es el aprender a percibir, a actuar, a pensar en forma determinada bajo circunstancias especiales como se ha hecho en el pasado, se forman con base en repeticiones y constituyen un punto importante en la educación.⁸

En las relaciones consigo mismo, en las interpersonales, con el entorno, etc. surgen y se van reforzando diferentes actitudes: de respeto, de responsabilidad, de obediencia, de orden, de aprender a colaborar, de participar en juegos; también se refuerzan valores: generosidad, sinceridad, veracidad, lealtad, justicia, honradez, laboriosidad, etc. en forma distinta según la persona. En un palabra, en la medida que la persona se desarrolla va jerarquizando necesidades.

La educación de la voluntad, esto es, la libertad de decidir, querer o no querer y la educación del autocontrol, tienen un papel preponderante en la educación. La educación de la afectividad incluye los sentimientos, emociones y afectos y el encauzamiento de los impulsos y de las pasiones. La educación en todos estos aspectos va igualmente dirigida tanto a personas normales como a aquéllos con limitaciones mentales.

Diálogo

Al inicio de la vida, el niño es receptivo, acepta sin que se le pida nada a cambio, es egocéntrico y expresa sus necesidades como si el mundo girara en torno suyo. Conforme va creciendo, las relaciones que se establecen implican un intercambio: se da y se recibe. En esta relación de interdependencia el diálogo juega un papel fundamental en el desarrollo personal.⁹

Para que esto se dé, se requiere de una capacidad de escucha tanto hacia uno mismo —para poder comunicar con autenticidad—, como hacia el otro para poder escucharlo. Conlleva, asimismo, una actitud de respeto y de reconocimiento en el otro, de un valor o dignidad igual a la propia.

El niño socializa y aprende formas de conducta a través del diálogo. Asimismo crece en libertad, en responsabilidad, en autenticidad, en autoaceptación, en la adquisición de nuevas formas de comportamiento, y se modela a través del diálogo. Se enfatiza el diálogo porque el control de impulsos y la educación sexual se llevan a cabo a través de un diálogo; lo opuesto a ello puede asumir varias modalidades: el mandato, la imposición y la manipulación. En estas formas no se toma al otro como *persona*. El antidiálogo consiste en que el emisor se apropia la exclusividad, sólo él tiene la palabra y busca que sucedan las cosas como él ha decidido. No permite que el otro sugiera, opine o responda. El otro no vale nada, no tiene derecho a hablar, menos aún, a oponerse con un punto de vista diferente.¹⁰

Intimidad

¿Qué es la intimidad? La cultura ha devaluado su significado y a menudo sólo tiene la connotación de sexualidad física, sin embargo, el verdadero significado podría resumirse en “saber compartir el corazón y el espíritu”.

La experiencia de intimidad se aplica a todos: hombre y mujer, soltero o casado, ... a cualquier tipo de vida donde la gente se compromete a crecer en y a través de una relación. La intimidad, esto es, el compartir experiencias, permite que las personas crezcan juntas.

El primer requisito para la intimidad es, valga la redundancia, la intimidad consigo mismo. El buscar la intimidad fuera de nosotros significa el no tenerla y no poder llegar a compartirla. Para poder lograrla con otra persona lo primero es la identidad, ¿quién soy yo? Conocer quién soy, qué siento, qué pienso, cuáles son mis valores, qué es importante para mí y qué quiero, y qué no quiero. Para poder compartir lo mío es indispensable conocerme, descubrir quién soy yo. En la intimidad se va del yo al nosotros.¹¹

Las personas con adicciones no pueden lograr la intimidad porque la adicción se usa para apagar los sistemas de información internos y, por

tanto, no pueden estar abiertos a la información personal (de sí mismos), de lo que sienten, piensan y de quiénes son realmente.

Schaef resume la naturaleza de la intimidad y su relación con el crecimiento personal como sigue: “yo creo que la intimidad consigo mismo es simplemente estar presente uno mismo y después tener la capacidad de traer ese sí mismo en la relación con otro. Por tanto, enfatiza que para tener intimidad con otra persona uno debe tener primero intimidad consigo mismo”.¹²

¿Cómo sucede la intimidad? ¿Cuáles son los pasos para llegar a esa intimidad? Una de las habilidades más importantes para lograrla es el *darse cuenta*. Darse cuenta o conocer quién es realmente una persona: cuáles son sus necesidades básicas, cuándo debe ir al baño, cuándo tiene hambre, cuándo se siente cansado, cuándo le gusta o le disgusta algo, cuándo desea o no desea algo, cuándo se lastima, se enoja, se asusta, se siente solo, necesitado, feliz, a gusto. La intimidad con nosotros mismos, por tanto, se desarrolla cuando estamos conscientes de nuestros sentimientos, necesidades, miedos, desilusiones y sueños. Cuando no hay una claridad interior no tenemos un yo que entregar al otro. Tener esta claridad supone tiempo y organización. Muchas personas no tienen conocimiento de sí mismos y desconocen lo que sienten, piensan y quieren, de manera que difícilmente pueden llegar a comunicarse con el otro.¹³

El “darse cuenta” (tener conocimiento), “el hacer un espacio”, son los pasos para lograr una intimidad consigo mismo, con otros y con Dios. El darse cuenta y el hacer un espacio son las expresiones de la totalidad del cuerpo, del hombre integral, de poder valorarse moralmente.¹⁴

Erikson define el compromiso principal de la intimidad: a veces podemos enamorarnos o buscar intimidades, pero “la intimidad es la capacidad para comprometerse en afiliaciones concretas que puedan implicar sacrificios y responsabilidades”. Por tanto, “intimidad” no es sinónimo de expresiones sexuales o de implicaciones románticas, sino que se refiere a una expresión personal y a una mutualidad compartida que se vive en un rango variado de relaciones: amistad, familia, trabajo, vida de comunidad, etc.¹⁵ La intimidad puede darse tanto en lo intelectual, como en lo afectivo, lo social, lo recreativo y lo sexual.

La intimidad se desarrolla en la familia: cuando los esposos saben compartir su identidad los hijos aprenden a compartir la intimidad.

Algunos ejemplos de ello son ofrecer al hijo una hora para pasarla íntimamente, en la forma en que cada uno decida, ya sea caminando, yendo de compras; ayudarlo en su tarea, etc. lo que puede requerir tan sólo unos cuantos minutos al día. La familia se mantiene unida cuando se comparte la intimidad.

La relación interpersonal que perdura llevará a ambos a crecer emocional y espiritualmente y en todas formas. Las relaciones sanas llevan a un crecimiento en la presencia de uno y otro, en su trabajo y en toda la vida. La tarea en una relación interpersonal es crecer a través de ella. Lo importante es la calidad de la presencia de sí mismo y de otros.

La intimidad es una necesidad más profunda e integradora. La caricia puede ser usada en formas no-genitales para llenar la necesidad de intimidad. Virginia Satir dice que los niños, y también los adultos, necesitamos: 4 abrazos diarios para sobrevivir, 8 para conservarnos, pero 12 para realmente crecer.

El hombre desea cercanía e intimidad tanto como la mujer, pero no saben cómo encontrar su expresión masculina y muy frecuentemente están fuera de contacto con su propia necesidad de tal cercanía. La soledad del hombre puede relacionarse con la incapacidad de compartir sus sentimientos o aún conocer cómo se siente.

Amistad

La educación para la amistad es de extraordinaria importancia. La amistad empieza en el encuentro, en la aprobación, en la aceptación del otro tal como es. Sentirse amado de este modo permite a cada uno sentirse y aceptarse en la propia realidad.¹⁷

La amistad implica una comunicación que permite y favorece la verdadera comunión por la recíproca generosidad y la estabilidad. Los vínculos de amistad entre jóvenes de distinto sexo implican comprensión y la estima recíproca, siempre que las manifestaciones se mantengan en los límites de las expresiones afectivas normales. Si se convierten o tienden a convertirse en manifestaciones genitales, esos vínculos pierden el auténtico significado de amistad.

La creación de relaciones profundas y duraderas con otros seres humanos es importante para el bienestar, pues el amar y el ser amado se

consideran como necesidad básica. Para que una persona se desarrolle necesita afecto y desarrollar la capacidad de amar y de intercambiar afecto de persona a persona. Se crece aumentando la capacidad de amar, de dar y de darse en la gratitud.

Es importante señalar y diferenciar los profundos deseos de afecto y cariño, de comunicación íntima, con las necesidades y apetencias genitales.

La unión física no es la única expresión de una relación afectiva heterosexual. Esta es la expresión de la conyugalidad, de la pertenencia responsable, mutua y exclusiva entre dos personas. Es el símbolo de la entrega total por parte del otro o de la otra.¹⁸

Los jóvenes pueden canalizar la energía sexual en actividades en donde puedan expresarse: baile, canto, música, teatro, poesía, deportes, pintura, contacto con la naturaleza, etc. Asimismo se puede transformar la energía en creaciones artísticas y lograr relaciones afectivas desprovistas de un matiz sexual, a diferencia de las relaciones superficiales que llevan al apasionamiento y desorientan a los jóvenes.

Cuando los impulsos sexuales se engloban en una sexualidad puramente genital, la manifestación va a ser genital y en forma persistente. Los sentimientos y emociones sexuales necesitan un espacio para expresarse. Cuando lo hay, se da normalmente la expresión de la cercanía física, en abrazos y caricias. Se pueden distinguir dos tipos de caricias: las que expresan una cercanía afectiva que reafirma y da seguridad a la persona, como una palmada, y aquélla que es la excitación sexual que implica "el deseo".

Todos necesitamos una cercanía y lo hacemos al saludar, al abrazar y al demostrar gusto ante la presencia de quienes apreciamos. Esta manera de relacionarse espontáneamente no tiene un matiz genital. Cuando todo se ve a través de lo genital, el tocarse se vuelve una expresión genital.¹⁹

La persona puede ser directa o indirectamente genital: se arregla, se viste, se peina, coquetea. Algunas veces la persona reprime la manifestación sana de la sexualidad, de tal manera que no puede reconocer el maravilloso potencial creativo de esta, el cual no está restringido a una expresión física.

Hay maneras de canalizar, de hacer un espacio, de tal manera que la sabiduría innata de nuestro cuerpo pueda manifestar la sexualidad en su

equilibrio. Cuando no hay un espacio para expresarse sanamente, la persona puede encontrarse enmarañada en patrones adictivos, los cuales pueden deberse, en algunos casos, a controles represivos de los impulsos sexuales. Hay personas que se vuelven adictas a la relación genital, algunas a un estado de ánimo de “romanticismo”, y así buscan un romance después de otro, y también hay otras personas adictas a buscar “una pareja” después de otra.²⁰

Sexualidad

Desde las 7 semanas de embarazo se define el sexo del embrión, y ya existe un desarrollo del aparato genital masculino o femenino. El niño nace con un sexo anatómico, cromosómico, genético, social y cultural. La persona, por tanto, es sexuada desde su nacimiento; la distinción entre varón y mujer es dada en lo biológico, en lo psicológico, en lo afectivo y en lo espiritual.

La distinción entre los sexos se hace desde las actitudes familiares y sociales, manifestándose en el arreglo personal, en el vestido, en las costumbres, en el modo de tratar a los niños.

Desde pequeños hay actitudes diferentes hacia cada sexo, se tiende a vestir más a las niñas y menos a los niños. En la familia se van incorporando los sentimientos en relación a la sexualidad: sucio, malo, feo, o la aceptación a las expresiones positivas. Se permite hablar de temas sexuales, como el nacimiento de los hijos y las diferencias sexuales, etc.

La educación sexual se inicia en la familia desde la educación en el pudor. Este es un elemento fundamental en la personalidad y se puede considerar, en el plano educativo, como la conciencia vigilante en defensa de la dignidad del hombre y del amor auténtico. El pudor se manifiesta ante ciertas actitudes y comportamientos que lesionan la dignidad de la persona.

El pudor se educa desde el nacimiento en los hábitos del aseo personal, baño, e intimidad en todas las funciones. El pudor que los padres van a inculcar en sus hijos va a estar relacionado con el pudor, intimidad y límites que se dan habitualmente en la familia.

Los niños con limitaciones con frecuencia se ven expuestos, en su aseo personal, a que sean muchas las personas encargadas de asearlo, sin

tomar en cuenta su intimidad. Esto puede prolongarse por más años que en los niños normales, por sus necesidades de dependencia y problemas en el desarrollo, y por lo tanto se lleva a cabo ante muchas personas y en todo lugar. En mi experiencia me he encontrado adolescentes que no han sido educados en este sentido, en cuyas casas no se ha fomentado la intimidad. Este es el caso de una niña que de pequeña fue bañada por una u otra persona o bien el hermano mayor la cambiaba, siendo este sólo dos años mayor, y al ir al baño, por la necesidad de la madre de cuidarla, nunca se cerró la puerta, por tanto, en la escuela llevó a un compañero a que la viera en el baño, sin tener idea de lo que es la intimidad.

Como parte de la educación sexual en todos los niños, desde pequeños se educa el aprender a valorar su propio cuerpo y respetarlo en todos aspectos, cuidados, físicos, afectivos y de daño por parte del prójimo.

En la educación del pudor se aprende cuándo hablar de algo íntimo, de sus necesidades fisiológicas, etc., en dónde y con quién, en un ambiente de intimidad y de respeto, de lo contrario se expone a la persona, o se le permite exponerse socialmente, a una falta de respeto a su dignidad.

La sexualidad humana es un fenómeno psíquico. La conducta sexual no se puede explicar totalmente a nivel psicológico, sin embargo, la dimensión psíquica del comportamiento sexual es de gran importancia.

La sexualidad, es decir, la distinción entre varón y mujer, iguales y a la vez diferentes, caracteriza al uno y al otro no sólo en el plano físico sino también en el psicológico, afectivo y espiritual. La sexualidad se origina en la persona a partir de un hecho biológico (sexo masculino o femenino), y tiene en la genitalidad su máxima expresión, mas no se circunscribe a esta. El hombre no puede someter sus demás manifestaciones a la sexualidad, pues esta es un modo peculiar de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, de expresar y de vivir. La sexualidad, componente constitutivo e importantísimo de la persona, contribuye de manera decisiva a la integración de esta en sí misma.

La sexualidad participa necesariamente de la unidad de la persona, de suerte que los diferentes aspectos que la componen, el biológico, el psicológico y el espiritual, deben confluir e integrarse de acuerdo con su particular finalidad y función natural, y esto dentro de la armonía inherente a la finalidad integradora de la sexualidad misma y de la jerarquía de valores de la persona. Por ello atenta contra la dignidad y

unidad de la persona la arbitraria desintegración entre sexualidad y compromiso responsable, entre sexualidad y valores éticos del amor, entre sexualidad y matrimonio, entre actividad genital y generación, entre uso del sexo y conducta moral.²¹

La sexualidad, por lo tanto, no se puede aislar de la razón, ni de la madurez afectiva y va íntimamente ligada a los valores, al compromiso total de la persona. La sexualidad orientada, elevada e integrada al amor, adquiere verdadera calidad humana. La sexualidad concierne a la afectividad, a la capacidad de amar y de procrear, y de manera más general, a la aptitud para establecer vínculos de comunión con el otro.²²

La sexualidad en la que se expresa la pertenencia del hombre al mundo corporal y biológico se hace personal y verdaderamente humana cuando está integrada en la relación de persona a persona, en el don mutuo y temporalmente ilimitado del hombre y de la mujer. La sexualidad, mediante la cual el hombre y la mujer se dan uno al otro en una relación íntima no es algo puramente biológico, sino que afecta al núcleo íntimo de la persona humana en cuanto tal. Se realiza de modo verdaderamente humano solamente cuando es parte integral de una relación en la que el hombre y la mujer se comprometen entre sí.²³

Relación sexual

La persona expresa su amor, o sea el don de sí, a otra persona sujeto de amor. La relación no se termina en la fusión biológica, sino que trasciende a la dimensión psicológica, afectiva y espiritual y aun sobrenatural de la persona. La donación es un signo en que está presente toda la persona; esta donación se hace en el matrimonio, en la relación conyugal en elección consciente y libre, con la que el hombre y la mujer aceptan la comunidad íntima de vida y de amor.²⁴

El placer sensible psicológico y espiritual es inherente a la naturaleza humana; se manifiesta en un amor de donación, de unidad, de permanencia, de finalidad y de fecundidad física o espiritual, y por su naturaleza esencial conlleva un estado de vida firme, permanente, propiciando un crecimiento en el amor.

La relación sexual puede ser una manifestación desintegradora porque se busca solamente la satisfacción corporal reducida a su

dimensión genital, separada, las más de las veces, de los valores psicológicos y espirituales que definen el significado de la sexualidad humana. Fuera de esto, es contraria a la dignidad de la persona y se vuelve una pasión; la persona así se convierte de sujeto en objeto del propio placer, en instrumento, en cosa, especialmente a la mujer. Se establece como fin primario el placer y no como medio de comunicación del mutuo amor, y entonces se convierte en un hecho biológico con exclusión de los valores superiores de la persona.²⁵

La práctica de la sexualidad genital centrada en la satisfacción egoísta de “haberlo conseguido”, sin una relación personal y verdadera con el OTRO, sin diálogo, sin ternura, tendería a aprovecharse del otro para satisfacer las propias necesidades de autoafirmación.

Las relaciones centradas en la sexualidad genital, huérfanas de amor, no favorecerían el crecimiento de ninguno de los dos. Se crece aumentando la capacidad de amar, de dar y de darse en la gratitud y en sentido de responsabilidad.

Jean Vanier menciona que “se habla mucho del derecho al placer de las personas que tienen una desventaja mental, se habla menos de su derecho a ser amadas y respetadas en la totalidad de su ser, y de su derecho a tener una vida fecunda”. La fecundidad supone, en el caso de fecundidad personal y espiritual, el establecer una relación de amor que amplía su esfera de libertad, se le hace florecer y fructificar las posibilidades ocultas contenidas en él. La fecundidad nunca otorga posesión del otro, mas sí relaciona en el mutuo respeto, dos vidas autónomas.²⁵

Educación sexual

Es responsabilidad de ambos padres la educación de los hijos desde su nacimiento; el compromiso está implícito en la paternidad.

La educación sexual es un proceso permanente, como toda educación, desde el nacimiento, y no una clase dictada de prisa por los padres poco antes de la adolescencia. La educación sexual no se reduce a simple materia de enseñanza o a sólo conocimientos teóricos, ni a un programa a desarrollar progresivamente.

Tomando en cuenta la importancia de la educación sexual en la formación integral de la persona, la información y la orientación biológica,

psicológica y social debe estar íntimamente unida a los valores de respeto, dignidad, responsabilidad y a los valores morales. Como objetivos tiene la integración del amor y la sexualidad humana, la maduración afectiva, el control de sí mismo y el manejo de la sexualidad por vías sanas de canalización.

La educación sexual corresponde a los padres y debe ir de acuerdo con los valores morales y familiares, valores de concepción de la vida, del amor y de sus creencias religiosas. Tomando en cuenta los diferentes niveles de comprensión de las personas con discapacidad, la educación sexual difícilmente podría darse en grupo, por tanto, idealmente, debe darse en forma individual. Para cualquier educación o formación en la sexualidad que se desee impartir en una institución, requiere de una comunicación previa con la familia y de su anuencia.

La educación sexual, como cualquier educación, puede realizarse a través del diálogo, tomando en cuenta la sensibilidad de la persona y su intimidad, asimismo se debe considerar, en personas discapacitadas, en qué espacio se puede hablar de su intimidad, y con qué lenguaje. El espacio en el que la persona con discapacidad hable de su intimidad va a ser un reflejo de lo que haya vivido, sea en el ambiente familiar como en la institución, así como la conducta será el reflejo de la permisividad o límites dados por estos mismos.

Los padres son modelos de la identidad, del rol y de las actitudes en las relaciones con el sexo opuesto, el modo del papá de tratar a mamá y el modo en que la mamá trata a papá van a modelar las actitudes hacia ambos sexos. El cómo se manifiestan los sentimientos y los afectos en casa a través del lenguaje corporal, verbal y en conducta va a ser modelo para los hijos. El arreglo personal y las actitudes de los padres en actividades como baño, aseo, etc. pueden ir matizados de seducción hacia los hijos y son estímulos sexuales que ellos difícilmente podrían manejar.

La instrucción que la escuela puede dar dentro de una materia de biología debe darse sin una implicación de erotismo, ya que esto determinaría una estimulación y permisividad en las relaciones interpersonales del grupo.

La estrecha colaboración entre la escuela y la familia podría ayudar a reforzar la pautas de conducta para no crear confusión y desorientación en los padres y en los hermanos de personas con discapacidad, por la diferencia de criterios.

En toda educación de personas normales, como de personas con discapacidad, es importante poner límites a la conducta en todos aspectos y que no constituya la discapacidad un ingrediente de lástima o de permisividad para la conducta en donde se le dé cabida a impulsos sexuales o agresivos.

Tomando en cuenta los diferentes niveles de comprensión de las personas con discapacidad, la educación sexual debe ser individual.

La familia, por medio de la educación, ofrece a los hijos un modelo de vida fundado en los valores morales, sociales y espirituales, esenciales para el desarrollo y bienestar de los miembros y de la sociedad. La familia debe decidir responsablemente su postura frente a la educación sexual. Frecuentemente, por miedo o desconocimiento por parte de los padres, se confía la educación sexual totalmente a la institución educativa y a los valores de esta.

La familia debe tomar parte en el uso moderado, crítico, vigilante y prudente de los medios de comunicación social, ante el impacto de los mensajes ideológicos, culturales y publicitarios que bombardean constantemente, transformando los valores de la vida humana.

Referencias bibliográficas

¹ KUNHARDT, Beatriz, *Curso de Moral Fundamental*. Impartido en San José del Altillio. México, 1992. p.17

² WRIGHT, Beatrice, citada por BUSCAGLIA, Leo, *Los discapacitados y sus padres*. Emecé. Buenos Aires, 1991. p.196.

³ KUNHARDT, Beatriz, *Op.cit.* p.9

⁴ *Moral y Sexualidad. Instrucción Pastoral*. Provincia Eclesiástica de México. México, 1988.p.18

⁵ RATZINGER, Joseph, MESSORI, Vittorio, *Informe sobre la Fé*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1985.p.92-93.

⁶ KUNHARDT, Beatriz, *Op. Cit.*

⁷ PEINADO, José, *Paidología*. Ed. Porrúa. México, 1988.

⁸ KELLY, W.A., *Psicología de la Educación*. Ediciones Morata. Madrid, 1961. p.173

⁹ KUNHARDT, Beatriz, *Op. Cit.* p.18.

¹⁰ GONZALEZ, Luis Jorge, *El diálogo trascendente en la Integración liberadora*. Citado por KUNHARDT, B., *Op.cit.*

¹¹ SCHAEF, Anne Wilson, *Escape from intimacy: The pseudo- relationship addictions*, Citada por MC MAHON, Edwin., CAMPBELL, Pete, *A bio-spiritual approach to sexuality*. Institute for Bio-Spiritual Research. Sheed & Ward, Kansas City, 1991.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem.*

¹⁴ MC MAHON, Edwin., CAMPBELL, Pete, *Op.cit.*p.12

¹⁵ DAVID, Isaacs, *La educación de las virtudes humanas*. Editora de Revistas S.A. de C.V. México, 1988.

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ CUYAS, Manuel S.J., *Sexualidad y fertilidad del lesionado medular y de otros grandes discapacitados físicos*. Medicina y Etica, 1991. p.23.

¹⁸ *Ibidem.*

¹⁹ MC MAHON, Edwin, CAMPBELL, Pete, *Op.cit.* p.9.

²⁰ *Ibidem.*

²¹ *Moral y Sexualidad. Instrucción Pastoral...*

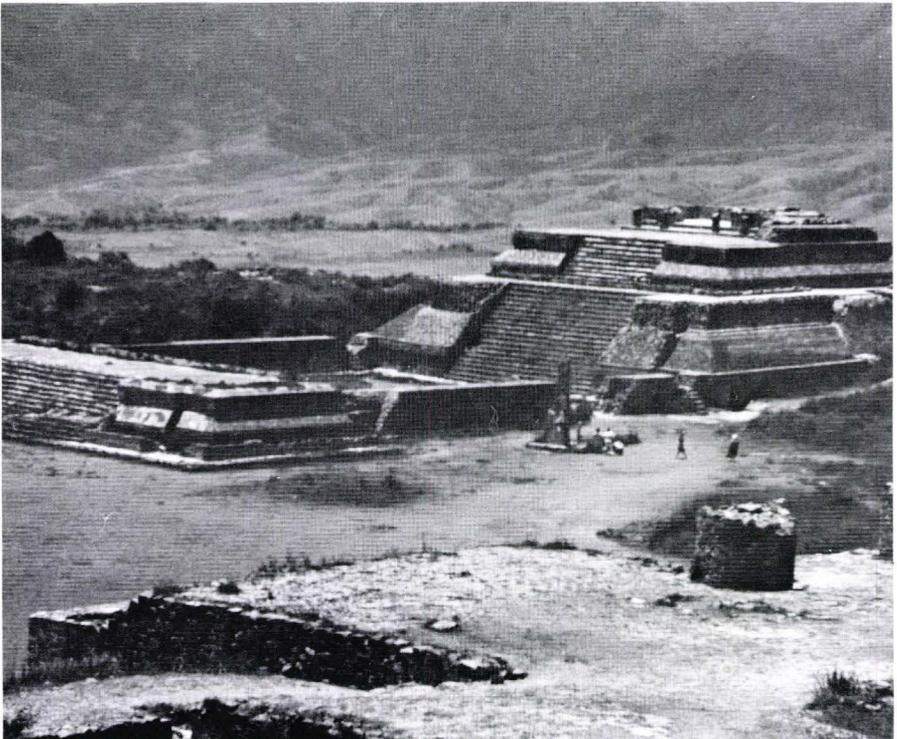
²² *Catecismo de la Iglesia Católica*. Asociación de Editores del Catecismo. Getafe. Madrid. 1992. p.511.

²³ *Ibidem.*

²⁴ *Moral y Sexualidad. Instrucción Pastoral...*

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ CUYAS, Manuel. S.J., *Op. Cit.* p.25



Estructura cuatro, Monte Albán, Oaxaca

Bioética y derecho *

*Francesco D'Agostino***

Resumen

El autor parte de la comprobación de la ausencia de una verdadera ciencia "biojurídica" y de su necesidad al interior de la reflexión bioética, a fin de proponer directrices jurídicas. Para desempeñar esta función considera útil redefinir preliminarmente el código epistemológico dentro del cual se puede pensar el derecho. Afirma que sólo el modelo definido como "relacional" es el adecuado para la construcción de una ciencia biojurídica. Este modelo ve en el derecho el sistema de defensa de la pretensión de un sujeto que por su naturaleza está en relación con los otros. De esto el autor deduce que el derecho puede garantizar sólo valores coherentes con la lógica de la relacionalidad; que no protege sólo esta última sino también la paridad ontológica de los coexistentes y que, finalmente, tiene como ámbito propio el sistema de las acciones sociales. El estudio se ocupa, por último, de la enunciación de lo que, según el autor, son las tareas de la "biojurídica"; demuestra la correspondencia, desde el punto de vista práctico, del modelo esbozado y refiere la aplicación del mismo a dos temas de candente actualidad, la eutanasia y la fecundación artificial.

* Comunicación presentada en el Simposio Europeo de Bioética (Santiago de Compostela, 14 de mayo de 1993).

** Catedrático de Filosofía del Derecho en la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Roma "Tor Vergata". Miembro del Comité Nacional para la Bioética.

Esta comunicación se basa en dos premisas que consideramos compartidas por la generalidad y que, en consecuencia, no serán ulteriormente argumentadas. La primera es que la reflexión bioética está adquiriendo en la *Weltanschauung* de la modernidad una centralidad interdisciplinaria absolutamente indiscutible; la segunda es que la ciencia del derecho debe hacer al respecto su propia y coherente aportación, superando prejuicios psicológicos y dificultades metodológicas que la mantenían, hasta ahora —y no sólo al interior de la reflexión bioética—, en un estado de indebida marginación epistemológica.

Esta marginación tiene razones muy precisas.¹ Considérese, en efecto, que en las sociedades de alta complejidad la dimensión ética —cualesquiera que sean sus contenidos efectivos (notoriamente controvertidos)— es muy apreciada, mientras la consideración común que se tiene del derecho es en general de bajo perfil —y no siempre equivocadamente. La sociedad civil pone pocas esperanzas en la doctrina de los juristas y en general se duda que pueda aportar algo determinante a la solución de los problemas contemporáneos. Ha cambiado, en la opinión común, el fundamento de validez del derecho: este —explicaba Luhmann— “no vale por cualidades inmanentes a las normas, sino por el hecho de que podría ser cambiado y, así, por su contingencia”.² Pero la contingencia no merece respeto en cuanto tal, a lo más, sólo pide ser vivida.

Para sustraerse al malestar que produce esta situación, los juristas tienden a construir, por así decir, una inaccesible torre de marfil y a acantonarse en ella, elaborando teorías, doctrinas y terminologías que los defiendan de las tentaciones (¿o de las agresiones?) de una transdisciplinarietà que los obligue a reflexionar, hasta el fondo, en aquello que no puede darse de *contingente* en su específico ámbito epistemológico. Sin embargo, los resultados de esta actitud se vuelven en general contra aquellos que se hacen sus promotores: piénsese, por ejemplo, que lo que debería ser considerado como el más noble esfuerzo de la doctrina *jurídica* del Novecientos —la construcción de la teoría de los derechos humanos— continúa siendo comúnmente valorado según una óptica ético-política y sólo marginalmente jurídica.

Estas observaciones pueden ser útiles para explicar lo que de otro modo parecería como una paradoja irresoluble. Que la discusión bioética deba tener una necesaria e imprescindible restricción jurídica nadie lo

pone en duda, sin embargo, cómo se debe legislar en el ámbito bioético sigue pareciendo terriblemente vago y problemático. Frente a la corpulenta consistencia, incluso académica, alcanzada ya por la bioética —en el sentido muy general de *ética de la vida*— no podemos sino advertir la grave ausencia de una *biojurídica* tanto a nivel doctrinal como a nivel de normatividad positiva.³ Y no es que falten normas en la materia, en diversos ordenamientos, incluso articuladas en particular, que a menudo se remiten explícitamente a las grandes *Declaraciones* internacionales (como las de las Naciones Unidas), pero parecen responder más a la lógica de la *política* social que a la específica de la organización jurídica del vivir. En una palabra, pocas entre ellas parecen suponer en el legislador al jurista más que al político. Y sin embargo —por lo menos a largo plazo— lo que la bioética pide al legislador es sólo un *buen derecho*, esto es, no la formalización de opciones *políticas* (que son siempre opciones ideológicas, es decir, por su intrínseca necesidad, contingentes y de parte), sino la individualización de directrices *jurídicas*, gracias a las cuales puedan encontrarse diversas opciones ideológico-políticas no según la dialéctica mayoría-minoría (que no puede sino ser estrictamente política), sino según aquella que es, en cambio, la propiamente jurídica, de *la promoción del interés común de todos en una justa coexistencia social*. Ahora bien, el legislador positivo, para que pueda desempeñar esta función —que por lo demás le pertenece constitutiva, aunque no exclusivamente—, tiene necesidad del apoyo de una adecuada epistemología de elaboración jurídica. Y es precisamente a este nivel en el que se manifiestan las carencias doctrinales más significativas.

La dificultad de fundamentar una adecuada biojurídica parece depender, por lo menos en parte, de la dificultad, que es característica de la moderna ciencia del derecho, de entenderse de manera unívoca a sí misma. La ausencia de un unívoco estatuto epistemológico ha llevado a los juristas a la elaboración de diversos paradigmas, a veces paralelos, a veces contradictorios, a veces sólo superponibles de manera parcial, pero todos significativamente presentes en la cultura jurídica de la modernidad. Lo que crea dificultades cognoscitivas y ambigüedades interpretativas importantes, que son fuente de desorden sistémico, y que son también, en muchos casos, maliciosamente explotadas. Se sigue de ello que para reflexionar correctamente sobre normas de derecho

positivo que tengan relevancia bioética (tanto en la perspectiva del *jus conditum* como en la del *jus condendum*) es necesario hacer una fatigosa labor preliminar: la de poner al fuego el código epistemológico dentro del cual se pretende pensar y proponer el derecho. Es un trabajo esencial e irrenunciable, aunque sólo sea porque nos ayuda a descubrir cómo no todos los paradigmas hoy en boga son adecuados para la construcción de una biojurídica adecuada.

En gracia de la brevedad, se pueden condensar los diversos paradigmas a los que hemos aludido en cuatro fundamentales (que, en la experiencia concreta, también pueden interactuar recíprocamente).

El primer paradigma es el *formalista*. Según este paradigma, lo específico de la juridicidad no consiste en el contenido material de las normas, cuya determinación competiría únicamente al “legislador”, sino únicamente en su estructura formal (esto es, las normas no serían otra cosa que imperativos sancionados por el “poder”). En otras palabras, los juristas no tendrían competencia alguna respecto de los problemas éticos, en cuanto “científicos” del derecho. Se trataría siempre y en cualquier caso de problemas *políticos*, en principio no tematizables en clave jurídica, sino sólo ideológica. Frente a una eventual legislación en materia bioética, la tarea de los juristas debería ser, pues, absolutamente extrínseca (la de, por ejemplo, proponer soluciones para eventuales antinomias presentes en el ordenamiento). Evidentemente, quien adopta este paradigma no puede considerar imaginable, ni siquiera en línea de principio, una “biojurídica”. Puede ser útil observar que este paradigma —que por lo demás desde un punto de vista teórico es indudablemente frágil y de todos modos anticuado— a veces se lo apropian incluso algunos estudiosos de la bioética, carentes de cultura jurídica, poco sensibles al carácter interdisciplinario del mismo saber bioético e inclinados más bien a pensar el derecho como mera, obligada y extrínseca formalización de previas decisiones éticas y/o políticas.

El segundo paradigma podría ser definido como *individualista-libertario*. Este paradigma supone como premisa que en las sociedades de alta complejidad no puede dejar de imperar un irreductible pluralismo ético y que, en consecuencia, mediante el derecho no puede ni debe vehicularse ninguna función educativa o promocional. A diferencia del anterior, este paradigma no asigna al derecho, sin embargo, una función puramente formal, sino aquella —de alguna manera sustancial— de ga-

rantizar a cada uno en particular el derecho a la propia privacidad y a la más total autonomía en las opciones personales (según el principio de que “cada uno tiene el derecho de juzgar por sí mismo”). El derecho se vuelve de esta manera un mero sistema de defensa de los *derechos* individuales, entendidos, no obstante, en el sentido sumamente reductivo de conjunto de *pretensiones* no fundadas en otra cosa que en el hecho de que son objetiva y públicamente manifestadas por los interesados en particular.

De estas premisas se siguen algunas consecuencias relevantes. En primer lugar, que no existen derechos *en sí*, sino sólo aquellos derechos que son reconocidos a un *sujeto* que los reivindica. Este paradigma, caracterizado por una fuerte tensión *antipaternalista*,⁴ no concede espacio alguno a los derechos no reivindicados y, en consecuencia, tampoco a los derechos de quien no tiene voz para reivindicarlos. Es en esta perspectiva, por ejemplo, en la que Engelhardt afirma que no todos los individuos son personas, sino sólo aquellos capaces de entender y de querer y que, por tanto, poseen un estado moral intrínseco.⁵ Por consiguiente, serían excluidos los fetos y adultos gravemente retrasados, por quien comparte esta perspectiva, de entre el número de las “personas”, ya que “están fuera del santuario interior de la moral”.⁶

La coherencia querría que, a la luz de este paradigma, no sólo a los fetos y discapacitados sino incluso a los menores de edad se les negaran sus derechos (o porque no pueden materialmente reivindicarlo o en cualquier caso porque, en cuanto considerados incapaces de entender y de querer, no se debería reconocer relevancia jurídica a sus reivindicaciones). Los que comúnmente son considerados como derechos de los menores no deberían ser entendidos de otro modo —a la luz de este paradigma— que como los derechos que son proyectados sobre ellos por quienes los tienen en potestad o en tutela o, en todo caso, en su esfera de disponibilidad.

Al tercer paradigma se puede calificar como *procedural*, o definirlo, recurriendo a un léxico de derivación sociológica, como el de la *adaptación*. Es un paradigma mucho más sofisticado que los precedentes. Percibe la imposibilidad de fundamentar lo social como mera agregación de intereses subjetivistas de los individuos en particular (como pretende hacer el paradigma individualista), y considera que no pueden existir criterios de cálculo efectivos para resolver las innumerables hipótesis de

conflicto que pueden surgir entre los individuos al ascender al rango de derecho a cada una de sus pretensiones privadas y subjetivas y, por tanto, las considera merecedoras de protección. Este paradigma, por lo demás, concuerda con el precedente al considerar como imposibles de proponer los principios éticos objetivos como adecuado fundamento de la normatividad positiva. La solución se sitúa en asignar al derecho la tarea específica de defender una *ética convencional pública*, que fije de manera universalista (esto es, válida para todos) los *procedimientos* de gestión públicamente acordados de cada uno de los problemas sociales. Obsérvese que estos procedimientos son adoptados como válidos y vinculantes exclusivamente sobre bases convencionales y que, en consecuencia, no pueden ser arbitrariamente alterados por los individuos que participan en el juego social, en nombre de una visión privada de la realidad ética. Es evidente que, respecto de los anteriores, este tercer paradigma posee una indiscutible (aunque de alguna manera provisional) vinculabilidad, que se justifica al proponer una profunda confianza en la racionalidad del acuerdo político que surge de la dialéctica democrática. Es por esta razón por la que dicho paradigma no tiene necesariamente un carácter escéptico y/o relativista, sino que parece más bien hacer realidad plenamente lo que Rorty ha definido como *la prioridad de la democracia sobre la filosofía*,⁷ y puede muy bien adaptarse tanto a los horizontes del “pensamiento débil”, hoy tan de moda, como a aquellos, más severos y austeros hasta el límite, de un *ethos* laico. El límite de este paradigma (que es particularmente grave y coincide con el límite intrínseco de todas las perspectivas que reducen la democracia a mera convención numérica) consiste en su imposibilidad de elaborar, a partir de sus propios principios, una normativa positiva de carácter *contra-factual*. Tras este paradigma, en efecto, se advierte la amarga definición de la democracia como registro “de lo que sucede” (con tal que lo que sucede ocurra efectivamente a todos o al menos a la mayoría). Este modelo, en otras palabras, puede funcionar eficazmente en los casos en los que exista una amplia y difundida consonancia en relación a ciertos temas (piénsese, por ejemplo, en la instintiva hostilidad que suscita la idea de un comercio en las donaciones de órganos). En principio no puede funcionar respecto de temas fronterizos, en relación a los cuales no se haya formado todavía un *ethos* difundido y compartido. Sin embargo, esto es exactamente lo característico de la mayor parte de los

problemas bioéticos que conciernen a la infancia: que son problemas nuevos, respecto de los cuales no se pueden imaginar decisiones “democráticas”, precisamente por la imposibilidad, por parte de quienes están llamados a tomar una decisión estrictamente “convencional”, de elaborar criterios de acuerdo “razonables”.

El último paradigma es el *relacional* y es el que, mejor que cualquier otro, podría dar razón tanto de lo específico de la experiencia jurídica (como experiencia humana de relación) cuanto de la tendencia (absolutamente típica de nuestro tiempo) a ver en el jurista a aquel que más que cualquier otro está llamado —en cuanto jurista, antes aún que en cuanto individuo dotado de sensibilidad ética, política o religiosa— a defender los *derechos humanos*. Este paradigma adopta como premisa propia el carácter relacional del ser del hombre y ve en el derecho y en sus normas un sistema objetivo de defensa de las expectativas irrenunciables de la persona en su realidad de *sujeto-en-relación*. El paradigma relacional, por tanto, posee un específico criterio *material* propio de justicia. Según esta perspectiva, hay que considerar jurídicamente ilícita toda modalidad relacional que altere la simetría de la relación, confiriendo a una parte de la relación poderes (o por mejor decir *privilegios*) indebidos, esto es, que no son simétricamente reconocidos -o en cualquier caso- reconocibles en los otros.

Injertándose en la problemática bioética, este paradigma se revela particularmente fecundo. Nos permite individualizar según qué línea directriz está llamado el derecho a superar el tradicional *reduccionismo* a la luz del cual se ha manejado el problema —por lo demás sumamente complejo— de la subjetividad jurídica. Esta aparece en la doctrina tradicional, resumible en una lógica esencialmente *individualista*, y por tanto característicamente *despotenciada*, tanto cuanto es objetivamente *despotenciado* el individuo que se considere fuera de la trama relacional que lo constituye como persona. Como bien se sabe, según la perspectiva jurídica tradicional *la capacidad jurídica* abarca a todo individuo; mientras *la capacidad de actuar*, esto es, de llevar a cabo acciones jurídicamente relevantes, está correlacionada con la capacidad de entender y querer. A los menores de edad no se les reconoce capacidad de actuar, ni más ni menos que a los enfermos mentales afectados de interdicción; a los fetos y a los embriones se les niega la misma capacidad jurídica. En nombre de estos sujetos están llamadas a actuar personas individualizadas

a este propósito en el caso del ordenamiento y reconocidas titulares de una *potestad* a propósito.

Conceptualmente límpido, este modelo sufre, sin embargo, de una evidente intrínseca rigidez que lo haría inoperante si fuera tomado absolutamente en serio. Es suficiente prueba de ello la elaboración de la categoría dogmática de la *capacidad natural* de los menores de edad —gracias a la cual se reconoce plena validez jurídica a toda una serie de actos que los menores pueden llevar a cabo personalmente, sin que se dé la intervención directa (que se volvería rápidamente obsesiva) de quien tiene potestad sobre ellos. Pero no es este el lugar para discutir méritos y límites de este modelo —que aquí no es posible presentar de manera adecuada ni siquiera esquemáticamente.⁸ Tampoco es oportuno insistir en su inadecuación estructural. Basta con que nos limitemos a observar que surge de un supuesto indebido que debemos considerar superado epistemológicamente, esto es, que la subjetividad corresponde a un *en sí* absolutamente independiente. La investigación psicoantropológica —sobre todo en sus elaboraciones abiertas a integraciones bioéticas— indica en cambio exactamente lo opuesto: el sujeto está estructuralmente abierto a la alteridad; está constituido por la alteridad; encuentra en la alteridad no sólo la única posibilidad de defensa y promoción sino, más aún, el único camino para llegar a la conquista de la propia identidad. El vínculo que une a todo ser humano con otros seres humanos —y en particular el vínculo que se establece entre quien se preocupa y cuida a otro— tiene la valencia no sólo de un vínculo social sino, más profundamente aún, de un vínculo psicológico-existencial, *constitutivo de la subjetividad de ambos*.

El jurista debe, por tanto, reconocer que no existe expectativa alguna que no encuentre su fundamento en la *relación*, ni derechos que puedan ser reivindicados fuera de un contexto relacional. Ningún problema bioético puede poner nunca en juego al individuo solipsístamente entendido, porque tal individuo *no existe*; lo que está en juego es, siempre y en cualquier caso, un sistema de comunicación interpersonal.

De todo lo que llevamos dicho podemos sacar algunos corolarios:

a) Garantizando la relacionalidad, el derecho no garantiza en sí “valor” alguno. Ni siquiera el máximo de los valores comúnmente concebidos, la vida, está garantizado por el derecho de por sí (que bien puede prever la pena de muerte o, para poner un ejemplo menos

controvertido, el deber de algunos sujetos —militares, bomberos, policías— de actuar en ciertas circunstancias con riesgo de su vida). El derecho garantiza los “valores” sólo cuando estos son coherentes con la lógica de la relacionalidad. Un valor altamente respetable (por ejemplo el islámico de la poligamia) puede no ser reconocido y protegido en un ordenamiento occidental, ya que se le considera incompatible con la lógica relacional propia de este.

b) El derecho no protege cualquier forma de relación, sino sólo la relacionalidad en sentido propio, es decir, aquella que fundamenta la subjetividad y, por tanto, supone la paridad ontológica de los coexistentes. Esto explica la vocación simétrica e igualitaria del derecho; la repugnancia del derecho respecto de los privilegios (que alteran la simetría de las partes); la protección jurídica respecto de aquellos sujetos (menores, enfermos, ancianos, etcétera) que no por motivos ontológicos (como por ejemplo los animales), sino accidentales y/o transeúntes (edad, enfermedad, accidentes) no son capaces de manejar plenamente su personalidad relacional.

c) El derecho tiene como ámbito propio el sistema de las acciones sociales, por lo que tiende a tipificar las acciones del hombre, a leerlas no en su irreplicable individualidad (como hace la moral), sino por cuanto se da en ellas de acuerdo con modelos de compatibilidad universal. De aquí la carga formal de que es portadora la lógica del derecho, que induce a menudo en el observador la idea de que el derecho se detiene en la exterioridad y pasa por alto el análisis de la profundidad de los corazones. Esto ciertamente es verdad y marca una de las diversidades más significativas que se dan entre derecho y ética —puesto que esta, según una célebre observación, considera no la acción, sino al agente—,⁹ pero no debe inducir a pasar por alto cuál es el valor específico de la actitud del derecho. Tomando en serio la acción (y poniendo en segundo plano al agente) el derecho toma en serio la igualdad entre los hombres, refiriéndolos a todos a una idéntica medida, aquella no de sus insondables e inverificables intenciones, sino de su concreto, muy comprobable, actuar en el mundo. Y puesto que en la relacionalidad social no son las intenciones las que ayudan o las que nos ofenden, sino sólo las acciones realmente queridas y realmente experimentadas, he aquí que el derecho se hace cargo de esta dimensión,

sin negar por esto la existencia y la relevancia de otras, sino confiándolas a otros ámbitos de estudio y de reflexión.

De este tercer corolario se deriva una última consecuencia de gran importancia para nuestro tema. En los límites en que se cuida de las acciones, en que las tipifica, el derecho tiende a minusvalorar o de plano a malentender las acciones no tipificables: las acciones excepcionales, inducidas por acontecimientos casuales imprevisibles (caso fortuito), por fuerza mayor (*necessitas non habet legem*, la necesidad no está sujeta a la ley) o incluso, hay que agregar, por la gracia que sopla donde quiere e induce a los hombres a acciones que no se pueden reducir a las normales esquematizaciones de la existencia cotidiana (puesto que no sólo la *necessitas*, sino también la *caritas non habet legem*). A este nivel la bioética pierde toda referencia biojurídica: *del respeto por la persona* se pasa *al amor* y a la inmensa capacidad de sacrificio de que el amor puede ser capaz. Pero a este nivel el jurista no puede sino callar, o mejor, puede y debe continuar hablando, pero sólo como hombre entre los hombres, después de haber colgado la toga de jurista.

Podemos llegar a una primera síntesis de todo lo que llevamos dicho hasta ahora. La tarea que aguarda a una doctrina del derecho que quiera tomar en serio, en su rigurosa especificidad, los problemas bioéticos, parece particularmente compleja: equivale, en definitiva, a una reformulación de algunas de sus propias categorías constitutivas. En los límites del presente razonamiento, es posible esquematizarla, en sus grandes líneas, afirmando que los biojuristas están llamados a: *a.* volver a tratar en clave *relacional* la subjetividad jurídica en general y en particular la de los sujetos caracterizados por debilidad relacional (los enfermos, los menores de edad, los portadores de alguna discapacidad, los individuos no nacidos todavía), a los cuales la bioética debe prestar particular atención; *b.* reconocer que la normatividad *intrínseca* de sujetos jurídicos (como sujetos sociales) no tiene su fundamento en la voluntad del legislador, sino en la sustancia misma de lo social, como conjunto de peculiares dinámicas relacionales;¹⁰ *c.* individualizar en el sentido *intrínseco* de las relaciones sociales interpersonales el criterio último de la normatividad bioética (donde por “sentido” se debe entender no un principio metafísico de lectura de lo real, sino el complejo articulado y vinculado, y por tanto objetivo —esto es, sociológicamente y psicológicamente comprobable—, de elementos de vida simbólicos y estruc-

turales); *d.* contribuir a la inserción de derechos bioéticos dentro del sistema positivo de los derechos humanos, entendido como sistema meta-estatutario (esto es, fundamentado pre y meta-políticamente); *e.* finalmente, reafirmar el carácter estrictamente racional de la epistemología jurídica como epistemología relacional.

Este último punto es particularmente delicado, pero también absolutamente esencial. Hay que evitar, efectivamente, que el debate dentro de la bioética se reduzca —como muchas veces ha ocurrido— a mera confrontación de ideologías (o peor aún, a mero enfrentamiento entre creencias opuestas). El razonamiento bioético es un discurso que hace referencia al ser del hombre y se ancla en la verdad del hombre: una verdad que es compleja, hasta el límite de la contradicción, ardua para ser teorizada, hasta el límite de la perinosis, pero que siempre es *una verdad común a todos los hombres y cognoscible en su principio por parte de todos los hombres*, una verdad que es argumentable racionalmente y no sólo por intuiciones subjetivas o en clave emotiva. Gracias a la razón jurídica, a través del sistema de los derechos humanos los pueblos de la tierra han podido encontrar un terreno objetivo de comunicación universal que ha permitido la aparición de una nueva ética social de carácter planetario, y también gracias a la misma razón jurídica los hombres tienen la posibilidad de afrontar los problemas bioéticos en nombre de una verdad antropológica que valga para todos y que no discrimine a nadie.

La restricción en el ámbito bioético del paradigma relacional es de gran importancia. Me limito a analizar dos casos emblemáticos, escogidos intencionalmente entre los más controvertidos en el actual debate bioético.

El primer caso que quisiera examinar es el de la eutanasia. Me limito a considerar aquella que en otra ocasión he denominado como *eutanasia propia*, esto es, la eutanasia activa en un sujeto que consiente,¹¹ que ha sido considerada eficazmente como equivalente a una especie de “suicidio racional”;¹² un derecho que, ateniéndose a la esfera de radical autonomía que debería ser reconocida al sujeto, el ordenamiento jurídico derecho debería más bien proteger y promover, más que reprimir.

Podemos considerar como elementos estructurales de la eutanasia propia: *a)* la pretensión de un sujeto, plenamente responsable, de ser suprimido al hacerse realidad las circunstancias por él anterior y

puntualmente determinadas; *b*) el compromiso de un “agente” (preferiblemente un médico señalado por el sujeto mismo) de hacer frente a semejante pretensión; *c*) el interés público del ordenamiento a controlar la validez del requerimiento y la corrección de su cumplimiento. Es de todos conocido que, en defensa de semejantes pretensiones eutanásicas y con una finalidad de promoción social y normativa, desde hace tiempo han surgido en diversos países del mundo muchas asociaciones proeutanasias. Estas generalmente concuerdan en ver en la eutanasia un auténtico derecho fundamental del hombre y en sugerir a sus adeptos la redacción de lo que se ha llamado acertadamente “testamento biológico”, que vendría a asumir la función de base legal para la legitimación de la sucesiva actuación eutanásica (eventual, en cuanto subordinada a la realización de las circunstancias previstas en el testamento).¹³

La analogía y la asimilación entre eutanasia propia y suicidio constituyen el punto fuerte y, al propio tiempo, la modernidad de las nuevas reivindicaciones eutanásicas.¹⁴ Afirmar la existencia de un “derecho a la propia muerte” y sostener contemporáneamente que “el Estado no puede pretender reconocer la existencia de un derecho que no le pertenece y que no puede conceder a los consocios, el derecho de matar”¹⁵ no parece convincente, porque el “derecho a matar” no se concedería por el Estado, que efectivamente no lo posee, sino por el único que está legitimado, el sujeto mismo, al que se quiere reconocer —considerando legítimo el suicidio— un auténtico “derecho a la propia muerte”. Se advierte aquí cómo la progresiva indiferencia del derecho moderno respecto del suicidio, que desde hace apenas un siglo a esta parte se ha considerado si no absolutamente lícito, por lo menos no punible,¹⁶ no pueda explicar sus efectos, en rigurosa lógica, también en el ámbito objetivamente limítrofe de la eutanasia propia.¹⁷ Pero que haya que considerar al suicidio como un evento extra-jurídico es opinión predominante,¹⁸ que no es cosa de discutir aquí de nueva cuenta. Es posible, sin embargo, verificar la juricidad de la eutanasia propia de otro modo, que prescinde de la analogía suicidio/eutanasia: es el camino recorrido, con logros de altos interés, por Sergio Cotta. El ve la ilicitud jurídica de la eutanasia propia en que esta altera de manera inaceptable la estructura relacional del derecho. La eutanasia propia no es reducible a un acto aislado, implica, como se ha visto, un procedimiento que puede llegar

hasta los formalismos del “testamento biológico”; implica la involucración radical de dos sujetos, el “paciente” y el “operador”, aquel que da y aquel que recibe el mandato eutanásico. Y aquí se sitúa la dificultad radical: ¿qué relevancia dar a este “mandato”? O éste no involucra al operador, y por tanto está obligado a intervenir incluso cuando, en conciencia, considera no subsistentes las circunstancias de hecho que el paciente había indicado a su tiempo como justificantes de la eutanasia (piénsese en el caso en que un neurótico piensa equivocadamente estar enfermo de cáncer); o en cambio tal mandato sí lo implica y entonces el paciente nunca estará seguro de que el operador va a cumplir sus deseos. En una palabra, “la decisión del sujeto y la del operador no coinciden necesariamente en todo y por todo. En tal situación, se presenta la siguiente alternativa: o el sujeto es dueño de la conciencia del operador o el operador es dueño de la vida del sujeto. Se trata de dos soluciones que contradicen la realidad del asunto eutanásico y, además, ontológica y moralmente son inaceptables, puesto que uno u otro de los miembros de la relación es reducido a objeto: la relación intersubjetiva se disuelve”.¹⁹ Puede ocurrir también en algunos casos aislados que no se dé discordancia alguna entre la voluntad del paciente y la del operador, pero se trata de eventualidades accidentales (y además de todo, advierte acertadamente Cotta, siempre impugnables por terceras personas). ¿Cómo puede una ley eutanásica resolver esta antinomia, reconocer a la eutanasia como un *derecho* y al mismo tiempo eliminar las ambigüedades que estarían vinculadas necesariamente a su puesta en práctica? Pero, se podría objetar, imaginemos el caso en que la voluntad eutanásica del paciente no se haya confiado a un testamento biológico, sino que sea la de un *esprit fort*, esto es, que sea actual, cierta, lúcida y consciente. Imaginemos que a esta voluntad corresponda una disponibilidad igualmente actual, cierta y consciente, de un médico. Por lo menos en este caso el derecho podría reconocer, en nombre de la autodisponibilidad de la vida del paciente, la licitud del acto eutanásico.

Pero incluso una hipótesis de ese tipo, tal vez precisamente porque es escolástica en su imaginar una simétrica serenidad de juicio y una igualmente serena, libre capacidad de querer tanto en el paciente como en el operador, parece todo menos convincente. Quien tiene tanta serena lucidez como para proyectar su propia muerte por manos ajenas, debería tenerla también para proyectarla por propia mano (en el caso límite,

mediante el rechazo de las terapias). Y si el paciente rechaza la idea del suicidio porque no es lo suficientemente valiente, ¿no significa esto quizás que falta precisamente uno de los elementos típicos de la hipótesis antes formulada, el de la voluntad fuerte y serena del paciente, una voluntad de verdadero *esprit fort*? La realidad es que incluso una hipótesis del género (de quien no pretenda en modo alguno, por lo demás, negar la posibilidad real) se mueve en una atmósfera de claroscuro, dominada por la angustia y por la incertidumbre y todo menos que iluminísticamente unívoca. Muy difícilmente el pobre léxico de la legislación positiva sería capaz de captar todos los matices de semejantes situaciones humanas, cristalizándolas en párrafos y artículos. Precisamente este último, ejemplo extremo impondría el recurrir a categorías, como aquella precisamente de la serenidad y de la lucidez de espíritu, que pueden ser utilizadas tal vez para designar la clásica imperturbabilidad de un sabio estóico, pero muy difícilmente pueden ser predicadas a costa de un ser humano que ve acercarse la muerte.

Igualmente graves son los problemas éticos que surgen de las prácticas de fecundación artificial, consideradas desde el punto de vista prospectivo de la biojurídica. Es evidente que tales prácticas son activadas para dar respuesta a un deseo de genitorialidad, pero es igualmente evidente que esta respuesta se torna efectiva sólo con el nacimiento del hijo. En otras palabras, es el hijo, y no la mujer o el hombre, el verdadero protagonista de todo el proceso, lo que permite calificarla en términos de “éxito” o de “fracaso”. Se sigue de ello que la primera y muy general obligación de carácter bioético—el primer interés que hay que proteger—debe tener como referencia el ser que está llamado a la vida y no la mujer o el hombre que solicitan la activación de estas prácticas. Pero el hijo es titular de un sólo interés: el de ser introducido en una completa y adecuada dinámica relacional en la cual su identidad de persona pueda llegar a plena maduración.

¿Es posible entonces afirmar que existe un derecho (de la mujer o de una pareja) a ser admitidos al aprovechamiento de estas prácticas? Ciertamente sí, con tal que se reconozca su carácter *ulterior* respecto de los derechos que se le reconocen al ser naciente. En otras palabras, si lo que se ha dicho anteriormente tiene consistencia, reconocer el carácter de un *derecho incondicional* a la pretensión de un hombre y de una mujer (sea como seres aislados o como pareja) a ver hecha realidad su aspi-

ración a la genitorialidad, a través de técnicas de fecundación asistida, es imposible, porque implicaría negar *a priori* toda relevancia bioética a la figura del ser naciente. La existencia de un derecho semejante no puede ser imaginada ni siquiera con base en una presunta analogía con la completa libertad de procreación natural de que gozan hombres y mujeres. Tal libertad es efectivamente completa y debe ser celosamente defendida, pero sólo en los límites en que se refiere a la esfera estrictamente naturalista del ser del hombre (o sea aquella esfera que puede también estructurarse en el signo de la negación de la alteridad) y en cuanto que, en principio, está destinada a no prolongarse más allá de esta dimensión. La procreación asistida, en cambio, no tiene carácter naturalista, por razones tanto extrínsecas (es decir, por el aparato tecnológico que requieren sus procedimientos), cuanto sobre todo *intrínsecas*: la fecundación artificial —para emplear una hermosa expresión de Donati²⁰— es una *llamada a la alteridad*; su sentido constitutivo e intencional es el de abrir la posibilidad a nuevas dinámicas relacionales de carácter familiar. El derecho a la genitorialidad asistida debe ser ciertamente reconocido, eventualmente incluso como derecho fundamental, pero no como dotado de un carácter *incondicional*. Deberá ser mediatizado y estructurado con referencia al conjunto de intereses nacientes de la y en la situación dentro de la cual es reivindicado (bajo este punto de vista podría ser considerado en analogía con otro derecho ciertamente fundamental, pero no incondicional, como el derecho a la salud). Entre los diversos intereses que tienen un relieve en la situación que se plantea a través de las prácticas de fecundación asistida, los únicos que pueden alcanzar el rango de auténticos derechos incondicionales son, evidentemente, los intereses de los sujetos llamados de esa manera a la vida.

La reflexión bioética sobre la procreación artificial debe, por tanto, abrirse necesariamente a una seria consideración de la figura del ser naciente. A él han de referirse propiamente *todos los derechos* que reconocemos en general a la infancia: el derecho a un nombre, el derecho a la salud, el derecho a ser cuidado por los padres, el derecho a una armoniosa formación de su propia personalidad. Pero, desde este punto de vista, parece que la labor de reflexión que hay que llevar a cabo por parte de los juristas está desafortunadamente en sus comienzos.

Referencias bibliográficas

¹ Para cierta profundización en este punto, incluso en clave historiográfica, me permito remitir a D'AGOSTINO, F., *Medicina e diritto*. Riflessioni filosofiche, Iustitia 1987, 40: 69-71.

² *La giustizia nei sistemi giuridici della società moderna*, en LUHMANN, *La differenziazione del diritto*, tr. it., Bologna 1990: 315.

³ Recobro aquí algunos temas que he tratado ya en anteriores trabajos; cfr. D'AGOSTINO, F., *Il problema bioetico in una società pluralistica*, en Atti dell'88° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (Roma 19-23.10.1987), Roma: Pozzi, 1987: 815; Id., *Dalla bioetica alla biogiuridica*, Transizione, 1989, 13-14: 289-299.

⁴ Para una vigorosa crítica del paternalismo médico, véase BUCHANAN, A., *Medical paternalism*, Philosophy and Public Affairs, 1978, 7: 370-390. Sobre el problema filosófico del paternalismo, véase DICIOTTI, E., *La giustificazione paternalistica di norme*, Studi senesi, 1988, 100: 76-129.

⁵ ENGELHARDT, H.T. Jr., *The foundations of bioethics*, Nueva York: Oxford University Press, 1986 (tr. it., Manuale di bioetica, Milán: Il Saggiatore, 1991: 123 ss.).

⁶ Ibidem.

⁷ Cfr. RORTY, R., *La priorità della democrazia sulla filosofia*, en VATTIMO, G. (a cargo de), *Filosofia '86*, Bari-Roma: Laterza, 1987: 23-50.

⁸ Para sus orígenes y para sus valencias filosófico-culturales, me limito a remitir al importante ensayo de AMATO, S., *Il soggetto di diritto*, Turín: Giappichelli, 1990.

⁹ Me refiero a CAPOGRASSI, G., *Analisi dell'esperienza comune*, en CAPOGRASSI, G., *Opere*, iii, Milán: Giuffrè, 1956: 112.

¹⁰ En esta perspectiva consideramos compartir la doctrina de M. DELMASMARTY, que individualiza en la respuesta "ética" a los nuevos problemas planteados por la biomedicina una de las señales características del progresivo deslizamiento de la experiencia jurídica contemporánea hacia la afirmación de un modelo de "sociedad periestatutaria": cfr. *Le flou du droit*, París: PUF, 1986 (tr. it. con el título *Dal codice penale ai diritti dell'uomo*, Milán: Giuffrè, 1992, en particular las pp. 162 ss.).

¹¹ D'AGOSTINO, F., *L'eutanasia come problema giuridico*, en AA.VV., *Eutanasia*. Atti del XII Congresso Nazionale dell'Associazione teologica italiana per lo studio della morale, Bologna: Dehoniane, 1987: 47-70, reimpresso en *Archivio Giuridico* 1987, 207: 27-48. Cfr. también mi ensayo *Eutanasia, derecho e ideología*, *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 1977, 17: 363-380.

¹² La expresión se encuentra en MORI, M., *Su alcuni problemi concernenti l'eutanasia*, *Transizione*, 1985, 3: 86.

¹³ En la base de la lógica del "testamento biológico" hay una fuerte carga de abstracción iluminista, que mal se concilia con la psicología real de los enfermos terminales. Cfr. al respecto MÖLLERLING, J., *Schutz des Lebens - Recht auf Sterben*. Zur rechtlichen Problematik der Euthanasie, Stuttgart 1977: 99 ss. y también D'AGOSTINO, F., *Eutanasia e diritto: la logica del testamento biologico*, *Impegno ospedaliero* 1986, 7: 147-149.

¹⁴ Como reconoce incluso KAUFMANN, A., *Euthanasie-Selbsttötung-Tötung auf Verlangen*, en *Contemporary Problems in Criminal Justice, Essays in Honour of Prof. Dando*, Tokyo, 1983: 97-110.

¹⁵ STELLA, F., *Il problema giuridico dell'eutanasia*, en AA.VV., *Il valore della vita*, Atti del 54° corso di aggiornamento culturale dell'Università Cattolica, Milán: Vita e Pensiero, 1985: 165.

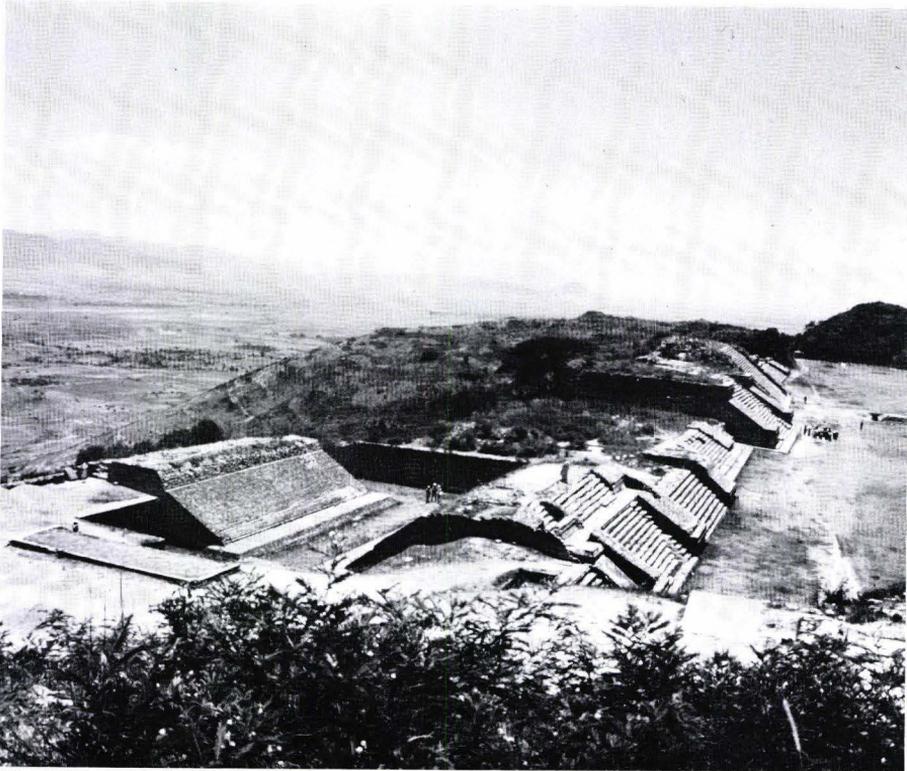
¹⁶ Algunas referencias en *La riduzione moderna della persona: l'esempio del suicidio*, en D'AGOSTINO, F., *Diritto e secolarizzazione*, Milán 1982: 191-204, útilmente integrado por MARRA, R., *La repressione legale del suicidio*, *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 1986, 16: 129-176. Típicas formas de sanción jurídica contra los suicidas eran la nulidad de las disposiciones testamentarias, la infamia de la memoria, la prohibición de las honras fúnebres.

¹⁷ Limítrofe pero, a mi parecer también rigurosamente distinto. Tiene perfectamente razón BRUAIRE, C., cuando observa que "ce que nous dit celui qui se suicide, c'est précisément que nul n'a le droit de pénétrer sa liberté comme nul ne peut partager sa mort". En consecuencia, admitida incluso la existencia de un "derecho al suicidio", "le droit est perdu dans sa délégation" (*Une éthique pour la médecine*, París: Fayard, 1978: 62).

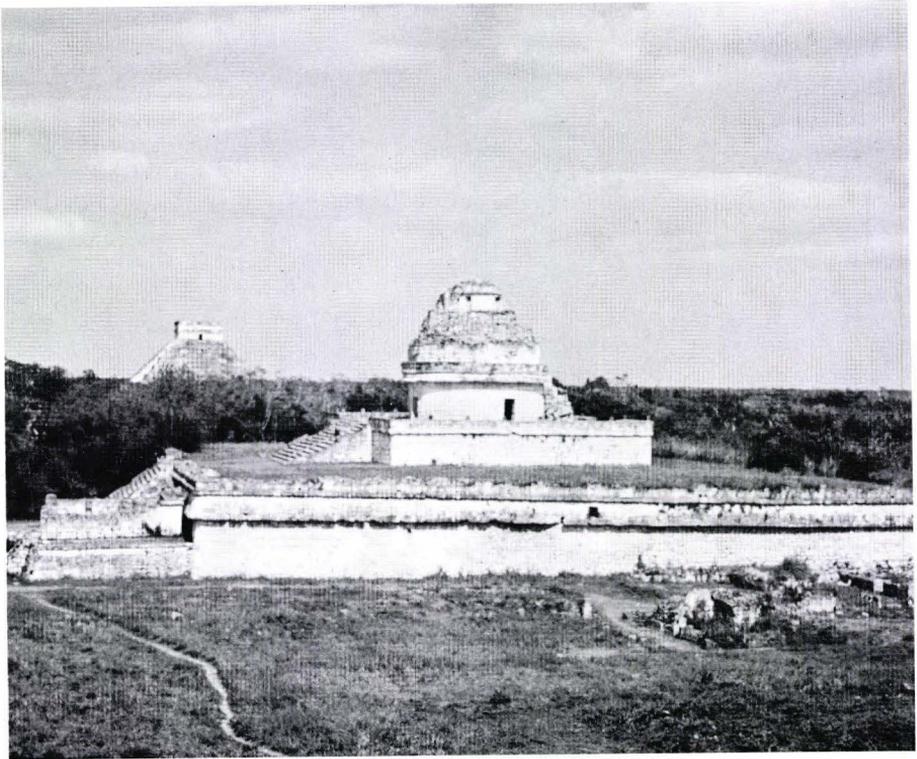
¹⁸ Aun cuando la mayoría de las veces mal fundamentada: véanse las oportunas observaciones de VITALE, V., *L'antigiuridicità strutturale del suicidio*, en D'AGOSTINO, F. (a cargo de), *Diritto e corporeità*. Prospettive filosofiche e profili giuridici della disponibilità del corpo umano, Milán: Jaka Book, 184: 121-145.

¹⁹ COTTA, S., *Aborto ed autanasia: un confronto*, *Rivista di filosofia*, 193: 25/27: 22.

²⁰ DONATI, P., *Il contesto sociale della bioetica: il rapporto tra norme morali e norme di diritto positivo*, en AA.VV., *Bioetica. Un'opzione per l'uomo*, Milán: Jaka Book, 1989: 170.



Juego de pelota, Monte Albán, Oaxaca



Observatorio y castillo, Chichenitzá, Yucatán

Ética y ambiente

*Paola María Vitale**

GIOVANNINI, F., GOLDSMITH, Edward, CAPRA, Fritjof: *I valori del verde*, en GIOVANNINI F. (a cargo de), *Le culture dei Verdi*, Bari: Dédalo, 1987.

Las tendencias “verdes” que proponen superar la industrialización han planteado con frecuencia la exigencia de un modelo cultural alternativo, llegando a prefigurar nuevos itinerarios morales y éticos. Este específico “fundamentalismo” ecológico tiene su punto de partida en el texto conocido en todo el mundo como *Blueprint for Survival*, compilado por algunos ambientalistas ingleses en 1972, cuyo representante más prestigioso es Edward Goldsmith. Escrito para contrarrestar las críticas de abstracción e idealismo que con frecuencia se hacen a los ambientalistas, e inscrito en un marco teórico de crítica al desarrollo y al crecimiento ilimitados, *Blueprint for Survival* intenta fundamentar una ecotopía, articulando una propuesta al mismo tiempo sociológica, geográfica y económica. La nueva sociedad ecocéntrica deberá poner de relieve tanto la ética como la economía: la actividad productiva privilegiará el máximo ahorro de energía y de materias primas con el mínimo impacto ambiental; la sociedad verde optará por la descentralización y la pequeña escala. Todo el trabajo será reorganizado, teniendo como objetivo la estabilidad de la comunidad y no el beneficio de un grupo con menoscabo de los otros; en esta nueva dimensión del trabajo no habrá ya alienación, porque el trabajo satisfará al individuo y será escogido, no impuesto. Según el autor, la propuesta de Goldsmith no carece de una cierta ambigüedad, exponiéndose a la crítica de determinismo ecológico cuando busca analogías de funcionamiento entre la sociedad humana y

los organismos biológicos. En esta interpretación, el sistema social debe corresponder al ecosistema; si la naturaleza es jerárquica, por ejemplo, para Goldsmith es de desear que también la sociedad humana sea jerárquica; las leyes humanas se deben plegar a las leyes de la ecología, y de esa manera la justicia social también se vuelve una consecuencia causal, y ni siquiera cierta, de estas leyes ecológicas. Los imperativos biológicos sustituyen a cualquier otra motivación. En este punto surge la pregunta de si la ecotopía de *Blueprint* es una utopía o más bien una distopía que deteriora la intención apreciable de dar concreción futurológica a las instancias verdes. La “transición moral” a la ecotopía, sin embargo, permanece oscurecida y deberá esperar a las elaboraciones de Fritjof Capra para probar suerte, en un clima político y cultural madurado.

Capra es profesor de Física en la Universidad de Berkeley y se volvió ecologista, pacifista y antinuclear. Según él, el paradigma cartesiano-newtoniano en la ciencia ha dominado el modo de pensar científico y no científico durante todo nuestro siglo. La inadecuación de este paradigma la capta Capra precisamente a partir de su materia de enseñanza. La física tradicional ha interpretado a la naturaleza como un conjunto de objetos externos a nosotros, compuestos por partículas fundamentales (los átomos). Hoy la física subatómica ha desmentido esta simplificación, y todavía más en crisis está el modelo mecanicista y determinista de la Ciencia clásica. La crítica ecocéntrica de Fritjof Capra, hasta su “*El Tao de la física*”, pide en cambio una visión orgánica que considere a la Tierra como un organismo vivo y que no distinga al hombre del mundo físico. A la fragmentación o a la contraposición entre las partes Capra prefiere el concepto de “vínculo”. El universo, entonces, tiene un ritmo sin fin, con clara referencia a las culturas orientales, mediada, en el caso de Capra, por su experiencia en la Universidad de Berkeley. En particular él se vincula con el concepto de armonía entre hombre y naturaleza de Gregory Bateson: el centro de su elaboración se torna el organismo viviente en sus lazos de unión y en su tendencia a asociarse. Según Capra, no es verdad que la naturaleza sea agresiva o ciegamente destructiva; en cambio, se da una “natural” propensión cooperativa y no-competitiva. Si la Tierra misma debe ser considerada como un organismo vivo (como en el pensamiento de Barry Commoner), es necesario valorizar las interconexiones y las interdependencias presentes en este gigantesco orga-

nismo. El enfoque es, por tanto, de tipo sistémico. A un paradigma dominante es indispensable sustituirlo por un nuevo y alternativo paradigma, precisamente para lograr la supervivencia de este organismo vivo —puesto en peligro por el desarrollo ilimitado y por una ciencia condicionada por la racionalidad lineal y cuantitativa. Fritjof Capra atribuye un papel fundamental a las ideas y a los valores. Son las ideas y los valores dominantes los que determinan las intervenciones en el ambiente y Occidente, hasta ahora, ha optado por el optimismo científico y tecnológico anclado en una indiscriminada confianza en el progreso. El remedio a los problemas contemporáneos (desde el nuclear hasta la contaminación, desde el hambre hasta la devastación del ambiente) no puede sino remontarse a un cambio de valores.

Este fondo espiritual es el que emparenta a Capra y Goldsmith y a tantos ecologistas anglo-americanos. De una solicitud de “enfoque global”, a través del lente de la ecología, se llega a la prefiguración de un sistema diverso de ideas y de valores.

LOMBARDI, V., *Etica e ambiente*, en SCIAUDONE G. (a cargo de), *L'umana dimora già e non ancora*, Roma: Istituto di Medicina Sociale Editore, 1989.

La gradual devastación de los delicadísimos equilibrios dinámicos de la biosfera es una realidad cotidiana: basta pensar en los cambios en curso en la química de la atmósfera con la contaminación atmosférica y las consiguientes lluvias ácidas, el adelgazamiento de la capa de ozono y la acumulación de gas por el “efecto de invernadero”, con nuevas y difícilmente previsibles perspectivas para la vida del planeta.

Es oportuno, por tanto, un momento de reflexión crítica sobre los nuevos términos de las relaciones hombre-ambiente a partir de la comprobación de que cuanto ha comenzado se debe, en gran parte, a una profunda mutación del marco tecnológico en el que se ha desarrollado la temática ambiental en los últimos decenios. El hombre, durante siglos, ha sabido obtener los recursos de la naturaleza y del ambiente que lo circundaba sin perturbar el equilibrio natural, sino más bien protegiéndolo y salvaguardándolo en su capacidad autogeneradora de bienes esenciales para la supervivencia. Con la revolución industrial, el

desarrollo económico ha planteado problemas inéditos, acompañándose casi siempre de la destrucción de los principios éticos que no sean el mero éxito económico. Así, el hombre se ha olvidado, con demasiada frecuencia, de pertenecer a una familia humana más grande y de vivir su propia existencia en una morada que es bien común, pero más grave aún, es que ha percibido la relación con el ambiente como algo extraño, separado, a veces hostil; algo de lo que hay que defenderse o de lo cual hay que sacar el máximo beneficio con el mínimo costo. Resulta claro, entonces, que el problema ecológico implica a la responsabilidad directa del hombre, es decir, apela a la esfera ética del actuar humano.

El ambiente es un bien común del que no podemos disponer a nuestro antojo. En toda planificación está involucrada la responsabilidad del hombre, es interpelada la conciencia. El meollo de la cuestión ecológica en la actualidad está precisamente a este nivel y lo resume adecuadamente una afirmación de Hegel: "Un calcetín remendado es mejor que un calcetín roto, pero esto no vale para la conciencia".

La irrupción de la dimensión ecológica en la sociedad occidental requiere desechar la conciencia remendada para escuchar la voz de una conciencia desgarrada. En cambio, asistimos a una reducción de la cuestión ecológica. El modo más falso de remendar la conciencia es reducir la cuestión de la legitimidad a problemas de legalidad, es decir, de transformar todas las cuestiones fundamentales en demandas de nuevas "leyes más eficaces". Asistimos a un proceso planetario en el que la legitimidad es absorbida por la legalidad. Weber considera esta "absorción" como una tendencia central de la modernidad, por la que "la forma más común de legitimidad es la creencia en la legalidad, esto es, la disposición a obedecer a instituciones formalmente correctas". A este respecto, son esclarecedores y proféticos algunos pasajes del célebre y debatido discurso de Solzjenitsyn en Harvard, en 1978: "...Jurídicamente, son totalmente irrepreensibles las compañías petrolíferas cuando adquieren la patente de invención de una nueva forma de energía para impedir su utilización. Jurídicamente, son irrepreensibles quienes envenenan los productos alimenticios para prolongar su conservación... Una sociedad que se ha instalado en el terreno de la ley, sin querer ir más arriba, utiliza sólo débilmente las facultades más elevadas del hombre. El derecho es demasiado frío para ejercer una influencia benéfica sobre la sociedad... y contar con sostener las pruebas que el siglo prepara

sujetándose sobre apoyos jurídicos únicamente será, en adelante, cada vez menos posible”.

Un clamoroso ejemplo italiano de la forma como la cuestión ecológica ha sido capturada por esta reducción de los problemas de legitimidad a problemas de legalidad lo representa el caso llamado “*de la atracina*”. La presencia en cantidades excesivas en el agua potable de sustancias químicas normalmente usadas en la agricultura como fertilizantes hace sonar la alarma primeramente en Lombardía y luego en todo el país. Los problemas se revelan enormes: se trataría de privar a millones de personas de agua potable y, sobre todo, de cambiar la forma de cultivar. La cuestión en cambio se resuelve con mayor rapidez variando la ley y aumentando el umbral de tales sustancias legalmente admitidas en el agua. De esta manera, se remienda la conciencia y la cuestión ecológica queda reducida a un problema legal.

Pese a esta realidad, se ha desarrollado igualmente en estos años el debate filosófico que se interroga sobre los aspectos morales de la llamada “crisis ecológica”. A este propósito, el autor pasa sintéticamente revista a la tradición judeo-cristiana y los autores que con ella polemizan, la *Etica de la tierra* de Aldo Leopold, las posiciones de la *Shallow ecology* y de la *Deep ecology*.

En el debate entre las diversas posiciones surge por lo menos la dificultad de conciliar la protección de la naturaleza y las exigencias de desarrollo de la humanidad. Se trata de replantear los procesos tecnológicos para llegar a producir sin continuar introduciendo desechos en el ambiente al ritmo actual, y de repasar la situación de las relaciones entre países ricos y países en vías de desarrollo, trabajando por una distribución de las riquezas diferente, en nombre de una solidaridad entre los pueblos que supere el umbral de las generaciones. En este sentido, vale la pena repetir que el ambiente es un bien común del que no podemos disponer para fines exclusivamente económicos, y que en cualquier planeación hay que introducir el factor ético.

En conclusión, el ambiente requiere de la intervención del hombre para transformarlo con su trabajo y hacerlo más hermoso y acogedor, aumentando así las posibilidades de vida y de desarrollo de los otros hombres que vendrán. Sobre todo la naturaleza exige del hombre que reconozca su valor y su significado. Esta perspectiva aclara de pronto la forma en que la degradación ambiental es indicio de una degradación

más grave y profunda, la del hombre que ha perdido sus raíces y, con ellas, el significado del vivir. La cuestión ecológica constituye una ocasión fundamental para el hombre contemporáneo: se hace necesario, ante todo, un sentido que sobrepase el mero proyecto de saneamiento ambiental y esto requiere que se introduzca el factor ético. En esto se entrevé el camino que hay que recorrer para la plena armonía de la morada humana.

BARTOLOMMEI, S., *L'ambiente e l'etica filosofica. Modelli rivali nell'etica ambientale*, Rivista di filosofia 1987, LXXVIII, 2.

Sobre la posibilidad o necesidad de extender la consideración moral a campos, situaciones u objetos tradicionalmente no incluidos en este tipo de valoración -o porque se consideran moralmente neutros o porque son decididamente nuevos y jamás siquiera discutidos desde el punto de vista moral-, el debate, por lo menos en los países de lengua inglesa, es bastante acalorado. Se ha ido desarrollando, así, una particular derivación de la filosofía moral perteneciente, en amplia medida, a la bioética: es la que se ha dado en llamar *environmental philosophy* y se ocupa de las relaciones entre el mundo humano y el ambiente, entendido como el conjunto de los entes no-humanos y no producidos por el hombre, esto es, los otros animales, pero también las plantas, los ríos, las montañas, etcétera.

La tendencia a considerar al ambiente también como materia de interés ético ha contribuido a acelerar el tránsito de la filosofía práctica angloparlante de la reflexión sobre cuestiones meta-éticas sobre la naturaleza y la lógica del razonamiento y de los juicios morales, hacia el análisis, la clarificación y la resolución de los problemas concretos vinculados con la vida cotidiana. Al interés por las cuestiones éticas vinculadas con el ambiente y sus componentes físico-naturales se vincula la percepción de la naturaleza como objeto de responsabilidad para el hombre, pero ¿tiene sentido hablar de responsabilidad moral refiriéndose al ambiente? ¿No es quizás el ambiente una "cosa" carente de cualquier personalidad jurídica y moral y de los requisitos tradicionalmente considerados necesarios para tenerla (racionalidad, autoconciencia, capacidad de hablar y de reivindicar los derechos propios,

etcétera)? En *Man's responsibility for nature* de John Passmore, filósofo australiano de formación analítica, encontramos desarrollado un asunto concreto a este respecto: los hombres son (o deben considerarse) responsables por la naturaleza (y no de la naturaleza) porque, teniendo ellos una responsabilidad causal en muchas modificaciones de la biosfera, tienen también una responsabilidad moral acerca de las consecuencias de sus acciones sobre el ambiente. Para Passmore, además, una ética ambiental no es precisamente nueva, en realidad, si por *nueva ética* se entiende no un nuevo modo de analizar conceptos morales como "bueno" o "justo", sino más bien un cambio de nuestros juicios y criterios relativos a lo que es justo y a lo que no lo es, entonces la *nueva ética* tiene un corazón antiguo, por así decir. En la tradición ética occidental Passmore distingue dos modos de entender la relación entre hombre y naturaleza no-humana: el *despótico* y el *conservador-administrador*. Sobre el primero poco hay que decir, al caracterizarse por considerar al ambiente natural sólo como medio para los fines humanos: los recursos naturales pueden ser explotados a placer, a fin de imponer el dominio propio sobre el mundo. Por el otro lado está la interpretación "conservadora-administradora" de la relación hombre-naturaleza, inspirada en el ideal de un "dominio responsable" (cuyas raíces Passmore rastrea en el Antiguo y Nuevo Testamentos) y según la cual, aun admitiendo que todo lo que existe está para servir al hombre, es intrínsecamente erróneo destruir y dilapidar los recursos naturales. Esta segunda tradición se subdivide a su vez en dos tradiciones menores, la de la "administración fiduciaria" (*stewardship*) de la naturaleza y la de la "cooperación" con ella. La primera tradición considera al hombre como representante de la confianza de Dios en el cuidado del mundo: tiene el deber de proteger toda forma viviente y no viviente, actual y futura. En la segunda tradición, en cambio, el hombre tiene por tarea el perfeccionar a la naturaleza, que se considera como un conjunto de posibilidades en espera de hacerse realidad.

Para Passmore, o se mira a la naturaleza como una colección de recursos que hay que utilizar (y la discusión podrá versar sobre las formas de utilizarla, no ya sobre el derecho-deber de utilizarla), o se es enemigo jurado de la civilización y sus potenciales sepultureros. Pero el enfoque de Passmore sobre este punto, según el autor, no es convincente. La alternativa afirmada entre una ética del dominio incontrolado y destructor

y una ética de la “gestión” racional de los recursos naturales, no existe. En realidad el modelo con el que Passmore enfrenta las cuestiones de ética ambiental es uno sólo. En primer lugar, ambas concepciones insisten en la separación entre el hombre y los procesos de la naturaleza, y el primero es considerado como un ente ajeno a la naturaleza, y el ambiente como lo que tiene un valor puramente instrumental. Además, tanto la ética del dominio como la ética de la “administración responsable” niegan a la naturaleza cualquier valor autónomo. Finalmente, consideran al ambiente exclusivamente como “recurso”, como bien para poder utilizar, así, ambas adoptan un punto de vista económico en sentido amplio, para el que cualquier cosa tiene valor si, y sólo si puede tener ventajas para los intereses humanos.

Pero ¿existe un modelo de ética ambiental alternativo al de la “sabia administración de los recursos” esbozado por Passmore? En 1949 se publicó en Nueva York un libro que es considerado en la actualidad como punto de referencia imprescindible de los debates actuales sobre la ética ambiental en los países de habla inglesa: *A Sand County Almanac*, del naturalista estadounidense Aldo Leopold. Este autor postula la necesidad y la urgencia de una ética fundada en la ampliación de la consideración moral y de los criterios de justicia desde las relaciones entre los individuos, y entre individuos y sociedad, hasta las relaciones entre mundo humano y no-humano. A este tercer estado de la ética Leopold lo llama *Land Ethic*, fundamentando su nueva imagen de la moral en un concepto clave de la ecología, el de la “comunidad biótica”. Aquí, todos los objetos naturales (incluido el hombre) forman parte de una totalidad indivisible y dinámica constituida por elementos recíprocamente dependientes. Según Leopold, la tierra no es sólo suelo, es un ciclo de materia sostenida por un flujo de energía que corre dentro de una “pirámide biótica”; el hombre, lejos de ser un ente ajeno a la naturaleza, es un componente de un “continuo” orgánico, articulado, constituido por elementos vinculados entre sí, vivientes y no vivientes, especies animales y vegetales, cadenas alimentarias, sistemas hidrogeológicos y climáticos. El cambio que se verifica en una parte del todo puede tener repercusiones, en el tiempo y en el espacio, en muchas otras partes.

Se viene a pedir, así, el pasar de perspectivas centradas en las relaciones entre los hombres a perspectivas centradas en las relaciones entre hombres, sociedad y todos los seres no humanos, animados o no.

Con Leopold se pasa de una concepción ética instrumental del ambiente a una concepción biocéntrica según la cual la “comunidad biótica” está dotada de valor intrínseco y, por tanto, debe ser preservada como un bien en sí: “algo es acertado cuando tiende a preservar la integridad, la estabilidad y la belleza de la comunidad biótica; es erróneo cuando tiende a otra cosa”.

Según el autor, el significado predominante de la referencia a la ecología contenido en la *Land Ethic* no consiste en fundamentar determinadas opciones en presuntas tendencias simbióticas de la naturaleza humana, constituyéndose la ética de la tierra como una mera variante de las éticas evolucionistas, expuesta como estas a caer bajo los golpes de la “*is out of question*” y de la prohibición vinculada con ella de derivar valores y prescripciones morales de hechos, afirmaciones descriptivas e interpretaciones de hechos. La referencia a la ecología está en cambio dictada sobre todo por la exigencia de beber, en ciertos campos del saber contemporáneo, la información concerniente a la ética en materia de relaciones del hombre con la naturaleza. Excluir la dependencia lógica de la ética de los hechos no significa excluir la posibilidad de una dependencia de otro tipo. La ecología pone a disposición de la ética el conocimiento de que los hombres están insertos en relaciones de interdependencia y de reciprocidad con los componentes no-humanos del ambiente. Se va trazando así, con las aportaciones de la ecología, una ampliación del concepto de “comunidad” más allá de la dimensión social o jurídica de la existencia. Leopold, al contrario de Passmore, propone utilizar los nuevos conocimientos ecológicos para construir nuevas normas de obligación moral respecto de la naturaleza. Más que hacer que los comportamientos humanos se adhieran a una moral familiar, su objetivo es adecuar la ética a los nuevos conocimientos, induciendo a la filosofía moral a medirse con las cuestiones planteadas por las nuevas fronteras del saber científico.

LOMBARDI VALLAURI, L., *Cultura ecologica e cultura della vita: opposizione o sinergismo?*, en *Ecologia e vita: naturalismo estremista o umanesimo ontocentrico?*, Actas de la Reunión promovida por el Movimiento para la Vida Ambrosiano (Milán 5 de mayo de 1991), Milán: Vita e Pensiero, 1992.

El autor individualiza, para desarrollar su tema, cuatro círculos concéntricos partiendo del hombre: el primer círculo está constituido por el *humanismo espiritualista* o *humanismo metafísico*, que tiene como valor central al hombre considerado como sujeto autoconsciente, libre, dotado de una apertura trascendente al ser y por tanto de una dignidad preeminente sobre todo lo creado. El segundo círculo está representado por el *animalismo individualista*, que protege a los seres que sienten—concretamente a los seres superiores—en cuanto portadores de sensibilidad y, mediante esta, capaces como seres individuales de distinguir entre placer y dolor. El tercer círculo se identifica con el *ecologismo holístico*, es decir, con la tendencia a dar la primacía al valor naturaleza. A diferencia del animalismo individualista, el ecologismo protege al ecosistema, esto es, a la naturaleza en su conjunto, bajo los dos aspectos de la supervivencia y de la belleza. Finalmente, el cuarto círculo: el *ambientalismo*, que se extiende más allá del ecologismo en el sentido de que protege al ambiente entero del hombre, incluidos por consiguiente los bienes arquitectónicos y culturales.

Después de haber delineado este *escenario*, el autor pasa a examinar algunas controversias “sectoriales”, por ejemplo, la controversia entre “humanismo” y “animalismo”, esto es, entre cultura de rango ontológico—independientemente de la fenomenología de la percepción—, y cultura de la fenomenología de la percepción—independientemente del rango ontológico. Luego está la confrontación entre “humanismo” y “ecologismo”: por una parte, predominio absoluto de la vida y de la objetividad del hombre; por la otra, predominio de la armonía de lo creado, posición representada en formas diversas por la *Shallow ecology* y por la *Deep ecology*. También entre “animalismo” y “ecologismo” puede haber oposición: el ecologismo es completamente indiferente a las cuestiones concernientes a cada individuo, no reconoce los derechos de los animales como portadores de subjetividad puesto que hace prevalecer los derechos de la especie. Además existen controversias “internas”, como la que se da entre animalistas que contraponen la posición de Singer, utilitarista, a la de Regan, que reconoce en cambio los derechos de cada uno de los animales. Finalmente, el autor pasa de las controversias “de sector” a la “gran controversia”: a su juicio los cuatro “círculos concéntricos”, aunque adversarios a nivel sectorial, están no obstante aliados a nivel global contra un común y más radical

adversario: el “reduccionismo científico-tecnológico”, con sus consecuencias y aplicaciones éticas. El reduccionismo concibe a todos los seres, incluidos el hombre y los animales, como mecanismos resultantes de los tres elementos de la *materia*, de la *energía* y de la *información*. Si el ser está formado por estos tres elementos, se le puede conocer, manipular y disponer de él totalmente, incluso en el plano de los valores. Se sigue de ello en el plano ético dos ruinosas posibilidades, los subjetivismos absolutos y las filosofías de la muerte del sujeto.

En conclusión: es en cierta forma posible, aunque no sencillo, una síntesis entre la cultura de la vida y la cultura ecológica. Respecto de las controversias “sectoriales”, su superación estaría favorecida por una posición más crítica a la vivisección por parte católica (a los animales se les debe evitar el dolor no sólo porque hace daño, sino también porque delata un rango ontológico muy alto) e, inversamente, por parte laica se requeriría reconocer al embrión como individuo humano y su, no menos grande, misterio ontológico. En esta perspectiva el autor cree oportuno sustituir la filosofía de la persona por una filosofía, más amplia, de la “subjetividad”, exigiendo que la subjetividad sea reconocida en todas partes.

D'AGOSTINO, F., *Diritto naturale e diritto della natura: nuove prospettive del giusnaturalismo, en Ecologia e vita: naturalismo estremista o umanesimo ontocentrico?*, Actas de la Reunión promovida por el Movimiento para la Vida Ambrosiano (Milán 5 de mayo de 1991), Milán: Vita e Pensiero, 1992.

Ecología y bioética están replanteando con fuerza, en la cultura contemporánea, el problema de la “naturaleza” y de su fuerza normativa en el campo tanto ético como jurídico. Este es un problema que atormenta desde siempre a la conciencia filosófica occidental, puesto que sus términos no son en modo alguno claros, empezando por el mismo concepto de “naturaleza”, que es punto central de este problema.

A pesar de las apariencias, parece todavía válida la antigua intuición de Heráclito: “a la naturaleza le gusta esconderse”, nunca se nos desvela totalmente, y si la consideramos únicamente bajo la forma de sus múltiples manifestaciones percibimos la escisión interna en ella y en el

hombre. Pero toda legítima “filosofía de la naturaleza” considera que la naturaleza no se reduce a un genérico conjunto de elementos, sino que constituye “una unidad” que subsiste incluso antes de que se puedan analizar, por parte de la observación científica, los diversos elementos que la componen. “Filosofía de la naturaleza” en este caso no indica tanto un particular enfoque especulativo de la naturaleza como “concepto”, sino la afirmación de que existe una relación primigenia entre hombre y naturaleza, en el sentido de que ambos están recíprocamente “involucrados”. Esta “implicación” primigenia es elemento constitutivo del ser humano, como lo demuestra la ciencia de las religiones cuando subraya con fuerza que no existe religión que no interprete a la naturaleza como “cosmos” más que como “caos”, y que esta interpretación es la premisa de toda cultura, el factor de “hominización”. Respecto del añejo problema de las relaciones hombre-naturaleza, el autor piensa que, si se entiende a la naturaleza en una perspectiva que supere los agobios de la visión científicista, considerándola como la totalidad de los entes, como “lo que es” en sentido muy general, no se podrá ya considerar al hombre como una variable independiente respecto de la naturaleza, como se oye decir cada vez más. Afirmar que el hombre es “naturaleza” no será nunca mecanicismo muerto, sino “principio viviente”: una naturaleza mecanicista no le dice nada ciertamente al hombre, pero sólo porque el mecanicismo la ha considerado así *a priori*. Es necesaria una lectura “metafísica” de la naturaleza, puesto que ocupa un ámbito cerrado a la ciencia, es decir, el “existencial”. La pretensión de la ciencia de rebatir este ámbito es indebida porque, si tiene competencia en el análisis de las causas eficientes, no lo tiene en el de las causas existenciales. Efectivamente, sólo una lectura metafísica de la naturaleza permite dilatar el jusnaturalismo tradicional, haciéndolo, de mera doctrina de los derechos del hombre, doctrina también de los “derechos de la naturaleza”. Al afirmar la necesidad de fundamentar una doctrina de los “derechos de la naturaleza” no se pretende negar que es lícito (además de útil) “usar” a la naturaleza, sino que se reitera que este uso no debe ir contra la “dignidad” de la naturaleza misma, ni significar o realizar esa “escisión” entre hombre y naturaleza que está en la raíz del problema ecológico. Sólo en una perspectiva de comprensión metafísica nos es posible percibir a la naturaleza como “normativa”, discerniendo en ella una duplicidad fundamental, entre su “facticidad” y su *logos*,

universalmente normativa. Para esa manera de concebir la naturaleza resulta apropiada la imagen del hombre como “autocomprensión”; en el sentido de comprensión de nuestro “vacío de ser”, acompañada de la conciencia de que nuestra “naturaleza personal” tiene la potencialidad de colmar este vacío.

En conclusión, la naturaleza se dirige a nosotros mandándonos “ser lo que somos”; precepto análogo “formalmente” al que dirige a cualquier otro ente, aunque diverso “en la sustancia” por la capacidad que el hombre tiene de responder “libremente”, como individuo, a este precepto. Será norma fundamental de nuestro existir la de estar, en cualquier circunstancia de nuestra existencia, tensionalmente dirigidos a realizar la plenitud de ser. En esta perspectiva, la referencia a la dimensión normativa de la naturaleza puede en verdad constituir un modo de pensar el mundo que lo lee como “dotado de sentido”, de un sentido que no somos nosotros quienes se lo damos sino que se nos impone con fuerza. He aquí por qué el derecho natural puede ser definido como “el orden de la existencia”, un orden en el que el derecho de la naturaleza constituye al mismo tiempo sus diques y su fundamento.

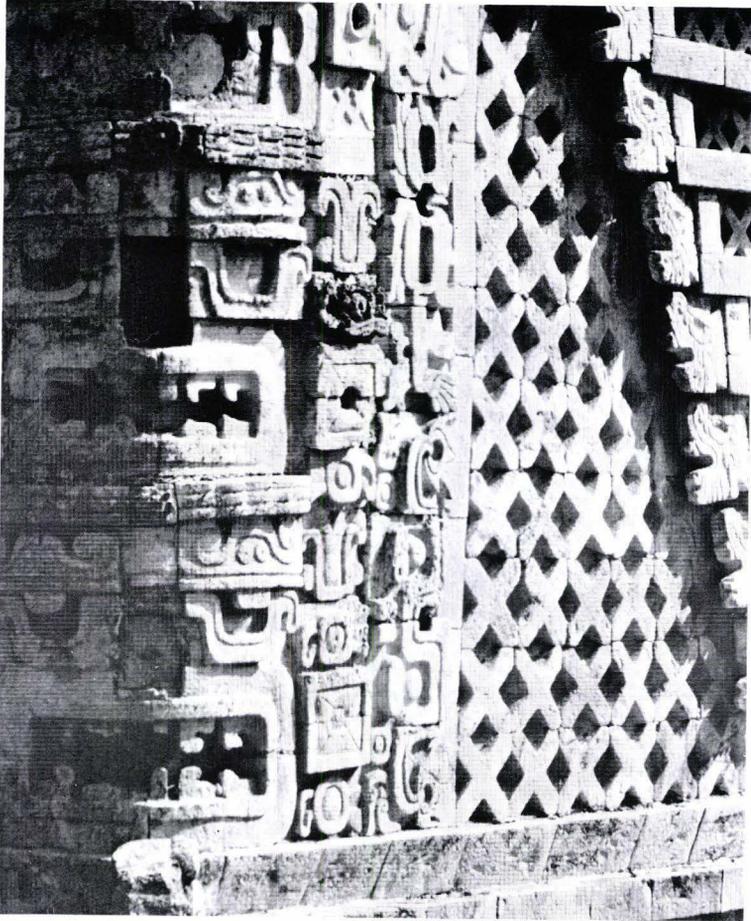
BLANGIARDO, G., *Verso quale futuro? Problemi e riflessioni in tema di evoluzione demografica, en Ecologia e vita: naturalismo estremista o umanesimo ontocentrico?*, Actas de la Reunión promovida por el Movimiento por la Vida Ambrosiano (Milán, 5 de mayo de 1991), Milán: Vita e Pensiero, 1992.

La aportación que la demografía puede hacer al campo de la ecoética es el de informar sobre los tiempos y modos con que la población resiente la evolución del ambiente y puede, ella misma, volverse factor de desequilibrio respecto de este último. El conocimiento de los problemas demográficos es, incluso en una perspectiva de evolución futura, la premisa indispensable para anticipar y evaluar la intensidad y la localización de los problemas ambientales. Después de detenerse en el concepto de población, el autor analiza las influencias ambientales de dos equilibrios, el económico y el sociocultural. Ambos inciden fuertemente en la evolución demográfica, en un caso mediante el equilibrio o desequilibrio de la oferta-demanda de trabajo; en el otro, por la

marcha del flujo de intercambio intergeneracional que constituye el medio en el que la población afirma su identidad. A continuación se analiza la situación demográfica de nuestro planeta, utilizando como instrumento para interpretar y prever la dinámica demográfica del mundo en vías de desarrollo el modelo de la “transición demográfica”. Se pone en evidencia la acentuación de la movilidad internacional y de los desequilibrios económicos y socio-culturales, tanto internos como externos a tales naciones, que se seguirían de ello. Se identifican problemas demográficos incluso a nivel nacional, por ejemplo, en el futuro la población italiana probablemente tendrá estructuras familiares caracterizadas por tres tipologías predominantes: *a*) núcleos familiares de pequeña dimensión, formados por los cónyuges y por dos o, más frecuentemente, un solo hijo; *b*) parejas de cónyuges en edad madura y a menudo flanqueadas por la presencia de los hijos, para entonces ya independientes; *c*) individuos solos, en cuyo ámbito debería aparecer un evidente predominio de ancianos (en su mayoría mujeres). Por lo que se refiere a la actitud acerca de los problemas vinculados con el desarrollo demográfico a nivel internacional, el camino iniciado con la Conferencia Internacional sobre la Población de Bucarest en 1974, y seguido con el de la Ciudad de México en 1984, buscaba el compromiso del mundo desarrollado para actuar concretamente a fin de que el Tercer Mundo pudiera salir de la transición demográfica, pero no con medidas coercitivas, sino mediante la maduración del desarrollo. A pesar de ello, el camino hacia la efectiva actuación de los principios de solidaridad internacional es aún muy largo. En el ámbito italiano se observa que la experiencia del pasado reciente ha demostrado ampliamente que, a pesar de la ausencia declarada de cualquier intervención específica de política demográfica, muchas medidas que han tenido origen fuera del campo demográfico han terminado por reflejarse luego, actuando sobre las opciones de individuos, familias, agentes económicos, en la dinámica y en la estructura de la población. Piénsese, en efecto, en las leyes sobre el aborto y el divorcio, en las disposiciones sobre los subsidios familiares, en los criterios de contribución para algunas prestaciones sociales, en las mismas normas que regulan la recaudación fiscal, etcétera.

En esta óptica, aceptando la responsabilidad de hacer una intervención de “práctica demográfica”, se harían opciones políticas indudablemente onerosas desde el punto de vista económico, pero que se verían como un

gran plan de inversiones; una inversión en el equilibrio para asegurar al sistema el manejo no traumático de los fenómenos y de la problemática de una demografía postransicional.



Mosaicos de piedra, Mitla, Oaxaca



Pirámide de la Luna, Teotihuacán, Estado de México

Artículos publicados en la revista MEDICINA Y ETICA

- Abuso sexual y maltrato físico en menores de edad, *Marilucy López García, Arnulfo L' Gamiz Matuk*, 469-474, 1994/4.
- Actualidad sobre la capacidad reproductiva de la mujer, *Salvatore Mancuso, Costabile Guida, Antonio Lanzone*, 31-37, 1994/1.
- Agenda global de bioética. Declaración de Ixtapa, *CIOMS*, 499-503, 1994/4.
- Algunas consideraciones concernientes a la respuesta a propuestas de ley sobre no-discriminación de las personas homosexuales. *Documento de la Santa Sede*, 355-360, 1994/3.
- Algunos aspectos estadísticos sobre el aborto provocado. Variables médicas, *Ma. de la Luz Casas Martínez*, 107-115, 1993/4.
- Amenaza de parto pretérmino y rechazo del tratamiento, *Antonio G. Spagnolo*, 281-300, 1994/3.
- Anticonceptivos e imperialismo cultural contra las necesidades reales de la mujer y las familias en el mundo entero, *Mercedes Arzu Wilson*, 421-426, 1994/4.
- Anticonceptivos o métodos artificiales de regulación de la fertilidad, *Francisco J. Marcó Bach*, 53-73, 1993/4.
- Asignación de recursos para la salud en la etapa terminal, *A. Lifshitz*, 17-26, 1993/4.
- Aspectos bioéticos del alcoholismo, *E. Tempesta, E. Zeppetelli*, 38-54, 1992/1.
- Aspectos éticos de la homosexualidad, *M. Cassani*, 341-354, 1991/3.
- Aspectos éticos y humanos del trasplante de órganos, *L. Ciccone*. 215-230, 1990/2.

- Aspectos humanos y éticos de la ingeniería genética, *M.A. Peeters*, 71-78, 1992/1.
- Aspectos jurídicos y éticos de la procreación o fertilización asistida, *Bernardo Pérez-Fernández del Castillo*, 443-456, 1994/4.
- Aspectos médico-legales, normativos y éticos de las sorderas profesionales, *M. Rosignoli; J. Galli; L. D'Alatri*, 29-38, 1991/1.
- Autonomía y consentimiento informado. Modelos de relación entre médicos y enfermo mental, *Roberta Sala*, 387-420, 1994/4.
- Avances tecnológicos en las ciencias de la salud y sus repercusiones ético-teológicas, *J.E. Hug*, 287-307, 1991/3.
- Bioética de los principios y bioética de las virtudes: el debate actual en Estados Unidos, *L. Palazzani*, 445-471, 1992/2.
- Bioética en la Pediatría de base, *S. Leone*, 391-407, 1992/2.
- Bioética y Derechos Humanos, *M. Velasco S.*, 9-28, 1993/2.
- Bioética y la atención del paciente terminal, *Francisco Escobedo*, 459-467, 1994/4.
- Bioética y medicina de las catástrofes, *E. Sgreccia, G. Fasanella*, 115-128, 1993/1.
- Biojurídica: ámbito y principios, *J.M. Serrano*, 29-44.
- Biología y moral en nuestra capacidad de reacción. Reflexiones sobre el tema, *F. D'Onofrio*, 203-211, 1992/2.
- Calidad de vida en los últimos instantes, *P. Cattorinii*, 405-422, 1991/4.
- Calidad de vida: consideraciones filosóficas, *Laura Palazzani*, 365-377, 1994/3.
- Comité "Pro-Vida" de los obispos católicos estadounidenses, 33-59, 1993/1.
- Comunicación de la verdad al paciente, *R. Pegoraro*, 75-89, 1993/2.
- Comunicado de la Comisión Permanente del episcopado argentino: Dios fuente y Señor de la vida, 91-92, 1991/1.
- Conferencia Episcopal Alemana: Declaración sobre «Futuro de la creación, futuro de la humanidad», 295-312, 1990/2.
- Conferencia Internacional sobre Sida: Vivir ¿Por qué? 157-167, 1990/1.
- Congreso Tomístico Internacional sobre el Aquinate «Doctor humanitatis», 137-139, 1991/1.
- Consultas C.E.I. para la salud y la asistencia. Indicaciones pastorales sobre "Los enfermos mentales", 234-240, 1991/2.

- Consultas C.E.I. por la sanidad y la asistencia: Indicaciones pastorales acerca de "Problemas y perspectivas pastorales de los ancianos no autosuficientes", 230-232, 1991/2.
- Contracepción y métodos cíclicos naturales: consideraciones, *F. D' Onofrio*, 92-117, 1990/1.
- Cuando existe un "pre-embrión", ¿se trata de otro embrión? *M. Zatti*, 157-165, 1992/2.
- De los Comités de Bioética. *Comité Nacional de Bioética*, 11-52, 1993/4.
- Debate en Bioética: ¿tiene el feto derecho a la vida? *C. Viafora*, 467-476, 1991/4.
- Debate sobre filosofía, *L. Palazzani*, 121-128, 1993/3.
- Debate sobre filosofía. Bioética y nuevas religiones, *L. Palazzani*, 117-125, 1993/4.
- Debate sobre filosofía. Pluralismo y tolerancia, *Laura Palazzani*, 245-249, 1994/2.
- Declaración de los obispos de Bélgica después del voto sobre la ley que despenaliza el aborto, 312-319, 1990/2.
- Del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud: Caso práctico sobre el aborto, 213-220, 1992/2.
- Del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud: En favor de la "buena" eutanasia, *E. Morales Juvera*, 339-345, 1992/2.
- Del Instituto de humanismo en Ciencias de la Salud: Hemopatías malignas y embarazo, aspectos bioéticos y sociales. ¿Es aconsejable el aborto? *J. Kuthy Porter*, 79-82, 1992/1.
- Del Magisterio Episcopal. Documento sobre el aborto del Magisterio español, 83-124, 1992/1.
- Derechos humanos e indicaciones bioéticas en la prescripción de los psicofármacos, *E. Sgreccia*, 325-340, 1991/3.
- Derechos y deberes de la medicina de predicción, *V. Melle*, 183-199, 1991/2.
- Dignidad de la muerte, *J. Kuthy P.*, 37-44, 1993/3.
- Directiva del Consejo del 23 de abril de 1990 sobre la emisión deliberada en el ambiente de organismos genéticamente modificados, 110-129, 1991/1.
- Directiva del Consejo del 23 de abril de 1990 sobre la utilización de microorganismos genéticamente modificados, 93-110, 1991/1.

- Disponibilidad y disposición. Reflexiones éticas sobre la participación de voluntarios sanos en la investigación biomédica, *R. Mordaccii*, 167-196, 1992/2.
- Donación, comercio, expropiación de órganos, *D. Rodríguez*, 231-246, 1990/2.
- Edad Materna y riesgo de malformaciones fetales, 121-122, 1993/4.
- El caso de Nancy Beth Cruzan, *Antonio Puca*, 99-120, 1993/4.
- El código deontológico médico de 1847, *F. C. Fernández Sánchez*, 35-53, 1993/4.
- El Consejo permanente C.E.I. por el día de la vida del 3 de febrero de 1991; "El amor para la vida es una elección de libertad", 240-242, 1991/2.
- El consentimiento informado: una experiencia clínica en cardiología, *F. Tortoreto, E. Sgreccia, G. Schiavoni*, 57-75, 1994/1.
- El derecho a la salud a través de la cooperación internacional, *W.S. Gunn*, 197-202, 1992/2.
- El diagnóstico genético de los trabajadores: recientes adquisiciones científicas, problemática ética y ético-jurídica, *V. Mele, G. Girlando, E. Sgreccia*, 183-213, 1990/2.
- El niño moribundo: verdad, autonomía e intereses en conflicto, *Roberta Sala*, 39-55, 1994/1.
- El Papa a la Asamblea plenaria del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Operadores Sanitarios: llamados a ser el signo de la misión de la Iglesia hacia el hombre que sufre, 131-136, 1990/1.
- El Papa a la Conferencia Italiana de los Consultorios Familiares de Inspiración Cristiana: los consultorios familiares sean lugares de auténtico servicio a la familia, 136-139, 1990/1.
- El Papa a la federación de los farmacéuticos católicos: Es necesario un código moral que regularice la distribución de los medicamentos, 219-221, 1991/2.
- El Papa a los fieles de Guinea Bissau: unidad y fidelidad en el amor conyugal, 119-124, 1990/1.
- El Papa a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado en Tanzania: los problemas de los refugiados y del SIDA exigen el reconocimiento de la interdependencia de los pueblos, 86-90, 1991/1.
- El Papa a los participantes en el Congreso Internacional de la Asociación "Omnia Hominis": en la dignidad de la muerte se celebra y se exalta la plenitud de la vida, 84-86, 1991/1.

- El Papa Juan Pablo II en el encuentro con el Mundo de la Cultura (México, D. F.), 288-295, 1990/2.
- El Santo Padre a estudiosos de la regulación natural de la fertilidad: La responsabilidad para el amor es inseparable de la responsabilidad para la procreación, 225-229, 1991/2.
- El Santo Padre a los enfermos y a los médicos de Benevento: la ciencia médica está llamada a colaborar con Dios en la defensa de la vida del hombre, 83 84, , 1991/1.
- El Santo Padre a los enfermos y al personal médico del Hospital Cardarelli de Nápoles: Amar la vida del enfermo así como la propia, 222-225, 1991/2.
- El Santo Padre en la Conferencia Internacional. La longevidad y la calidad de vida: asegurar a cada hombre una parábola vital que lo lleve desde la concepción hasta el ocaso natural, no siendo éste anticipado ni comprometido por condiciones de vidas subhumanas, 360-364, 1991/3.
- El Santo Padre en la homilía en el Santuario de Yagma: garantizar la estabilidad de la familia y defender el derecho a la vida desde la concepción, 127-131, 1990/1.
- El secreto profesional, *Víctor M. Espinosa de los Reyes*, 301-314, 1994/3.
- Encuentro de S.S. Juan Pablo II con las familias (Chihuahua), 282-288, 1990/2.
- Enfoque multidisciplinario del niño diabético, *G. Marietti, L. Di Bernardo, P. Pantanella, P. Metastasio, C. La Valle*, 101-114, 1993/2.
- Esa intolerante tolerancia. *Entrevista a Carlo Caffarra*, 119-133, 1994/1.
- Estrategia para la investigación clínica sobre el SIDA e infección por HIV, *P. Cattorini, R. Mordacci*, 133-155, 1992/2.
- Ética de las tecnologías instrumentales en medicina, *S. Leone*, 473-483, 1992/2.
- Ética e iatrogenia; algunas consideraciones, *R. Cicero*, 317-324, 1991/3.
- Ética e investigación en seres humanos. Perspectivas culturales diferentes: América Latina, *G. Soberón, M. Tarasco, J. Kuthy*, 29-37, 1992/1.
- Ética y ecología, *L. Miguel Pastor*, 27-34, 1993/4.
- Ética y Medicina en México, *J. Kuthy Porter, Gabriel de la Escosura*, 247-260, 1990/2.

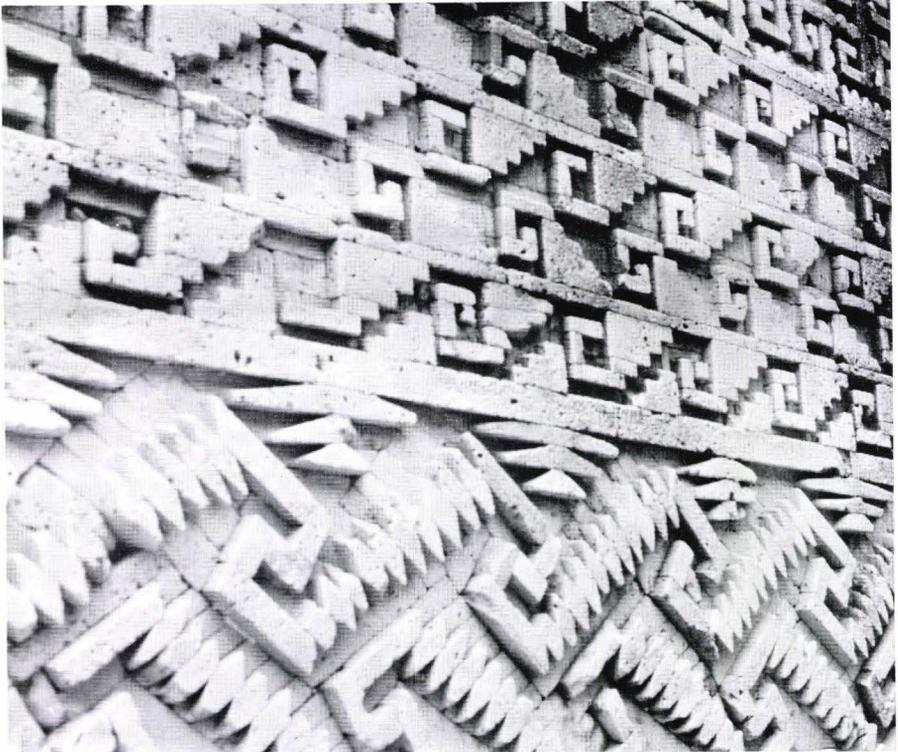
- Experimentos inaceptables que destruyen la dignidad de la persona humana, De L' osservatore Romano, 367, 1991/3.
- Fecundación in vitro y manipulación de embriones, *F.J. Marcó B.*, 47-66, 1993/2.
- Feto en riesgo por hiperplasia suprarrenal congénita. ¿Cuáles son los límites éticos del diagnóstico y de la terapia fetales? *A.G. Spagnolo, M.L. Di Pietro*, 99-119, 1993/3.
- Genética, medicina predictiva y test de identificación, *A. G. Spanolo*, 221-236, 1992/2.
- Homilía de Juan Pablo II en la misa con los jóvenes (San Juan de los Lagos, Jal.), 277-282, 1990/2.
- Hospital: estructura y humanización, *E. Tresalti*, 430-442, 1991/4.
- Identidad y estatuto del embrión humano, *Centro de Bioética*, 41-54, 1990/1.
- Implicaciones bioéticas para la disposición mediata e inmediata de órganos para trasplante en pacientes con lesiones craneoencefálicas, *Manuel Casas López*, 259-279, 1994/3.
- Individuación genética y gemelación: la objeción de los gemelos monocigóticos, *Philippe Caspar*, 427-441, 1994/4.
- Inducción de la ovulación en una paciente betatalasémica homocigótica, *P. Negri, A. Tomasi, A. Ricciardelli, E. Grechi, A.G. Spagnolo*, 95-114, 1993/1.
- Infección por HIV y secreto profesional, *V. Boroni*, 299-326, 1992/2.
- Intervención cardioquirúrgica en el tóxicodependiente con endocarditis, *R. Manna, M. Cascio, A. G. Spagnolo*, 271-285, 1992/2.
- Islam y aborto, *Dariush Atighetchi*, 9-30, 1994/1.
- Juan Pablo II en la Asamblea Plenaria de la Academia Pontificia de las Ciencias: El Papa les pide hoy una vez más buscar la verdad en beneficio del hombre, 356-360, 1991/3.
- Jurisprudencia, 321-323, 1990/2.
- La bioética en la investigación del ser humano, *Gonzalo Herranz*, 315-333, 1994/3.
- La bioética y la humanización de las ciencias médicas, *J. Kuthy Porter, M. Tarasco Michel*, 101-106, 1993/4.
- La comunidad terapéutica para tóxicodependientes. Origen, desarrollo, modelos de intervención, *F. Calamo S., A. Scapigliati, A. Terzani*, 253-269, 1992/3, 1992/2.

- La cordocentesis: indicaciones, utilidad y riesgos, *G. Noia, L. Masini, M. De Santis, M.P. DiLieto, C. Trivellini, A. Bianchi, A. Caruso, S. Mancuso*, 55-70, 1992/1.
- La ética en la toma de decisiones médicas, *Mauricio García Sainz*, 349-353, 1994/3.
- La eutanasia y la enfermería, *G. Fasanella; E. Corda*, 39-54, 1991/1.
- La eutanasia y la profesión de enfermera, *G. Fasanella, E. Corda*, 45-58, 1993/3.
- La fecundación artificial ante la ética, *Elio Sgreccia*, 183-203, 1994/2.
- La fecundada en la esterilidad, *Giuseppe Cesari*, 173-181, 1994/2.
- La fundamentación de la obligación moral en el tratamiento de los pacientes con la infección HIV, *L. Palazzani, P. Marchionni, M. Vicenza, A. Spagnolo*, 9-28, 1992/1.
- La injerencia política en la procreación, *Michel Schooyans*, 135-148, 1994/2.
- La inseminación artificial homóloga y heteróloga en la esterilidad masculina. Aspectos médicos y psicológicos, *Aldo Isidori*, 149-171, 1994/2.
- La paz don de Dios y tarea de todos, *Conferencia del Episcopado Mexicano*, 111-118, 1994/5/1.
- La persona humana: fundamento de la bioética, *Jorge Mario Cabrera Valverde*, 95-109, 1994/5/1.
- La polémica sobre el aborto, *Del Acta diurna de "L'Observatore Romano"*, 477-481, 482-483, 1991/4.
- La protección legal de la vida humana, *B. Blanco R.*, 9-30, 1993/1.
- La situación de los ancianos en la sociedad italiana, 233-234, 1991/2.
- La transmisión y prevención del SIDA, *F.J. Marcó B.*, 73-98, 1993/3.
- La unidad y la dignidad de la persona en la antropología sexual cristiana, *I. Fucek*, 443-466, 1991/4.
- Los antiandrogénicos en el tratamiento del comportamiento sexual violento. Reflexiones éticas, *V. Mele, E. Sgreccia*, 427-443, 1992/2.
- Los comités de bioética se pronuncian acerca de la procreación artificial, *Antonio G. Spagnolo*, 205-231, 1994/2.
- Luz y sombra en el diagnóstico de muerte cerebral, *F. D'Onofrio*. 171-182, 1991/2.
- Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar, *Pamela Babb Stanley*, 475-484, 1994/4.

- Matrimonio y familia: doctrina del Magisterio, *Carlo Caffarra*, 77-93, 1994/1.
- Mensaje del Papa para la Convención del AMCI: El médico católico tiene que ser un auténtico defensor y promotor de la vida humana, 355-356, 1991/3.
- Mensaje del Papa por el primer día mundial del diálogo y de la información sobre el SIDA; la condición humana de los enfermos de SIDA requiere una especial ayuda y solidaridad, 365-366, 1991/3.
- Mensaje del Santo Padre para la Jornada de los enfermos de lepra: la difusión de la lepra en el mundo es uno de los escándalos para la comunidad internacional, 124-127, 1990/1.
- Mesa Redonda sobre «Ética y tecnologías de la reproducción: una relación problemática», 134-136, 1991/1.
- Meta-análisis de los datos científicos del GIFT: una contribución a la reflexión ética, *Ma. Luisa Di Pietro, A. G. Spanolo, E. Sgreccia*. 9-39, 1990/1.
- Metodología de análisis de casos clínicos en los comités de bioética de los hospitales, *T. Gómez Maganda y Silva*, 11-15, 1994/1.
- Metodos naturales de regulación de la fertilidad, *Francisco J. Marcó Bach*, 75-97, 1993/4.
- Normas para los Autores, 277-278, 1991/2.
- Nuevos horizontes del utilitarismo hedonista, *Angelo Fiori*, 361-364, 1994/3.
- Nutrición e hidratación. Consideraciones morales y pastorales, 1993/1
- Nutrición e hidratación. Segunda parte. Declaración de los obispos católicos de Pensilvania, *Cardenal Anthony Bevilacqua*, arzobispo de Filadelfia, 61-92, 1993/1.
- Obispos católicos en Nueva York: Documento sobre la distribución del preservativo en las escuelas públicas, *Magisterio Episcopal*, 485-498, 1994/4.
- Pedagogía de la Bioética. Un enfoque catequético de la bioética, *G. Russo*, 9-36, 1993/3.
- Perinatología: convivir con los errores, *S. Nordio*, 373-388, 1992/4.
- Perspectivas teológicas y éticas acerca de la corporeidad humana, I. Fucek, 3-20. 1991/1, 1991/1.
- Primera Reunión Internacional de Andrología, "diagnosticar la impotencia", 243-252, 1991/2.

- Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal, *V.L. Pascali, E. Bottone, A. Fiori*, 409-425, 1992/2.
- Problemas de la investigación clínica, *M. Cárdenas L.*, 91-100, 1993/2.
- Problemas oculares ligados al empleo profesional de las terminales de computadora, *C. Manganelli, F. Focosi*, 201-209, 1991/2.
- Propuesta de ley para la tutela del embrión en Alemania Federal, 484-486, 1991/4.
- Radiaciones electroterapéuticas: ¿riesgos-beneficios o costos-beneficios? *L. Failla*, 423-429, 1991/4.
- Razones por la vida. El aborto: consideraciones para una adecuada reglamentación jurídica, *Sada Derby*, 55-75, 1991/1.
- Realidad demográfica y mundial. Políticas que pretenden un cambio en los valores de la familia y de la sociedad, *M.L. Casas M.*, 59-72, 1993/3.
- Reglamento en materia de Aborto en la mujer menor de edad., Juzgado de la Spezia, 369-371, 1991/3.
- Resultados psicológicos e implicaciones éticas y asistenciales en los trasplantes cardíacos, *A. Puca*, 287-297, 1992/2.
- Resúmenes, 373-382, 1991/3.
- Reunión Nacional sobre «La regulación natural de la fertilidad: recientes adquisiciones científicas e implicaciones socio-culturales», 327-329, 1990/2.
- Reunión sobre «Culpa y vergüenza: aspectos socio-antropológicos, psicológicos, psicopatológicos» 326-327, 1990/2.
- Reunión sobre «La bioética: cuestiones morales y políticas para el futuro del hombre», 329-331, 1990/2.
- Seminario de estudio sobre «El nuevo Código italiano de Deontología médica», 325-326, 1990/2.
- Sentencia de la Corte de Blount, Maryville, Tennessee (U.S.A.) N° 14496: "Entrega de siete embriones crioconservados a la madre genética," 140-155, 1990/1.
- Sexualidad y fertilidad del lesionado medular y de otros grandes discapacitados físicos, *M. Cuyás*, 21-28, 1991/1.
- Sexualidad y persona: valores éticos, *L. Ciccone*, 56-90, 1990/1.
- Tecnología médica en países industrializados y en vías de desarrollo: políticas de salud y valores, *P. Rosso; J.Giaconii*, 309-316, 1991/3.

- Tendencias y corrientes filosóficas en bioética, *Martha Tarasco Michel*, 335-348, 1994/3.
- Transformaciones socioculturales de la familia y comportamientos relativos a la procreación, *P. Donati*, 55-100, 1993/4.
- Transplantes, derechos y bioética, *M.E. Martín A.*, 67-73, 1993/2.
- Uso de tejidos fetales humanos y conexión con el aborto, 122-125, 1993/4.
- Voluntariado y asistencia a pacientes infectados con SIDA, *S. Fassino, A. Ferrero, P.L. Marchesi, M. Mazzone*, 329-337, 1992/2.
- 17º Congreso Mundial de la Federación Internacional de las Asociaciones de los Médicos Católicos sobre «La naturaleza biológica y la dignidad de la persona humana», 131-133, 1991/1.



Detalle de grecas, Montealbán, Oaxaca

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: N\$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: N\$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.