

# BIOETHICS UPdate

Indexada en / Indexed in: MIAR, DOAJ, LATINDEX (Directorio y Catálogo 2.0), The Philosopher's Index, EBSCO Essentials™, LatinRev, Dialnet, Dimensions, ERIH

Volume 10 - Number 1 / January-June 2024

Volumen 10 - Número 1 / Enero-Junio 2024

ISSN: 2395-938X; eISSN: 2448-7511

[www.bioethicsupdate.com](http://www.bioethicsupdate.com)

## CONTENTS/ÍNDICE

### EDITORIAL/EDITORIAL

- **Virginia Aspe-Armella**  
Ethos y episteme en la filosofía de Evandro Agazzi

### ORIGINAL ARTICLES/ARTÍCULOS ORIGINALES

- **Martinique Acha-Alemán**  
The destruction of intimacy: pornography in the digital age
- **Ma. de la Luz Casas-Martínez**  
No vivimos solos en el mundo. Autonomía relacional
- **Gloria Díaz-Rodríguez**  
Gestación subrogada: dilemas éticos y regulación para un futuro equitativo
- **Guillermo R. Cantú-Quintanilla y Mariana López-Cervantes**  
Revisión sobre humanismo médico
- **Marytere Herrera-Martínez y Ma. Blanca Ramos-de-Viesca**  
Factores que influyen en la toma de decisiones en oncología. Reflexión bioética acerca de la medicina centrada en el paciente
- **Hortensia Cuéllar**  
Síndrome de *burnout* en profesionales de la salud desde una perspectiva bioética



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA\*



PERMANYER  
[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

# BIOETHICS UPdate

Indexada en / Indexed in: MIAR, DOAJ, LATINDEX (Directorio y Catálogo 2.0), The Philosopher's Index, EBSCO Essentials™, LatinRev, Dialnet, Dimensions, ERIH

## EDITOR IN CHIEF / EDITOR EN JEFE

EVANDRO AGAZZI

Director del Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

## EDITORIAL MANAGER / JEFE REDACTOR

LOURDES VELÁZQUEZ GONZÁLEZ

Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

## EDITORIAL STAFF / EQUIPO EDITORIAL

GREGORIO T. OBRADOR VERA

Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

HUGO SAÚL RAMÍREZ GARCÍA

Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

JOSÉ ALBERTO ROSS HERNÁNDEZ

Dirección Corporativa, Instituto de Humanidades, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

GARBINE SARUWATARI ZAVALA

Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México, México

DORA MARÍA SIERRA MADERO

Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

FERNANDO BATISTA JIMÉNEZ

Dirección, Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA®

Bioethics UPdate is a scientific publication founded in 2015 by the Panamerican University of Mexico. The journal is devoted to promoting the Bioethics field in a scientific and argued way.

It is a peer reviewed, biannual publication, that publishes online open access (free of charge for authors and readers) articles in Spanish or English. It has an Editorial Committee composed of national and international experts.

Bioethics UPdate es una publicación científica fundada por la Universidad Panamericana de México en 2015. Su propósito es promover y discutir sobre bioética con razonamientos científicos.

Es una publicación semestral, open access (abierta sin coste para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés. Cuenta con un Comité Editorial compuesto de expertos nacionales e internacionales.

## INTERNATIONAL ADVISORY BOARD / CONSEJO CIENTÍFICO INTERNACIONAL

RICHARD ASHCROFT

Departamento de Bioética, City Law School, City University, Londres, Reino Unido

TOM J. BEAUCHAMP

Departamento de Filosofía, Georgetown University, Washington, Estados Unidos

CARLO BELLINI

Departamento de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario de Siena, Siena, Italia

MARTA BERTOLASO

Departamento de Filosofía de la Ciencia, Facultad de Ingeniería / Instituto de Filosofía de la Práctica Científica y Tecnológica, Campus Universitario Bio-Médico de Roma, Roma, Italia

MYLÈNE BOTBOL-BAUM

Facultad de Salud Pública, Institut Supérieur de Philosophie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Bélgica

ARTHUR CAPLAN

Departamento de Bioética, NYU Grossman School of Medicine, NYU Langone Medical Center, Nueva York, Estados Unidos

AMNON CARMÍ

Departamento de Bioética, UNESCO, University of Haifa, Haifa, Israel

BARBARA CHYROWICZ

Departamento de Ética aplicada, Catholic University John Paul II, Lublin, Polonia

YALI CONG

Departamento de Ética Médica y Derecho de la Salud, Peking University, Beijing, China

ANNE FAGOT-LARGEAULT

Departamento de Filosofía Biológica y Ciencias Médicas / Miembro de la Academia francesa de Ciencias, College de France, París, Francia

JOSEPH FINS

Departamento de Ética Médica, Weill Cornell Medicine, Nueva York, Estados Unidos

GILBERTO GAMBOA BERNAL

Departamento de Bioética, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia

VOLNEI GARRAFA

Departamento de Bioética / International Affairs of the Unesco Latin American and Caribbean Bioethics Network, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

DIEGO GRACIA GUILLÉN

Departamento de Historia de la Medicina y Bioética, Escuela de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

FRANCISCO LEÓN CORREA

Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

FERNANDO LOLAS STEPKE

Centro interdisciplinario para estudios en Bioética, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

FLORENCIA LUNA

Área de Bioética, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Latin American Social Sciences Institute, Buenos Aires, Argentina

ALFREDO MARCOS

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

SHEILA MCLEAN

Institute of Law and Ethics in Medicine, University of Glasgow, Glasgow, Escocia

ALAN MEISEL

Departamento de Derecho, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Estados Unidos

ROBERTO MORDACCI

Filosofía Moral, Vita-Salute San Raffaele University, Milán, Italia

THOMAS MURRAY

Presidente emérito, Hastings Center, Garrison, Estados Unidos

JAIME NUBIOLA

Facultad de Filosofía, Universidad de Navarra, Navarra, España

JUSTIN OAKLEY

Monash Bioethics Centre School of Philosophical, Historical and International Studies, Monash University, Clayton, Australia

ADRIANO PESSINA

Departamento de Filosofía, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milán, Italia

PABLO RODRÍGUEZ DEL POZO

Departamento de Ciencias de la salud de la población y Ética Médica en Medicina, Weill Cornell Medicine, Qatar, Doha, Qatar

MARGARET A. SOMERVILLE

McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, The University of Notre Dame Australia - Sydney Campus Broadway, Sidney, Australia

VITTORADOLFO TAMBONE

Departamento de Bioética, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia

PAVEL TISHCHENKO

Departamento de Bioética, FGBUN Institute of Philosophy, Russian Academy of Science, Moscú, Federación Rusa

CORRADO VIAFORA

Departamento de Bioética, Università degli Studi di Padova, Padova, Italia

JURE ZOVKO

Departamento de Filosofía de la ciencia y la Epistemología, University of Zadar, Zadar, Croacia

BIOETHICS UPDATE es una revista *open access* con licencia *Creative Commons*. Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.  
© 2024 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

BIOETHICS UPDATE is an open access journal with a Creative Commons license. Opinions, results and conclusions expressed in the journal are those of the authors. The editor and the publisher are not responsible for the contents published in the journal.  
© 2024 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access publication under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Puede enviar su manuscrito a / Please, submit your manuscript in:

<https://publisher.bup.permanyer.com//login.php>



**PERMANYER**  
[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

**Permanyer**

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España  
[permanyer@permanyer.com](mailto:permanyer@permanyer.com)

**Permanyer México**

Temístocles, 315  
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo  
11560 Ciudad de México  
[mexico@permanyer.com](mailto:mexico@permanyer.com)



[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

ISSN: 2395-938X; eISSN: 2448-7511  
Ref.: 10129AMEX241

**Reproducciones con fines comerciales:**

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo, para fines comerciales.

# Ethos y episteme en la filosofía de Evandro Agazzi

## *Ethos and episteme in the philosophy of Evandro Agazzi*

Virginia Aspe-Armella

Investigación, Facultad de Filosofía, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

### Nota aclaratoria

El 29 de noviembre de 2023, la Universidad Panamericana dedicó una ceremonia de homenaje al Dr. Evandro Agazzi, editor de la revista *Bioethics UPdate*, por su prestigiada labor como académico e investigador y su invaluable contribución al desarrollo y posicionamiento del Centro Interdisciplinario de Bioética (CIBUP). Durante el evento se otorgó al homenajeado el nombramiento de Director Emérito del CIBUP.

El acto se abrió con una conferencia de la Dra. Virginia Aspe Armella, quien presentó el pensamiento y la obra del Dr. Agazzi. El texto de esta conferencia se publica ahora en la revista *Bioethics UPdate* como artículo de tipo editorial por gentil concesión de la autora.

### Introducción

Evandro Agazzi, en mi opinión, encarna el perfil del auténtico teórico de la ciencia y de la lógica del siglo XX. Por sus aportaciones, ha sido y es miembro de academias en todo el mundo y ha recibido doctorados *honoris causa* en múltiples países. Es de religión católica y hay quienes lo califican como el intelectual católico de Europa (yo pienso que es mucho más que eso). La prueba de que supera esa denominación, es su colaboración con asociaciones científicas de la Rusia de la Unión Soviética tanto como sus colaboraciones con Rusia después de la Perestroika, así mismo lo prueban su estancia mexicana tanto en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) como en la Universidad Panamericana (UP) sin distinción alguna, y su constante colaboración en pares con miembros del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con universidades públicas y privadas de EE.UU. y Europa.

#### Correspondencia:

Virginia Aspe-Armella  
E-mail: [vaspe@up.edu.mx](mailto:vaspe@up.edu.mx)

Fecha de recepción: 13-12-2023

Fecha de aceptación: 18-12-2023

DOI: 10.24875/BUP.M23000016

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):1-6

[www.bioethicsupdate.com](http://www.bioethicsupdate.com)

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Magister* en el pleno sentido de la palabra, se ha abocado a la investigación dura tanto como al diálogo y enseñanza con sus alumnos, y asiste frecuentemente a congresos nacionales y mundiales de filosofía. Agazzi es, ante todo, un filósofo de la ciencia que ha creado escuela, en concreto en México. A él se le debe, por ejemplo, el fortalecimiento de las relaciones entre ciencia y filosofía para potenciar los estudios de bioética cuando, uniendo esfuerzos desde el 2009 con su comadre Juliana González de la UNAM, comenzaron las múltiples publicaciones interdisciplinarias de bioética en el Fondo de Cultura Económica; además, destaca su flamante presencia en el Centro Interdisciplinario de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana. Si revisamos las conferencias magistrales que ha dado en los últimos 10 congresos internacionales de la AFILOMEX, vemos que la presencia de su discurso científico en México ha sido recurrente tanto entre grupos marxistas (dió conferencia magistral del Congreso Nacional de Filosofía durante la presidencia en la Asociación Filosófica de México del filósofo marxista Gabriel Vargas Lozano) como durante la presidencia en la AFILOMEX de Paulette Dieterlen, representante de la filosofía analítica en México, congreso en que también tuvo su conferencia magistral.

El fortalecimiento científico y filosófico que este autor ha dado a México solo es comparable al que produjo en el destierro Francisco Xavier Clavijero en el siglo XVIII, jesuita criollo que, desterrado a Italia (la tierra de Agazzi) y apoyando sus investigaciones con la biblioteca de Bolonia, engrandeció el discurso científico y filosófico mexicano probando las falsas interpretaciones de los más reconocidos naturalistas europeos de su tiempo.

Por ello detener al auditorio para pensar sobre el talante científico y filosófico de Evandro Agazzi me parece un acto de justicia relevante.

La hipótesis que presentaré en las siguientes páginas es que la fortaleza filosófica de Evandro Agazzi procede de la unión entre *ethos* y *episteme* llevada a la objetividad compartida con los diversos campos del saber científico. Agazzi es, ante todo, un defensor de la argumentación racional objetiva capaz de garantizar el rigor en el diálogo científico. Para él, la ciencia es todo tipo de conocimiento objetivo y riguroso. Pero considera que el problema para lograrlo está en el camino (*methodo*) en el sentido griego, es decir, en llevar una metodología adecuada para la verdadera objetividad del conocimiento desde el propio principio de la realidad estudiada, esto para que el saber científico y filosófico sea capaz de elevarse a una rigurosa explicación causal y no solo al significado y descripción de los objetos. El problema que encuentra para lograr las relaciones entre ciencia y filosofía está en el reto de establecer argumentaciones sólidas y objetivas capaces de conectar entre los distintos argumentos complejos. Me parece que este es el fondo que caracteriza toda la obra de Evandro Agazzi, y lo que voy a exponer a continuación es cómo logró llegar a eso.

Antes de entrar en materia, quisiera hacer tres aclaraciones sobre las fuentes que tomo en consideración para sostener mi tesis. En primer lugar, pienso que para leer la filosofía de Evandro Agazzi, hay que comenzar por leer primero su último libro sobre el tema de la objetividad de la ciencia, se trata de *La objetividad científica y sus contextos*, obra publicada por el Fondo de Cultura Económica en el 2019.

En ella, menciona que esa obra es el saldo de 20 años de investigaciones sobre el problema de la objetividad de la ciencia; pero rastreando sus publicaciones, veo que ya desde 1961 en

*Introduzione ai problemi dell'assiomatica*, en Milán, ya se encontraba repensando el problema de la objetividad científica, esto quiere decir que la obra del 2019 que tomo, y de allí su relevancia, es la herencia intelectual de 42 años de reflexiones sobre el problema entre ciencia, filosofía y la objetividad. Esa etapa inicial de 1961, su estancia posterior en la Universidad de Pittsburg, EE.UU., en 1977, y la de madurez del problema, en la universidad de Oxford en 1992, forman el itinerario intelectual de su pensamiento, que me parece que se corona en México con la revisión de sus tesis y esta publicación del Fondo de Cultura Económica.

Un segundo punto aclaratorio que quiero hacer, es que de la obra que recomiendo del 2019, me remito hoy por motivos de tiempo solo a dos apartados: el primero, que él titula *Antecedentes históricos y filosóficos*, y la primera parte del segundo tema que lleva por título *La caracterización de la objetividad*. En el primero, Agazzi da el estado de la cuestión sobre el tema que le preocupó por décadas, a saber, que la modernidad opuso los criterios de verdad y objetividad, y que las filosofías de la ciencia posteriores acabaron identificando equívocamente esos dos términos. En la segunda parte, Agazzi da la caracterización de la verdad científica, a saber, objetividad y rigor, ambos puntos coinciden con la caracterización de la ciencia occidental en el sentido en que Parménides establece el tema del *logos* griego, y en el sentido en el que Platón y finalmente Aristóteles articularon la metodología del saber científico. Pero Agazzi encuentra que en la modernidad temprana el significado de objetividad perdió su contacto con la realidad de las cosas estudiadas para enfocarse más como un método y no como una respuesta al contenido de la realidad.

Una tercera y última aclaración sobre la objetividad científica en Evandro Agazzi es respecto a su credo católico: me preocupa que en las últimas entrevistas que le han hecho en México, ese sea el primer punto que sacan. En un país laicista como el nuestro, es indispensable constatar desde los propios criterios científicos que han configurado su pensamiento; me explico: uno no es mejor o peor filósofo o científico por ser católico, como tampoco se es un buen católico porque se es un buen científico. En esto hay que ser muy claros, Agazzi es un científico y filósofo sin más, y el juicio de su contribución debe hacerse bajo este marco. Él mismo ha afirmado al respecto que (lo cito a partir de una entrevista): «Las religiones responden en toda cultura por dar un sentido a la vida humana. De suyo la religión no es ni benéfica ni nociva a la ciencia, la religión tiene otros argumentos, se trata de una visión del mundo y del hombre que manifiesta certeza de fe en el sentido último de una vida humana arraigada en las propias culturas, y ni se opone a la ciencia ni le da sus respuestas». En esa entrevista más adelante cierra su argumento diciendo tajante: «Ni teísmo ni ateísmo». Este elemento, que es esencial a todo quehacer científico y filosófico, es la regla primera del humanismo y una de las grandezas de Agazzi, quien ha sabido mantenerse precisamente en ese orden científico, a la vez que practica su credo y vive congruente con él.

Dicho esto paso a la reflexión temática de su obra: en este ámbito, quiero agradecer el apoyo de mi discípulo Fernando Hurtado, becario de Agazzi, con quien navegué fecundamente sobre el contenido filosófico de su pensamiento. El diálogo que hemos sostenido y sus aportaciones en torno a la filosofía analítica enriquecieron mi escrito.

El punto de partida de la filosofía de Agazzi se inicia al encontrar un problema en el concepto de ciencia de la tradición analítica, para la cual la objetividad era el último reducto de la noción de verdad. Agazzi sin duda es parte de esta tradición analítica por su formación y su forma de

hacer filosofía, sin embargo rechazó el reduccionismo lingüístico y el empirismo extremo de algunas corrientes de esa tradición. Así, anticipó muchos de los desarrollos de la filosofía de la ciencia contemporánea sin caer en los extremos del relativismo o historicismo.

La preocupación agazziana radica en que la noción de objetividad en la ciencia relevó la noción de verdad, que en los griegos se expresaba científicamente con el término *aletheia*. En opinión de Agazzi, esto ocurrió porque en posturas como la neopositivista se privilegió el empirismo como punto de partida exclusivo del conocimiento, y se adoptó un reduccionismo lingüístico, según el cual el significado de los enunciados de la ciencia es reducible a enunciados observacionales.

Visto así, la construcción teórica de la ciencia es reducible a la experiencia inmediata. Esto implica, para Agazzi, un rechazo del papel del *logos* en el conocimiento humano a favor de la *empeiria*, que en su opinión deja fuera el auténtico papel de la verdad científica. Para Agazzi, la sola observación de fenómenos empíricos no es aún ciencia, se requieren actividades prácticas de naturaleza intencional en el sujeto para completar el proceso del saber objetivo y riguroso. En efecto, Agazzi nos dice que todo tipo de conocimiento se constituye de ambos, el *logos* y la *empeiria*, una unión que da origen a la propia filosofía<sup>1</sup>.

Ahora bien, esta tarea emprendida por Agazzi era sumamente complicada porque implicaba que lo que él proponía era la recuperación de fuentes extralingüísticas más allá de la observación, y uno de los criterios de esas nuevas filosofías científicas estaba en no admitir nada extrínseco al lenguaje: el positivismo lógico, por ejemplo, entiende la definición meramente como herramienta para establecer el significado de los términos. Sin embargo, en filósofos como Aristóteles hay un rol extralingüístico en la definición, el de expresar la esencia<sup>2</sup>. Por esta razón, Agazzi emprende la revisión del significado del binomio «objetividad científica» desde los orígenes del pensamiento científico occidental que, como se sabe, viene de Aristóteles en la obra *Analíticos posteriores*, el tratado de lógica material, es decir, de la lógica axiomático-deductiva por excelencia, en el que la garantía de la necesidad no solo viene dada por lo esencial del ser estudiado, sino por el procedimiento racional que penetra en lo que sucede siempre sin más y que garantiza la universalidad. Revisada esa postura, Agazzi cae en la cuenta de la insuficiencia moderna: por un lado, el empirismo radical no permite acceder a lo que está más allá de la sensación y lo observado, pero por otro lado, el rigor científico ha olvidado la necesidad de un acceso racional operativo que permita decir qué es lo verdadero como componente esencial de algo. Agazzi encuentra que la objetividad científica radica en la unión entre significado y realidad abriendo las puertas a algunos compromisos: el primero, que el conocimiento objetivo es verdadero si responde a la realidad. El punto le permite promover una actitud epistémica para el científico: que el conocimiento es capaz de acceder a la verdad de las teorías más allá de toda duda razonable si llega a establecer un sentido primero de lo que siempre es del mismo modo, es decir, por necesidad. Se refiere a una necesidad en el sentido en que lo que se sostenga de la cosa estudiada no pueda ya ser de otra manera. Bajo esta perspectiva, el conocimiento científico es objetivo no en un sentido descriptivo y programático, sino en cuanto responde a una realidad apropiada. Ahora bien, la realidad es múltiple y diversa, y la posibilidad de la ciencia está en que el rigor metódico esté adaptado a la verdad del objeto estudiado.

La batalla principal que enfrentó nuestro autor por décadas estuvo en el prejuicio y mala comprensión de las interpretaciones de los conceptos de esencialismo y sustancialismo, nociones



impopulares que en los siglos XIX y XX referían a un decadente escolasticismo ajeno por completo al quehacer agazziano. Pero complicando el problema estaba, por otra parte, la fuerte pugna entre la solución empírica radical y un creciente racionalismo que pretendía hacer ciencia desde el mero análisis semántico de premisas sobre cuestiones observadas con la pretensión de llevar el saber a un rigor y asepsia internalista lingüistas absolutos.

El resultado (en opinión de nuestro maestro) fue que, porque una fuerte tradición científica había opuesto el mundo de la realidad, es decir, el mundo del ámbito metafísico con el mundo de la *episteme* o el de la ciencia rigurosa, la ciencia devino en mera clarificación formal del significado y contenido que se expresaba; pero Agazzi encuentra que esa mala interpretación de la ciencia puede ser reconceptualizada mediante la recta comprensión de la teoría aristotélica de la ciencia, cuya pérdida de sentido se debió a la ausencia de criterios analógicos al abordar el concepto griego de *ousia* en tanto que substancia y el de *to ti en einai* en tanto que esencia del ser.

No es el caso detenerme aquí con el erudito análisis del distinto y rico sentido de los conceptos griegos de *aitia*, *eidōs*, *to ti en einai*, *ousia*, *hypokeimenon* y *to katolou* que subyacen en la teoría axiomático deductiva de *Analíticos segundos* y que recupera Agazzi, porque no podría ni siquiera decirse que él culmina su reflexión en un aristotelismo, pero sí quiero subrayar que la reconceptualización que él opera cara al problema de la ciencia del siglo XX hunde sus raíces en la sana comprensión de la metafísica griega, queriendo significar con esto que retoma de la contribución griega que Platón y Aristóteles heredaron para, a partir de allí, dar su propuesta y avance para la ciencia occidental.

Sin embargo, sí quisiera especificar la razón de los términos griegos que menciono en el párrafo previo. Primero, porque estos temas son los que enseñé a los estudiantes del posgrado en bioética UP, y segundo, para que el auditorio se haga cargo de la profundidad de la aportación agazziana en el ámbito de la ciencia; en *Analíticos posteriores II-19*, texto que cierra la teoría aristotélica de la ciencia, y en el que el estagirita remite al tema de la aprehensión de los principios *arjé* de la ciencia y en el que dice cómo es que llegan a ser estos principios, a saber, denominándolos por la actividad que los ejerce *héxis*, Aristóteles explica que las demostraciones y las premisas reclaman una actividad previa, una facultad *dinamis*, que da cuenta de que de muchas sensaciones surge en el ser humano una distinción *diaphora*, y que por medio de varias distinciones se da el concepto *logos*.

Aristóteles dice que es ahí que se da por primera vez el universal *to katholou* en el alma *psijé physei*. Sintetizando el asunto, y así lo dice Aristóteles en las siguientes líneas, conocemos por comprobación *epagogé* y por intuición *nous*.

He aquí la síntesis entre la *empeiria* y el *logos* con el que destraba Agazzi el problema, pues parte de la convicción de que el principio de la demostración científica no puede estar en la misma demostración, como el principio de la ciencia tampoco puede estar en la ciencia misma; es así que la intuición *nous* es el principio de la ciencia *episteme* (*An. Post., II-19, 100b, 9.*)

Para Agazzi, el modelo axiomático-deductivo permite no solo avanzar exponencialmente en el ámbito matemático (como efectivamente lo permitió con la geometría euclidiana), sino que en el ámbito de las ciencias naturales, tanto como en el de las ciencias humanas, nos dice Agazzi



(si se mantiene la claridad en los argumentos esenciales del ser estudiado y el rigor en las condiciones práctico-intensionales del investigador) la ciencia puede avanzar desde las afecciones del ente móvil y del contingente, y puede dar cuenta y describir, dar razones y explicar, fenómenos químicos, biológicos e incluso sociales y hasta trascendentes del mundo real.

La piedra de toque de esa posibilidad la encuentra Agazzi en una epistemología de segundo grado, o para decirlo en lenguaje filosófico, en un acto de inferencia y actividad de la razón capaz de hilar proposiciones verdaderas elaboradas correctamente: la razón es capaz de dar ella misma una razón o razones sobre el orden y la causa de lo que ocurre. Proporcionar una razón *logon didonai* es la clave para un discurso demostrativo, dar razones (no solo describir, clasificar o enunciar correctamente) es el orden y rigor propio de la ciencia. Para Agazzi, la ciencia es un acto de la razón que «prueba lógicamente la verdad de ciertas aserciones a partir de verdades más básicas que podían proveer las razones para ellas» y estas aserciones determinan de forma variable y compleja la verdad de lo que se ocupa el investigador. Pero esta objetividad no se extrae exclusivamente por un rigor formal, pues se haría de la ciencia un mero análisis programático, y la ciencia sería la mera clarificación del significado y contenido de aquello que se expresa, sino que, especialmente, es un avance en la referencia con la verdad, es decir, un avance en dar la razón o razones mismas de cómo y por qué algo puede declararse verdadero.

En consecuencia, y por eso he titulado mi exposición *ethos* y *episteme* en el discurso científico de Evandro Agazzi, ni la ciencia es mera expresión de lo que es el ser en el mundo ajeno del sujeto (una simplificación caricaturesca de la metafísica), ni tampoco es mera formalización mental de enunciaciones correctas en un mundo de posibilidades infinitas al que jamás accederemos realmente, sino que la ciencia tiene que ver con un sujeto comprometido con la búsqueda de la verdad, de allí el *ethos*, capaz de acceder a enunciaciones verdaderas siempre y cuando la razón mantenga el rigor metódico necesario para dar las razones *episteme* por lo que algo sucede con regularidad.

En este sentido, el verdadero talante filosófico de Evandro Agazzi radica en su extensión del significado de la lógica occidental, que no es exclusiva corrección formal ni lingüista de proposiciones claras elaboradas rigurosamente, sino contenido material con referencia a la verdad. Pero Agazzi tampoco puede denominarse un aristotélico en su filosofía de la ciencia, sino un filósofo contemporáneo de la ciencia en el más alto nivel que hunde sus raíces en el punto de partida de la tradición del *logos* parmenídeo reconceptualizando y extendiendo ese rico sentido de ciencia que tenía ensombrecido su sentido debido a reduccionismos lógicos.

## Bibliografía

1. Agazzi E. El conocimiento de lo invisible [edición no disponible]. Madrid: Editorial UFV; 2022.
2. Agazzi E. Scientific objectivity and its contexts. En: López-Farjeat LX, Taylor RC, editores. Anuario Filosófico. Pamplona: Universidad de Navarra; 2015. pp. 161-164.

# The destruction of intimacy: pornography in the digital age

## *La destrucción de la intimidad: pornografía en la era digital*

Martinique Acha-Alemán

Center for Family, Bioethics and Society Studies, Universidad Pontificia de México, Mexico City, Mexico

### Abstract

The problem of pornography is often presented as an ethical dilemma, which is related to the individual's sexual autonomy. To explore this issue, this article analyzes the main tendencies that are present in today's mainstream porn, as well as different scientific studies that show the effects of its consumption, both individually and socially. The goal is to present the reader with an overview of this problem, to show that pornography cannot be reduced to a mere individual issue. Rather, it requires a comprehensive and interdisciplinary assessment, without which, we can easily dismiss it as something harmless for the person and society. This article intends to encourage the scientific community into developing a more profound and rigorous research regarding this issue.

**Keywords:** Pornography. Digital age. Violence. Addiction. Teen porn.

### Resumen

El problema de la pornografía es presentado por muchos como un dilema ético, relacionado con el asunto de la autonomía sexual del individuo. Para analizar esta cuestión, el presente artículo explora las tendencias actuales que dominan el contenido de la industria pornográfica, así como los diversos hallazgos científicos que muestran los efectos de su consumo, tanto a nivel individual como social. El objetivo es ofrecer al lector una visión de conjunto sobre este problema, a fin de mostrar que la pornografía no puede ser reducida a un asunto individual, sino que requiere de una valoración integral e interdisciplinaria de todo lo que conlleva. De lo contrario se corre el riesgo de juzgarla de manera incompleta y descartarla como algo inofensivo tanto para la persona como para la sociedad. Este artículo pretende incentivar en la comunidad científica internacional una investigación más profunda y rigurosa sobre esta cuestión.

**Palabras clave:** Pornografía. Cultura digital. Violencia. Adicción. Pornografía adolescente.

### Correspondence:

Martinique Acha-Alemán

E-mail: martinique.ac@gmail.com

Date of reception: 14-11-2023

Date of acceptance: 16-11-2023

DOI: 10.24875/BUP.23000016

Available online: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):7-25

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introduction

*“Join Us Now to Access Complete Degradation”*<sup>1</sup>.

Writing or reading an article about the reality behind the world of pornography is not easy or pleasant, but, as Lydia Cacho would say, *it is more dangerous to remain silent*<sup>2</sup>. When I was assigned the task of researching this topic at the university I work for, I had no idea of the deep abyss that I was about to discover. For me, the issue of pornography had always remained in the field of ethics, as an issue in which human dignity needs to be defended against any form of exploitation or use of the human person – something that seemed obvious and simple to me. However, my knowledge of the subject ended there. I did not have an empirical assessment or personal experience, nor had I studied the scientific findings that explore this issue. I certainly did not know the reality of what is meant today by pornography or *porn*, as it is usually known. To my surprise, in the process of my research, I discovered that a large number of people around me do not measure either the breadth or the seriousness of this problem. Their perception of what pornography is today is at least 20 years behind, and it boils down to *Playboy* nudes or Hugh Hefner’s scandals in his bunny mansion. This is explained in part (or perhaps, mainly) because pornography has become a cultural paradigm that represents what is *chic*, *sexy*, and *pop*-the unquestionable symbol of our sexual liberation and autonomy. However, as promoted by the website I quoted at the beginning of this article, porn today is neither *chic* nor *sexy*, and it promotes a “fantastic” world in which human violence, humiliation, and degradation are the maximum expression of our sexuality.

For many years, Mexican popular sayings understand that “who wants to hold on to too much, squeezes little.” Those of us who work in the scientific and academic field know that this saying can become relentlessly true. And yet, the structure of this article stands in this danger. It is a risk that I have consciously taken, since my goal here is to offer an overview of the problem, so that the reader may understand, at least in its essence, the current panorama. In short, if I have discovered anything throughout these months of research, it is that pornography is *not* an individual matter, and therefore, a comprehensive and interdisciplinary assessment of everything it entails is needed, under penalty of judging it incompletely and discarding it, then, as something harmless.

For us to get a glimpse of this problem, it is necessary to understand the impact that the digital revolution had on the pornography industry and the way in which technological advances strongly promoted not only quantitative but, above all, qualitative change in the production and consumption of porn. I dedicate the first section of this article to the review of this historical, radical, and dizzying change, to establish the necessary basis to understand why some authors have recognized the influence of the internet as the cause of the next sexual revolution. I will then go on to present some of the most relevant scientific findings on the effects of pornography, both individually and socially. Certainly, in this second section, I do not intend to carry out any specific analysis on the multiple studies that various sciences have documented on this issue. I limit myself to presenting the results that several authors have considered extremely relevant and significant, so that the reader may have a comprehensive view of what science reveals about the costs of pornography, today with undeniable evidence. In this section, I will refer to multiple articles whose original source I will cite in the bibliographic references so that the interested reader can access them (fortunately, many are public and can be found online). In the third section, I will talk about the darkest abyss of this industry: its

symbiotic relationship with human trafficking and sexual exploitation. A tragic reality that is, however, perfectly functional, and that various movements such as *#TraffickingHub* today denounce all over the world. All of the above is the subject for deep reflections that each reader may develop in their own professional discipline. To conclude, I simply offer some personal ideas that aim to encourage the international scientific community toward a more rigorous, extensive research on this matter, so that we can raise awareness about the serious dangers hidden by pornography – dangers that, not in vain, various authors have denounced as a major global public health issue.

Finally a warning, in the months dedicated to this investigation, I had to face brutally explicit descriptions of various images that today circulate on the most popular pornographic websites. On numerous occasions, I needed to take long breaks to digest what I was reading, because the content was deeply disturbing. Although my goal here is not to make explicit descriptions of such scenes, sometimes it will be necessary to discuss sexual and violent content. Every time I allude to texts or images from pornographic sites, I will cite the academic references where I have found them. For obvious reasons, I have preferred not to consult the original source. Having said all this, I believe that the content of this article is not suitable for pre-adolescents and can be adverse for many adults, especially for those who have been victims of sexual abuse and violence. I therefore suggest the reader's discretion.

## **A pornified culture**

*“Vulgar is beautiful, filthy, and gorgeous.*

*I’m sexy, I’m free, and I feel...vulgar.”*

-Madonna and Sam Smith<sup>3</sup>

*Game of Thrones* has been recognized as one of the most successful television series of all time. Despite its high content of violence and the fact that a large part of its erotic scenes are, in fact, pornographic, this acclaimed series of HBO Max has been awarded 59 Emmys (including the Best Drama Series of 2019), and in its last season, it grossed an average of \$88 million per episode. In 2020, Bad Bunny's megahit “Yo perreo sola” reached more than 594 million views in the official YouTube video alone. Due to the content of its lyrics, this song has been considered one of the most vulgar of the phenomenon of urban music. In 2022, the film *Blonde*, which presents a fictional story about the iconic figure of Marilyn Monroe, arrived on the international film screens. Starring Ana de Armas, this film stood out for its explicit sexual content. The same year, Rosalía, one of the most important figures of Spanish pop, presented her album “Motomami,” on the cover of which the singer appears completely naked with her face seductively hidden. Interestingly enough, one of the songs on this album carries the title of the most searched porn category in 2022, “Hentai.” And the examples could follow.

The previous cases allow us to perfectly illustrate the fact that our culture has been *pornified*. The term was coined by Pamela Paul in 2005. In her acclaimed book, the American journalist denounces a world in which “pornography is so seamlessly integrated into popular culture that embarrassment or surreptitiousness is no longer part of the equation”<sup>4</sup>. To understand this cultural shift that occurred in recent decades, it is necessary to look back to the year 1953: the year in which Hugh Hefner

published the first issue of *Playboy*. Certainly, pornography already existed before this iconic magazine; however, it was thanks to it that porn came out of the dark and forbidden alleys and began to circulate in the main distribution channels. Hefner's unusual success consisted precisely in blurring the cultural, economic, and legal limits that prevented the mass production and distribution of pornography. *Playboy* went from 53,991 issues in its first publication in December 1953 to one million monthly issues by 1959. At the beginning of the seventies, Hefner's huge company already generated more than \$200 million dollars<sup>5</sup>. A few years later, the magazines *Penthouse* and *Hustler* appeared, and with them, the limit of what was considered "acceptable" in the dominant porn trends of those decades began to be exceeded. And so, the epic competition between these three magazines laid the foundations for the development of the multi-billion-dollar industry that pornography has become today. In her shocking book *Pornland*, Gail Dines explains it as follows:

Before *Playboy*, pornographic magazines were not circulated through mainstream channels of distribution, so access to them was limited. Post *Playboy*, it was a very different world after Hefner eroded the cultural, economic, and legal barriers to mass production and distribution of porn. Just one step behind Hefner came Bob Guccione, founder and publisher of *Penthouse* magazine, who pushed the envelope even further. However, it was a strip club owner from Kentucky who mapped out just how far a pornographer could go and still have access to mainstream channels of distribution. Larry Flynt, a skilled businessman, made *Hustler* magazine a household name in the 1970s. Although their inaugural products now seem tame by comparison, through their battle to outdo one another, Hefner, Guccione, and Flynt groomed Americans into accepting today's hard-core Internet porn<sup>5</sup>.

In the midst of this battle, *Playboy's* huge success resided in the fact that, from the beginning, it positioned itself in the market as an aspirational magazine of the social and economic lifestyle that the American man of the sixties dreamed of – a lifestyle whose model was made precisely in the life of its founder. In its marketing strategy, sexual content was not sold as the main objective of the magazine. Thus, to the extent that *Playboy* became a socially accepted reference, pornography became increasingly visible in mainstream pop culture. Moreover, the more *Penthouse* and *Hustler* pushed the acceptable boundaries of what was deemed tolerable, the more acceptable *Playboy* looked, which gave them even greater breadth to move toward *hard-core* porn. This symbiotic relationship meant that, by the time the internet was introduced into homes, the culture had been well prepared to accept pornography as an integral part of people's daily lives.

Nowadays, pornography is far from those sensual nudes on the centerfolds of *Playboy*. With the arrival of the internet in the nineties, and later of the smartphones, the world of porn moved dizzyingly towards an unsuspected quantitative and *qualitative* change. Pornography today is a click away: it is immediate, accessible, anonymous, and free. In the United States alone, porn websites receive more traffic than Twitter, Instagram, Netflix, Pinterest and LinkedIn combined<sup>6</sup>. Pornhub, one of the leading porn platforms worldwide, estimated that in 2019 it received 42 billion visitors with 39 billion searches made-approximately 5 million searches per hour (80,000 searches per minute). As for the content uploaded to the site, it calculated 12,500 gigabytes per minute<sup>7</sup>. In fact, in 2022, mobile devices made up 97% of all traffic received on Pornhub, of which smartphones represented 84%<sup>8</sup>. Moreover, these are just the data of one platform. Taken together, the five main pornography websites in the world total more than 6000 million visits per month<sup>9</sup>. Please allow me to repeat this data: 6000 million visits per month; approximately one monthly visit for each person who walks on Earth. It is no surprise, then, that the total value of this industry is currently estimated at more than 100 billion dollars<sup>10</sup>.

This colossal evolution that the digital shift caused in the distribution and consumption of pornography implied, however, an even more relevant change. We have seen that porn has become an integral part of our mainstream culture. It represents something fun, *chic* and *sexy*; an indisputable element of our sexuality. In the words of Paul Fishbein, founder and editor of *Adult Video News* (AVN), “porn has entered the mature years. It is no longer naughty, underground. It is an up-front, in-your-face business, as much a part of the pop culture as anything else. We are in a different phase of our pop culture”<sup>11</sup>. Indeed, what 50 years ago would have been considered *soft-core* pornography, today is perfectly integrated into our culture – something that becomes evident by the examples cited at the beginning of this section –. Therefore, to distance itself from the content offered by the various entertainment media, the pornography industry has had to “evolve” toward increasingly extreme content that may be attractive to its consumers. The unprecedented explosion that this industry has experienced in recent years has generated a market of enormous competitiveness among producers, who are forced to search for new ways to differentiate their products from the 370 million pornographic sites accessible on the internet<sup>12</sup>. And so, as the market becomes saturated, and consumers become increasingly bored and desensitized to the infinity of content, the industry is in an avid search to find new genres that will allow it to keep growing in both utility and profit. This point is crucial in the discussion because we cannot forget that, like any other capitalist business, the pornographic industry has neither sexual liberation nor female empowerment as its ultimate purpose. *The main purpose of this industry is money*, the more than 100 billion dollars that its product generates.

All of the above has contributed to the fact that today mainstream pornography is made up of *hard-core* images that are increasingly violent and extreme. In fact, images that are now common in the vast majority of porn pages did not even exist just a few decades ago. This type of pornography is called *gonzo*, and it is the main income generator of this multi-billion-dollar industry. Without offering explicit descriptions of this content that is conventional today, I consider it essential to raise awareness about what these images really show when they are categorized as “extreme” or “violent.” These are images in which, normally, a woman is penetrated through each orifice in her body by one or more men, sometimes at the same time, in a brutal and violent way. Accompanied by verbal and physical aggression, the stories that mainstream porn narrates today are based on the degradation and absolute outrage of women, since the sexual act is carried out in the midst of slaps, corporal punishments, insults, gagging, and humiliating and painful positions. These are images that promote male dominance, in which women are beaten, ejaculated, urinated, defecated on, or raped during the sexual act. Many of these scenes show women suffering to the point of vomiting – a moment that is, then, glorified and exalted by both producers and consumers –. This genre is called *wall-to-wall* because it presents sexual scenes in continuity, without any narrative or plot. According to a 2005 article by AVN, this type of pornography has become “the overwhelmingly dominant porn genre, since it is less expensive to produce than plot-oriented features”<sup>13</sup>. I repeat again that the images described above no longer belong to the most extreme genres. This is what mainstream pornography looks like today.

With the aim of measuring how much violence is represented in conventional content, in 2010, a group of researchers analyzed hundreds of the most popular pornographic scenes on the internet. Their study found out that 88% of them contain physical violence, while 48.7% contain verbal aggression. The researchers concluded, then, that “if we combine both physical and verbal aggression, our findings indicate that almost 90% of the scenes contain at least one aggressive act, with an average of almost 12 acts of aggression per scene”<sup>14</sup>. According to another study, this



means that, even in the lowest estimate, one in three pornographic videos represents sexual violence or some form of aggression<sup>15</sup>. Even more disturbing is the fact that, in 95% of the scenes, the victims respond in a seemingly pleasant or neutral way<sup>13</sup>. Moreover, studies agree that in 97% of cases, the recipients of all this violence are women<sup>14</sup>. In a world in which female empowerment and gender equality are proclaimed everywhere, this reality is presented to us as an alarming paradox. In this regard, Robert Jensen, author of the acclaimed book *Getting Off: Pornography and the End of Masculinity*, states the following:

In the past 25 years, we know that porn got more aggressive, porn got more extreme. The sexualization of male dominance over females intensified. That is unquestionably true. Nobody in the industry would argue that. It does not mean that every image the produced was like that. However, the intensity of the images increased. We also know that porn got more culturally acceptable, not that everybody likes it, but it is part of mainstream culture in a way it was not before. That is the paradox of porn. You would think that something that got more cruel, more callous, more aggressive, and more racist at the same time would not become more acceptable in the culture. That tells you something important. It tells you that pornographic values are in fact mainstream. In some sense a lot of that was predictable. What was not predictable, I think, although in retrospect it should have been, is the degree to which younger women would embrace porn as a sign of liberation. That caught me by surprise<sup>16</sup>.

The previous data gains further relevance when we consider that, as of today, approximately 91.5% of men and 60.2% of women consume pornography<sup>17</sup>. Moreover, it is estimated that the average age for the first exposure is 11 years old. Between 2008 and 2011, exposure to pornography in children under the age of 13 increased from 14% to 49% in the US, and daily consumption in this group doubled<sup>18</sup>. A recent study found that, in 2021, 63-68% of adolescents between 10 and 17 years old have consumed online pornography<sup>19</sup>, although some estimate that, in 2023, this number is closer to 85%<sup>20</sup>. We are talking about a very high percentage of minors who have free and immediate access to the content of an *adult* industry. It is alarming that 58% of teenagers claim to have seen pornography for the first time accidentally, but it is possible to speculate that this number is higher, since 75% of boys who accidentally find porn never say anything about it<sup>21</sup>. In relation to these figures, I wish to highlight that 45% of adolescents who consume pornography do so, in part, to learn about sexuality<sup>22</sup>. In fact, according to a study carried out in 2017, 53% of boys between 11 and 17 years old believe that pornography is a realistic representation of sex<sup>23</sup>. This means that when an average 11-year-old boy is curious about his sexuality and introduces “porn” into the Google search engine, he is redirected to the main pornography platforms, such as Pornhub and Youporn. There, he is immediately immersed in a world of sexual violence, degradation, and dehumanization, in which again and again he receives the narratives of pornography as the primary source of his sexual education. Neuroscience teaches us that, during adolescence, people develop their understanding of sexual relations, establish their identity, and begin to develop the ability to postpone gratification. Therefore, when high doses of pornography are injected into the adolescent brain, those sexual scripts can become foundational events that define the way in which a person understands himself and relates to others. This is very significant, especially when we consider the high rate of adolescents who regularly consume the extreme and violent porn that I have described above. However, the serious effects of pornography are not limited to damaging the adolescent brain, and its consequences on adults who consume it are far from irrelevant.



Therefore, let's now present some of the main scientific findings about the individual and social costs of pornography.

## The individual and social toll

*"The consumption of pornography not only develops habits and even addictions... Pornography changes people."*

-Jill Manning, M.D.<sup>24</sup>

"A new phenomenon is happening in which I've tried to sound an alarm, because it's not temporary, it's not a phase. Young men's and women's lives are being ruined by excessive pornography"<sup>25</sup>. These are the words of Dr. Philip Zimbardo, psychologist and professor emeritus at Stanford University. In ethical debates about pornography, the most common response among young people who defend its use usually goes in the following line: "I'm simply watching it and I'm not hurting anyone. What's the problem?". Well, both Dr. Zimbardo and hundreds of other studies endorsed by relevant figures in the scientific community argue the exact opposite. Pornography is harmful, and it does not need to become an addiction to destroy the lives of those who consume it.

Let's start with the principle of neuroplasticity and the fact that pornography reconfigures the brain. To date, there are more than a hundred neuroscience-based studies that support the *addiction model* to explain the effects of pornography<sup>26</sup>. In simple terms, these studies report the presence of the four main brain changes caused by substance addiction in frequent users of pornography: sensitization, desensitization, hypofrontality (dysfunctional prefrontal circuits), and a malfunction of the stress system. Addiction to pornography is real, and according to the International classification of diseases-11, it can be diagnosed as a "compulsive sexual behavior disorder" (6C72). Certainly, not all people who consume pornography develop an addiction. In fact, most consumers are not addicted. Therefore, I am interested in exposing here simply the concept of tolerance, which operates in the same way in the brain of any person who consumes porn. It is one of the characteristic features of substance abuse, known as the escalation effect. Basically, what this means is that, as the consumers become used to the images that initially aroused their sexual arousal, they are desensitized (they develop tolerance). Consequently, they not only need to consume more than before to achieve the same level of sexual arousal, but they need more variety. Moreover, in the world of porn, novelty means moving toward increasingly extreme and violent images, which allow the consumer to reach the same level of physical and psychological arousal that he experienced in the beginning<sup>27</sup>. This is the reason why the most extreme genres of *hard-core* porn register more and more consumers on the internet today. Pamela Paul explains it as follows:

Especially on the internet, men are leaning toward forms of pornography that they never thought might be attractive to them. Those who start with *soft porn* end up getting interested in the hard. Those who see a lot of pornography comment on the repugnance they experience the 1<sup>st</sup> time they accidentally encounter an unpleasant image, or child pornography that they were not looking for. But, as he gains experience, the user ceases to feel so much aversion; the impact is quickly reduced, mainly due to the high frequency with which these images assault him while surfing the internet. Learn to ignore or dodge unwanted images while browsing, and the 3<sup>rd</sup> time you see an

unpleasant image, it becomes simply something annoying that wastes your time. As these overwhelming images become more tolerable, those that previously excited him become less interesting, and this leads the user to look for more extreme and shocking pornographic material than the one he started with<sup>28</sup>.

In the growing literature regarding this problem, more and more authors document the psychological, emotional, and social problems that so many people are developing because of porn consumption. A considerable part of these issues is explained by neuroplasticity, since pornography reconfigures the brain with the powerful force of sexual instinct, creating new circuits in the sequences that activate our sexual responses. To the extent that these circuits are activated and connected, they create a neurological memory that eventually becomes the preferred route of the brain for responding to the experiences of our sexuality. This problem grows when we consider that internet porn offers an unlimited and immediate stimulus, with which each consumer trains their brain to sexually respond to a level of stimulation that simply cannot be found in real life.

Far from enhancing our imagination and improving our sex life, clinical evidence reports more and more cases of *pornography-induced erectile dysfunction* (a term coined by Dr. Abraham Morgentaler, director of Male Health and clinical professor of Urology at Harvard Medical School), since porn over-stimulus has reduced the ability of many men to achieve sexual arousal with their partners. In fact, the recorded data on erectile dysfunction show an alarming pattern in recent decades. In the 1940s, < 1% of men under the age of 30 and < 3% of men between the ages of 30 and 45 experienced erectile dysfunction. Then came the digital revolution, and with it, internet porn. At present, various sources confirm that between 26 and 33% of young men are being diagnosed with erectile dysfunction<sup>29</sup>. A study of heterosexual men addicted to pornography concluded that more than 60% experience erectile dysfunction with their wife but not when they consume porn (which reveals that the underlying problem lies in their brain not in their anatomy)<sup>30</sup>. In the same way, there is increasing evidence that the consumption of pornography is linked to sexual dysfunction in both men and women, with problems of arousal and sexual performance, as well as difficulties in reaching orgasm and a general decrease in the sexual satisfaction of the couple<sup>31</sup>. This is the paradoxical reality of a pornified and hypersexualized culture in which a growing percentage of marriages have an increasingly less active and enriching sex life.

However, the negative effects of pornography are not reduced to the sexual sphere. I quoted at the beginning of this section the words of Dr. Jill Manning, a family therapist specialized in clinical work related to pornography and problematic sexual behavior, who affirms that the consumption of porn not only develops habits or even addictions, but it also *changes people*, because it hinders their ability to connect and create healthy emotional bonds<sup>23</sup>. Let's remember that *pornland* is a world of immediate gratification, in which persons are sexual objects that lack intimacy and connection, where there is no reciprocal relationship, nor any consideration on the other person's pleasure and satisfaction. It is a world in which women seem to enjoy sexual encounters with men who express nothing but contempt for them, and in which every sexual act is designed to offer the maximum degree of degradation. In this world, women *never* say no, and when they do, they are actually insinuating that they desire it. In the words of Gail Dines, porn sex has nothing to do with "making love" since "the feelings and emotions we normally associate with such an act-connection, empathy, tenderness, caring, affection-are replaced by those more often connected with hate-fear, disgust, anger, loathing, and contempt"<sup>32</sup>. Faced with this reality, it is not surprising, then, that the

consumption of pornography is negatively affecting relationships. In 2016, the Gottman Institute, recognized worldwide for its research and clinical work on couples therapy and marital stability, published a letter in which it sets out its concern about the clinical evidence they have recollected in recent years regarding porn consumption. It is worth quoting below a complete excerpt from this publication:

There are many factors about porn use that can threaten a relationship's intimacy. First, intimacy for couples is a source of connection and communication *between* two people. However, when one person becomes accustomed to masturbating to porn, they are actually turning away from intimate interaction. Second, when watching pornography, the user is in total control of the sexual experience, in contrast to normal sex in which people are sharing control with the partner. (...) Worse still, many porn sites include violence toward women, the antithesis of intimate connection. (...) Pornography can also lead to a decrease in relationship trust and a higher likelihood of affairs outside the relationship.

In summary, we are led to unconditionally conclude that for many reasons, pornography poses a serious threat to couple intimacy and relationship harmony. This moment calls for public discussion, and we want our readers around the world to understand what is at stake<sup>33</sup>.

One of the most consistent findings in relation to this issue is the gap that exists in the consumption of pornography between men and women. Several studies have shown that, although the consumption of porn in women is increasing, men are more likely to consume it, and this is particularly true in the case of regular or compulsive consumption<sup>34</sup>. It is interesting that the most common reason why women claim to watch pornography is to sexually please their partner<sup>35</sup>. However, even when they consider that the consumption of porn is fine for other people, many do not conceive an acceptable role for pornography within their own relationship<sup>36</sup>. Studies also show that a high percentage of women are often unaware of the amount of porn their partners consume. On discovering that their partner is a consumer of pornography, they experience feelings of betrayal, pain, anger, distrust, and desolation. This fact not only destroys their self-esteem and confidence but also attacks the foundations on which they built their marriage. Many women internalize the objectification of pornography in their relationship and often express feeling used by their partner. Others suffer symptoms of anxiety and depression after discovering that their spouse consumes porn regularly, and sometimes also express suicidal tendencies<sup>37</sup>. All of the above has led various researchers to conclude that pornography has a transcendental role not only in sex, but also in the feelings of trust, security, and fidelity of couple relationships<sup>38</sup>. In fact, at the November 2003 meeting of the American Academy of Matrimonial Lawyers – a meeting that brings together American lawyers specializing in divorces – an alarming trend became the center of attention: almost two-thirds of the lawyers present had witnessed a sudden increase in divorces related to the internet, of which 58% were the result of the excessive consumption of online pornography by some of the spouses. Moreover, this figure corresponds to the social reality of 20 years ago<sup>27</sup>. Definitively, the results that we can observe after so many years of research allow us to reach an unequivocal conclusion: there is not a single longitudinal study that shows that pornography improves relationships, and we have increasing scientific and clinical evidence demonstrating the opposite.

Undoubtedly, these effects are directly related to the fact that internet users are consuming increasingly violent and extreme pornography. A growing number of studies show how porn narratives

influence the beliefs, attitudes, and behaviors of consumers, primarily through the normalization of violence. Considering the statistics exposed in the first section of this article, regarding the high rate of violence and aggression contained in today's conventional porn (at least one in three pornographic videos exposes violence and sexual assault, and 95% of the time, the victims seem neutral or respond with pleasure), we can affirm that pornography is sending the message that violence is a fundamental component of sexual pleasure. In other words: pornography has turned violence into something sexy. This becomes more relevant when we understand that we are facing a powerful instructor of both beliefs and behaviors, who also provides ideal conditions for learning. This is explained by Dr. Mary Anne Layden, Director of the Sexual Trauma and Psychopathology program at the University of Pennsylvania:

Images with role models that show a rewarded sexual behavior capable of producing in the viewer sexual arousal accompanied by an orgasm can be very effective when it comes to developing a deep learning of certain beliefs and behaviors. Pornography offers all these elements – images, excitement, reinforcement, examples provided by third parties, etc. – so it has the potential to teach both beliefs and behaviors and provides ideal conditions for learning<sup>39</sup>.

The author goes on to explain that one of the categories of learned beliefs consists of those that “grant permits.” This means that pornography is not only able to teach social attitudes and behaviors. It also grants permission to act upon them, in such a way that those beliefs become liberators of behaviors. That's why the effect of pornography is multidimensional: it is instructive, liberating and it triggers behaviors.

Various studies show that the consumption of pornography, even of those genres that lack violence, changes consumers' beliefs regarding sexual violence and rape<sup>40</sup>. The probability of raping a woman in the future has been correlated with the use of all types of pornography, including soft porn<sup>41</sup>. This shows that the effects of pornography do not depend exclusively on the material to which a person is exposed. The frequency of exposure is also crucial. A meta-analysis carried out on 33 studies showed that exposure to pornography, violent or not, increases the occurrence of behavioral aggressions, demonstrating the correlation that exists between the consumption of porn and various negative attitudes, such as violent fantasies or real sexual assaults<sup>42</sup>. According to Mary Anne Layden, these patterns are manifested in both adults and minors and appear in studies carried out both on the perpetrators of the crime and on their victims. If we consider the vast ocean of violent, immediate, and unlimited porn that is available on the internet today, as well as the growing number of people who consume it regularly around the world, all these findings become very significant. And, in fact, various researches indicate that pornography consumers are more likely to objectify and sexually dehumanize others<sup>43</sup>, more likely to enjoy degrading or aggressive sexual behaviors<sup>44</sup>, more likely to express an intention of rape<sup>45</sup>, less likely to intervene during a sexual assault<sup>34</sup>, more likely to blame victims of sexual assault and more likely to commit real acts of sexual violence<sup>46</sup>. A study found that 40% of women who suffered abuse claimed that their partner consumed violent pornography. Among them, 53% said that they had been asked or forced to recreate pornographic scenes, and 26% of these women were reminded by the abuser of some pornographic fact during the abuse. Of the women who had been raped, 73% indicated that their partners had consumed pornography<sup>38</sup>. In relation to the younger population, it has been observed that adolescents who consume porn are more likely to forward sexual text messages without consent (what is known as *sexting*)<sup>47</sup>, more likely to develop low self-esteem because of their physical

appearance and sexual performance<sup>48</sup>, more likely to engage in risky sexual activities, and often feel pressured to replicate porn scenes in their sexual encounters<sup>49</sup>.

Certainly, none of these studies indicates that pornography is the direct cause of these behaviors, but all of them show an obvious *correlation*. It is indisputable that porn is playing an important role in the normalization of violence in our society, because, in essence, what it is teaching its consumers is that violence plays a fundamental role in the sexual experience. This is particularly alarming when we consider that 45% of adolescents who consume pornography do so, in part, to learn about sexuality, and that 53% of boys between 11 and 17 years old believe that porn is a realistic representation of sex. Hence, when these teenagers consume pornography, the message boys are receiving is that girls like to be beaten and insulted, and the message girls receive is that, supposedly, they should enjoy being mistreated or abused. The fact of the matter is that mainstream porn constantly promotes images of sexual violence that most of us would consider criminal acts... What impact does this have on our culture? The answer offered by Dr. Mary Anne Layden is indisputable:

I have been a psychotherapist for over 25 years. I specialize in the treatment of sexual violence victims and perpetrators and sex addicts. I spend all day, every day, talking to rapists, and rape victims, pedophiles and incest survivors, sex addicts, pornography addicts, prostitutes, strippers, and pornography models. After I had done this work for about 10 years, I had a sudden realization that I had not treated one case of sexual violence that didn't involve pornography. You don't have to have a PhD in Psychology to realize something is going on here<sup>50</sup>.

## **Behind the camera: #Traffickinghub**

*"Every week, we'll bring you a new, suffering slut. Weak, destroyed, agonizing in pain... and you'll have the glory of watching them"<sup>51</sup>.*

When Jane Doe turned 22, she traveled to San Diego to participate in a job as a fitness model. On arriving at the location, she was greeted by several men who took her phone and intimidated her to sign a contract that she was not allowed to read. At that moment, she was drugged and locked in a hotel room, in which she was told that she was about to film a porn video. When Jane tried to escape naked, the men physically forced her to consent. With no chance of escaping, the 22-year-old was violently raped in front of the cameras for more than 6 h. The video of her abuse was then published on the official website of *GirlsDoPorn*, a porn production house which at the moment generated approximately \$17 million in revenue and was part of the twenty most popular channels on Pornhub<sup>52</sup>. In addition, the video was published on almost all major pornography sites, using Jane's full name in the title, and reached millions of views on the internet. When Jane discovered that the video of her rape had been published, she ran to the bathroom and was violently sick<sup>53</sup>. In 2019, the owners of *GirlsDoPorn*, Michael Pratt and Matthew Wolfe, were accused of sex trafficking and sentenced to more than 20 years in prison. The site was eventually closed in January 2020, after having operated without any type of regulation for more than 11 years, despite the high number of victims who, like Jane, desperately implored that the videos of their abuses be removed<sup>54</sup>.

It is paramount to note, once again, that *GirlsDoPorn* was part of Pornhub's most popular channels and had millions of visitors.

The philosophical argument that is at the basis of many apologies of pornography consists in the defense of sexual autonomy within the framework of a liberal morality. Basically, it starts from the principle that individuals are free to define and realize their own sexuality with autonomy. In an article entitled "The Right To Get Turned On," Andrew Altman argues this liberal principle and affirms that the type pornography that is produced and consumed with the consent of the adults involved is not morally problematic. In those circumstances, he says, "the clear conclusion seems to be that uncoerced adults have a right to be legally free to make, market, and view pornography"<sup>55</sup>. This philosophical discussion has several approaches, which the conditions of the present article prevent me from attending in detail, although it would be an interesting discussion. I simply desire to highlight the concept of *consent* because, like Andrew Altman, a large number of people defend the use of pornography based on the idea that it is a consensual activity among adults. Unfortunately, Jane Doe's story is not an isolated event in the world of pornography and the problem of sex trafficking in this industry is much bigger than most people can measure. According to the cases reported to the National Human Trafficking Hotline in the US, *pornography is the third most common form of sex trafficking*<sup>56</sup>, and various investigations carried out with the collaboration of multiple porn performers have shown that sexual exploitation and trafficking are common experiences in this industry. So common that the relationship between pornography and trafficking is described as symbiotic because it has a perfectly circular feedback<sup>57</sup>.

Sex trafficking is a type of human trafficking. It is the purest form of objectification since it consists on the purchase and sale of human beings. Most of the victims of trafficking come from vulnerable populations, and of the 24.9 million victims around the world, it is estimated that 4.8 million (approximately 19%) are victims of sex trafficking. Unfortunately, 1 in 5 victims of sex trafficking (about 21%) are children<sup>58</sup>. Although the Hollywood version of sex trafficking is very well portrayed in the famous film *Taken* starring Liam Neeson, its narrative does not portray reality with precision. In many cases, sex trafficking is not carried out through kidnapping and physical force. For most victims, it consists, in fact, of psychological manipulation and other modes of coercion. A high number of victims are trafficked by their own families, romantic partners, or other individuals of their trust. In the case of child sexual abuse material (child pornography), minors are usually victimized by their parents. According to the Law on the Protection of Victims of Human Trafficking (TVPA), sex trafficking is defined as a situation in which "a commercial sexual act is induced by force, fraud or coercion, or in which the person induced to perform such an act has not reached the age of 18"<sup>59</sup>. This means that any commercial sexual act in which at least one of these elements is found—force, fraud, coercion, or the presence of a minor—is considered sex trafficking.

In the pornography industry, there are a lot of cases of victims who, like Jane Doe, are physically subdued, drugged, drunk, or forced to participate against their will in the filming of porn videos, which are then distributed "legally" on multiple internet platforms<sup>60</sup>. In fact, the abuses and rapes of a high number of victims of sex trafficking, who have already been sold and prostituted through different criminal networks, are filmed and subsequently distributed on the main legal content platforms, such as Pornhub and Youporn<sup>61</sup>. In recent years, a growing number of porn performers have begun to denounce the various ways in which they have suffered manipulation, coercion, and deception by this industry<sup>62</sup>. I emphasize here that many of these performers return home with a full



salary and a signed contract, despite having filmed scenes for which they had not consented with full knowledge or freedom. This is the case of Deanna Lynn, an acclaimed porn actress who has dedicated her life to denouncing the abuses of this industry after having worked in it for almost a decade. It is worth to revisit part of her testimony:

This is what directors will tell you, that if you don't do certain things, they won't get you any more work. Or there's times when you go to set and, again, you're being hired for one specific thing, and they're like, well that's not what we're filming here, we're filming *this*. You can either make money today or you can't, but this is what we're filming. There was one scene that I did where they had been so violent that I would stop and take shots of alcohol just to be able to take what they needed to do to me. I knew I had to finish this scene because I did not want my agent mad at me, and my agent was working with my pimp, and I did not want my pimp mad at me. And so, I still finished that scene, but I just went to the adult industry doctor and I got medicine so I would not feel the pain anymore. (...) I think what makes the porn industry different than other forms of selling sex is the fact that everybody forever can watch some of the most horrible things I have experienced in life<sup>24</sup>.

Deanna's testimony is repeated in many other voices that denounce the brutal reality of a multi-billion-dollar industry that uses manipulation, fraud, coercion, and force to produce a product that is subsequently sold and promoted as the result of a supposedly consensual and legal agreement between adults. I emphasize this point, to remind the reader that we are not talking about the dark illegal pornography content that is distributed and consumed throughout the *dark web*. We are discussing here the "legal" content offered by platforms as tremendously popular as Pornhub. This is the crucial issue: within the pornography industry, "consent" is said in many ways. However, according to the United Nations definition of human trafficking: "the consent of the victim of trafficking becomes irrelevant when any of the "means" of trafficking are used (coercion, fraud, threat of force, etc.)"<sup>63</sup>. That is why, in recent years, various movements worldwide – such as Traffickin-ghub, ExodusCry, FightTheNewDrug, and The National Center on Sexual Exploitation – have reported hundreds of cases that prove that the main pornography platforms promote, distribute, and earn millions of dollars from non-consensual material of people who are in fact victims of human trafficking. Unfortunately, since sex trafficking is, by nature, a clandestine matter, it is difficult to gather accurate statistics about it. The problem is that, when consuming it, the user has no way of guaranteeing the conditions under which that porn video was produced. There is virtually no way of guaranteeing if it is consensual material or if it is the product of sexual exploitation. When January Villarubia, a former porn actress, was asked what she would answer to a young man who claims that it is okay to consume pornography because it is free and he is not hurting anyone, her response was quick and powerful:

First of all, that is not true because porn drives up the demand for sex trafficking and they have commercialized the exploitation that comes with it. It drives up the demand, also, in the things in your mind that it is okay to do these acts to women. That is unnatural. (...) Once you have learned how rampant STIs are, you really get turned off to it. What you see is this tiny, 30-min package that has been cut and edited in so many ways. What you see is this whole fantasy and that is what they are feeding society. A lot of these girls who are trafficked are forced to watch pornography so that they know how to satisfy their customers, you know, their buyers. On top of that, a lot of these girls who are in sex trafficking are actually forced to do those pornographic films. So, the porn producers will get these girls to say that they are not under the influence of drugs or alcohol and



that they are at least 18 years of age, but that is not the case! A lot of these girls are as young as 13 or 14 years old<sup>64</sup>.

And thus, January Villarubia's response leads us to the most difficult and pressing matter of our discussion: the pseudo-child pornography (PCP) or "teen porn" as it is known among its users.

In the summer of 2017, the halls of the school where I teach were filled with music as my 14-year-old students sang in unison the latest hit of Becky G ft. Bad Bunny. It is interesting that my middle school students danced with so much excitement a song that was harshly criticized for insinuating the relationship of an adult man with a minor-hence its title "Mayores," with more than 100 million views on its YouTube video. In it, the famous urban music singer proclaims (and with her, so did my students): "*A mí me gustan mayores/de esos que llaman señores/de los que te abren la puerta y te mandan flores/a mí me gustan más grandes/que no me quepa en la bocillos besos que quiera darme y que me vuelvan loca*" (I like them older/those who are known as gentlemen/those who open the door for you and send you flowers/I like them bigger/that it does not fit in my mouth/the kisses he wants to give me and that they drive me crazy). That a song with this narrative has become a mega hit tells us a lot about the extent with which pornographic vales have, in fact, become mainstream. Many will think that what I say is exaggerated. The fact is that, according to a 2021 study in which more than 130,000 pornographic titles were analyzed, "teen" is the most common term in all of them<sup>65</sup>. Various studies show that "teen" is one of the most sought-after categories of porn, and its popularity among users is increasing. In 2006, this genre accumulated more than 20 million searches on the internet-an increase of 61% in just 2 years<sup>66</sup>. Being the mother of three little girls, when I reached this point of my research, it became impossible for me to continue in depth, because the reality behind it is deeply disturbing. I limit myself now to present the reader with a brief description of this genre and the reasons for social concern that have raised from its growing popularity.

It is important to note now that, from the 100 billion dollars that this industry generates annually, 20% is generated by child pornography<sup>67</sup>. Since pornography involving children under the age of eighteen is illegal in almost every part of the world, PCP uses young people who have barely reached legal adulthood to represent the girls in its sexual scenes. Certainly, the industry never refers to these sites under the terms of "child pornography." Rather, they appear as a sub-genre of porn called "teen porn" or "teen sex." There are several ways in which one can access these sites, being Google the most obvious and efficient. Despite the disturbing data confirming this category as one of the most popular on the internet, there is very little research about it. This is explained in part because, for those who work in the field of illegal child pornography, it is urgent to dismantle the criminal networks that produce and consume such material, to protect the lives of the millions of children who are victims of sex trafficking today. Compared to the devastating rates of child sexual abuse promoted by these criminal networks of pornography, images of PCP may seem, then, a less pressing issue, since the actresses involved are at least 18 years old and, consequently, before the law, they do not represent a criminal situation as such. However, if we focus our attention on the effects of consumption, and not on the means of production, then the problem reappears as something urgent and deeply disturbing. This is how Gail Dines explains it:

However, if we shift our attention away from production and toward consumption, then we begin to ask questions regarding the possible effects that PCP and actual child pornography may have in

common, since both aim to sexually arouse men with images of sexualized “children.” If, as researchers argue, real child pornography is used by some men to prepare them for actual assault on a child by both arousing them and desensitizing them to the harm done to children, while at the same time offering a blueprint of how to commit the crime, then is it not possible that PCP sites could play a similar role?<sup>68</sup>

Several studies have analyzed the relationship between the consumption of child pornography and the sexual abuse of children. In 2014, after conducting a meta-analysis of thirty various studies, a group of researchers determined that sexual aggressors who possess child pornography have committed the highest number of sexual assaults against children<sup>69</sup>. Another investigation showed that if a man is arrested for child pornography, there is a greater than 50% chance that he has sexually abused a minor. Many, in fact, have several victims<sup>70</sup>. Considering this information, the answer to the question posed by Dr. Gail Dines depends, to a large extent, on the level of success with which PCP sites build a reality that allows the user to be convinced that they are consuming images of sexualized children, not adults. To do this, it is essential to understand what is in fact promoted on *teen porn* or *teen sex* sites.

The producers of this genre infantilize their performers with various techniques that allow them to portray them as little girls. They use different accessories and costumes typical of the children’s world, such as teddy bears, student uniforms, popsicles, dolls, and colored ribbons. The goal is to offer the consumer a pornographic material that represents sexual acts with minors: images of girls being penetrated, sometimes violently and brutally, by different men who are represented as their parents, teachers, coaches, or anonymous abusers. As in the rest of the porn categories, PCP images vary in the intensity and perversion of their content, since the sexual acts portrayed in them are extracted from the world of adult pornography. Thus, these sites move between relatively non-violent images of girls masturbating, towards images of girls who are used sexually in a sadomasochistic, violent, and abusive way. The use of alleged “adolescents” gives the producer of this genre the opportunity to intensify the level of violence portrayed in its scenes, because, given their physical and emotional immaturity, these girls can be easily manipulated to do almost anything, no matter how painful and cruel. The premium offer that this genre presents to the user is the opportunity to witness how these girls lose their innocence. The most disturbing aspect of the *teen genre* is the exact representation of child sexual abuse promoted by its narratives, since these are based on the same codes, symbols, and processes that the perpetrators use to abuse their victims in the real world. It is interesting that all these sites, even those that promote gonzo scenes, represent stories in which men do not use their strength to force girls to comply with their sexual demands, but rather seduce, manipulate, and eventually reveal the little girls as their accomplices—a characteristic feature of child sexual abuse, in which the perpetrators manipulate their victims through affective bonds that allow them to exploit the minor, ensuring their silence. I insist again that all these sites carefully produce a scenario that allows the consumer to be convinced that the girls represented in those images are, in fact, minors and not young adults.

Unfortunately, since PCP sites have not been the focus of empirical research, we cannot yet determine what their individual and social effects will be. What we can do is explore the role that this genre is occupying in the normalization of pedophilia and the sexualization of children. It is essential to understand that the *teen genre* is the perfect substitute for those users who are not yet willing to break the law to satisfy their darkest sexual desires. However, as with any form of

pornography, the PCP consumer also develops tolerance, and that desensitization eventually leads to boredom and the need for more extreme content. Obviously, the next step is the consumption of child pornography, where there are no longer representations, but real children who are being sexually used. After a while, visual consumption can also become insufficient, and the user then needs to resort to actual prostitution and child sexual abuse. If we remember Dr. Mary Anne Layden's explanation of how pornography is an instructor, liberator, and trigger of behaviors, we can easily understand why various authors have raised their voices to denounce the multiple ways in which these PCP or *teen porn* sites can become the bridge that connects adult pornography with child pornography<sup>71</sup>:

The continued and increasing popularity of PCP will have devastating implications for child sexual abuse. First, the demand for real child pornography will increase, which will mean a greater number of children being abused for the purpose of production, and second, a greater number of children will be at risk of being sexually abused by men who use the pornography as a stepping-stone to contact sex with a child<sup>67</sup>.

## Conclusions

*"Don't Come Here Looking for Love"*<sup>72</sup>.

It seems to me that the central argument developed by Andrew Altman in the article I have quoted above poses the fundamental question with which we can conclude our discussion: *Is pornography a simple matter of sexual autonomy?* The months of research that preceded this article have taught me that an honest assessment of this problem cannot be biased and cannot be ideological. It cannot focus only on the consumer's point of view and ignore the other aspects that build the world of pornography. That is why I intended to offer the reader with a panoramic view of the problem because I am convinced that, if we desire to honestly answer the previous question, it is necessary to make use of interdisciplinarity and value everything that pornography implies (from its means of production to its distribution methods and the effects of its consumption, both individual and social). Thus, when the problem is judged from this perspective, the conclusion is unequivocal: pornography is not only a matter of the sexual autonomy of the individual who consumes it. It is a real industry, with mechanisms that perpetuate a huge network of crimes, which promotes misogyny and the absolute degradation of the human person, and whose negative effects are increasingly evident and are better documented by various scientific disciplines.

I must highlight that I am not building this argument from a feminist defense – although, certainly, the misogyny that mainstream porn promotes today is an alarming cause for social concern –. I emphasize this point because a large part of the current literature in the *anti-porn* academic movement is developed from that perspective. However, when we look at what is really happening in the world of pornography, we realize that it is not only the woman who is being objectified by this industry. So is the man, who is represented in these images as a sexual animal, greedy, irrational, completely dominated by his most ruin instincts. Thus, in its absolute degradation of women, pornography also destroys the dignity of men, because in the world of porn, men and women are not persons, they are objects that exist only to satisfy a perennial sexual instinct, in whose orgasm the fullness of life

seems to be found. In this sense, my position against pornography does not specifically stand from a feminist defense, but from the firm belief that porn destroys both women and men. It destroys its consumers and their families, as well as the thousands of victims around the world whose rights are being violently shattered by this industry. Ironically, this reality has become almost invisible by virtue of the ubiquity with which pornography has infiltrated our culture and our social paradigms.

I have heard on numerous occasions that pornography represents an ethical dilemma. *I disagree.* An ethical dilemma appears before a specific situation of human life in which moral good or evil is not evident. In these scenarios, philosophy is used to face a complex discernment of the moral nuances and variables that are so often presented to us in the practical search for good. However, everything that has been exposed throughout this article is quite simply indefensible. Consequently, it does not represent an ethical dilemma that needs to be addressed. There is nothing morally acceptable in pornography. There is nothing liberating. There is nothing that promotes female empowerment. Certainly, there is nothing autonomous or free, since the great success of pornography consists in hijacking our sex life, by subjecting it to the canons and symbols of an industry whose only purpose is the capitalist propagation of its product. Today, we have enough scientific and clinical evidence to firmly maintain that pornography is destroying the lives of thousands of people, marriages, and families around the world. Hence the title of this article. I believe that in the inexhaustible chain of crimes that are constantly perpetuated by this industry, the greatest of all is the destruction of personal intimacy. Pornography not only dehumanizes and degrades the true ecstasy of human sexuality. It destroys the dignity of the human person.

## **Funding**

This research has not received any specific grants from public, commercial, or for-profit agencies.

## **Conflicts of interest**

The author declares that she has no conflicts of interest.

## **Ethical disclosures**

**Protection of human and animal subjects.** The author declares that no experiments were performed on humans or animals for this study.

**Confidentiality of data.** The author declares that no patient data appear in this article. Furthermore, she has acknowledged and followed the recommendations as per the SAGER guidelines depending on the type and nature of the study.

**Right to privacy and informed consent.** The author declares that no patient data appear in this article.

**Use of artificial intelligence for generating text.** The author declares that she has not used any type of generative artificial intelligence for the writing of this manuscript nor for the creation of images, graphics, tables, or their corresponding captions.

## References

1. Pornland DG. Add from GagFactor, a Porn Website. How Pornography Has Hijacked Our Sexuality. Kindle Edition. Boston: Beacon Press; 2010.
2. Cacho L. Los Demonios del Edén: El Poder Que Protege a la Pornografía Infantil. México: Penguin Random House; 2005.
3. Smith S, Madonna. Vulgar. England: Capitol Records UK. EMI Release; 2023.
4. Paul P. Pornified: How Pornography is Damaging Our Lives, Our Relationships, and Our Families. Kindle Edition. New York: Holt Paperbacks; 2005.
5. Dines G. Playboy, Penthouse and Hustler. Paving the Way for Today's Porn Industry. In: Pornland. Kindle Edition. Ch. 1. Boston: Beacon Press; 2010.
6. Semrush Blog. Top 100: The Most Visited Websites in the US; 2023. Available from: <https://www.semrush.com/blog/most-visited-websites> [Last accessed on 2023 Nov 14].
7. Pornhub Insights. The 2019 Year in Review; 2019. Available from: <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review> [Last accessed on 2023 Jul 03].
8. Pornhub Insights. The 2022 Year in Review; 2022. Available from: <https://www.pornhub.com/insights/2022-year-in-review#traffic> [Last accessed on 2023 Jul 15].
9. Psychology Today. Surprising New Data from the World's Most Popular Porn Site; 2018. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/all-about-sex/201803/surprising-new-data-the-world-s-most-popular-porn-site> [Last accessed on 2023 Jul 15].
10. Statista. Market Size of the Online Pornographic and Adult Content Industry in the United States from 2018 to 2023; 2023. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1371582/value-online-website-porn-market-us> [Last accessed on 2023 Jun 10].
11. Fishbein P. Interview with Betsy Schiffman. Quoted by: Dines G. Pornland. Kindle Edition., Ch. 1. Boston: Beacon Press; 2008.
12. Statista. Most Popular Websites Worldwide as of November 2021, by Total Visits; 2021. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1201880/most-visited-websites-worldwide> [Last accessed on 2023 Jun 28].
13. Adult Video News. The Directors. Quoted by: Dines G. Pornland. Kindle Edition. Introduction. United States: Adult Video News; 2005.
14. Bridges A, Wosnitzer R, Scharer E, Sun C, Liberman R. Aggression and sexual behavior in best selling pornography videos: a content analysis update. *Violence Against Women*. 2010;16:1065-85.
15. Fritz N, Malic V, Paul B, Zhou Y. A descriptive analysis of the types, targets, and relative frequency of aggression in mainstream pornography. *Arch Sex Behav*. 2020;49:3041-53.
16. Jensen R. Entrevista con John Foubert. Quoted by: Foubert J. How Pornography Harms: What Today's Teens, Young Adults, Parents, and Pastors Need to Know. Kindle Edition. Bloomington, IN: LifeRich Publishing; 2017.
17. Solano I, Eaton N, O'Leary K. Pornography consumption, modality and function in a large internet sample. *J Sex Res*. 2020;57:92-103.
18. Foubert J. Impact on youth and teenagers. In: How Pornography Harms. Kindle Edition., Ch. 8. United States: LifeRich Publishing; 2017.
19. Bóthe B, Vaillancourt-Morel M, Dion J, Paquette M, Massé-Pfister M, Tóth-Király I, et al. A longitudinal study of adolescents' pornography use frequency, motivations, and problematic use before and during the COVID-19 pandemic. *Arch Sex Behav*. 2022;51:139-56.
20. Fight the New Drug. How Many Students Watch Porn at School? 2022. Available from: <https://fightthenewdrug.org/how-many-students-watch-porn-at-school> [Last accessed on 2023 Jul 15].
21. Healy-Cullen S, Taylor J, Ross K, Morison T. Youth encounters with internet pornography: a survey of youth, caregiver, and educator perspectives. *Sex Cult*. 2022;26:491-513.
22. British Board of Film Classification. Young People, Pornography and Age Verification; 2020. Available from: <https://truthaboutporn.org/study/young-people-pornography-age-verification> [Last accessed on 2023 Jun 15].
23. Martellozzo E, Monaghan A, Adler J, Davidson J, Leyva R, Horvath M. A Quantitative and Quality Examination of the Impact of Online Pornography on the Values, Attitudes, Beliefs, and Behaviors of Children and Young People. London: NSPCC. Middlesex University; 2017. Available from: <https://learning.nspcc.org.uk/media/1187/mdx-nspcc-occ-pornography-report.pdf> [Last accessed on 2023 Jun 30].
24. Manning J. La influencia de la pornografía en la mujer: Hallazgos científico-sociales y observaciones clínicas. In: Stoner JY, Hughes D, editor. *Los Costes Sociales de la Pornografía*. Madrid: Ediciones Rialp; 2014. p. 115-40.
25. Brain, Heart, World: Discover the Harmful Effects of Pornography. A Documentary Series. Fight the New Drug; 2018. Available from: <https://brainheartworld.org>
26. Your Brain on Porn. Relevant Research and Articles about the Studies; 2023. Available from: <https://www.yourbrainonporn.com/relevant-research-and-articles-about-the-studies> [Last accessed on 2023 Aug 20].
27. Wilson G. Your Brain on Porn: Internet Pornography and the Emerging Science of Addiction. Kindle Edition. England: Commonwealth Publishing; 2017.
28. Paul P. De la pornografía al porno: cómo el porno se convirtió en una norma. In: *Los Costes Sociales de la Pornografía*. Madrid: Ediciones Rialp; 2014. p. 17-45.
29. Foubert J. How porn is changing the way people are having Sex. In: How Pornography Harms. Kindle Edition., Ch. 11. United States: LifeRich Publishing; 2017.
30. Voon V, Mole T, Banca P, Porter L, Morris L, Mitchell S, et al. Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviors. *PLoS One*. 2014;9:e102419.
31. Wilson G. What are we dealing with? In: Your Brain on Porn. Kindle Edition., Ch. 1. England: Commonwealth Publishing; 2017.
32. Dines G. Porn and the industrialization of sex. In: Pornland. Kindle Edition. Introduction. Boston: Beacon Press; 2010.
33. The Gottman Institute. A Research-Based Approach to Relationships. An Open Letter on Porn; 2016. Available from: <https://www.gottman.com/blog/an-open-letter-on-porn> [Last accessed on 2023 Jun 25].
34. Carroll J, Busby D, Willoughby B, Brown C. The porn gap: differences in men's and women's pornography patterns in couple relationships: a qualitative study. *J Couple Relationship Ther*. 2017;16:146-63.
35. Foubert J, Bridges A. What is attraction? Understanding gender differences in reasons for viewing pornography in relationship to bystander intervention. *J Interpers Violence*. 2016;32:3071-89.
36. Olmstead SB, Negash S, Pasley K, Fincham FD. Emerging adults' expectations for pornography use in the context of future committed romantic relationships. *Arch Sex Behav*. 2013;42:625-35.

37. Bridges A. Los efectos de la pornografía en las relaciones interpersonales. In: *Los Costes Sociales De La Pornografía*. Arkansas: Universidad de Arkansas; 2014. p. 141-74.
38. Fight the New Drug. How Porn Can Hurt a Consumer's Partner; 2023. Available from: <https://fightthenewdrug.org/get-the-facts> [Last accessed on 2023 Jul 0].
39. Layden M. Pornografía y Violencia: Un Elemento Nuevo en la Investigación. In: *Los Costes Sociales de la Pornografía*. New York: Brunner-Routledge; 2014. p. 99.
40. Check J, Guloein T. The effects of repeated exposure to sexually violent pornography, nonviolent dehumanizing pornography, and erotica. En: Zillmann D, Bryant J, editors. *Pornography: Research Advances and Policy Considerations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1989. p. 159-84.
41. Boeringer S. Pornography and sexual aggression: associations of violent and nonviolent depictions with rape and rape proclivity. *Deviant Behav.* 1994;15:289-304.
42. Allen M, Emmers T, Gebhardt L, Giery M. Exposure to pornography and acceptance of the rape myth. *J Commun.* 1995;45:5-26.
43. Skorska M, Hodson G, Hoffarth M. Experimental effects of degrading versus erotic pornography exposure in men on reactions toward women (objectification, sexism, discrimination). *Can J Hum Sex.* 2018;27:261-76.
44. Ezzell MB, Johnson JA, Bridges AJ, Sun CF. I (dis)like it like that: gender, pornography and liking sex. *J Sex Marital Ther.* 2020;46:460-73.
45. Foubert J, Brosi M, Bannon R. Pornography viewing among fraternity men: effects on bystander intervention, rape myth acceptance and behavioral intent to commit sexual assault. *J Treat Prevent.* 2011;18:212-31.
46. Wright P, Tokunaga R. Men's objectifying media consumption, objectification of women, and attitudes supportive of violence against women. *Arch Sex Behav.* 2016;45:955-64.
47. Thorn & Benenson Strategy Group. *Thorn Research: Understanding sexually Explicit Images, Self-produced by Children*; 2020. Available from: <https://www.thorn.org/blog/thorn-research-understanding-sexually-explicit-images-self-produced-by-children> [Last accessed on 2023 May 27].
48. Kohut T, Stulhofer A. Is pornography use a risk for adolescent well-being? An examination of temporal relationships in two independent panel samples. *PLoS One.* 2018;13:e0202048.
49. Rothman E, Kaczmarek C, Burke N, Jansen E, Baughman A. A qualitative study of pornography use among a sample of urban, low-income, black and hispanic youth. *J Sex Res.* 2015;52:736-46.
50. Foubert J. *The Link between pornography and sexual violence*. In: *How Pornography Harms*. Kindle Edition., Ch. 4. United States: LifeRich Publishing; 2017.
51. Pornland DG. *Add from AnalSuffering, a Porn Website. How Pornography Has Hijacked Our Sexuality*. Kindle Edition. Boston: Beacon Press; 2010. p. 2.
52. The Washington Post. *The Men Behind GirlsDoPorn Lured Young Women with Modeling Jobs, then Tricked them into Porn, FBI Says*; 2019. Available from: <https://www.washingtonpost.com/business/2019/10/16/men-behind-girlsdoporn-lured-young-women-with-modeling-jobs-then-tricked-them-into-porn-fbi-says> [Last accessed on 2023 Jun 30].
53. Jane Doe. *I was Sex Trafficked by GirlsDoPorn*. Podcast Consider Before Consuming by Fight The New Drug; 2022. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=VVHJW5j7cYQ>
54. Fight The New Drug. *I didn't Know if they'd Kill Me: What Happened when Jane Doe was Trafficked by GirlsDoPorn*; 2021. Available from: <https://fightthenewdrug.org/what-happened-when-this-jane-doe-was-trafficked-by-girlsdoporn> [Last accessed on 2023 Aug 20].
55. Altman A. *The right to get turned on: pornography, autonomy, equality*. In: Cohen A, Heath Wellman C, editors. *Contemporary Debates in Applied Ethics*. 2a ed. Kindle Edition. New Jersey: John Wiley & Sons; 2014.
56. Polaris. *2019 Data Report: The U.S. National Human Trafficking Hotline*; 2020. Available from: <https://polarisproject.org/wp-content/uploads/2019/09/polaris-2019-us-national-human-trafficking-hotline-data-report.pdf> [Last accessed on 2023 May 15].
57. Donevan M. *In this industry, you're no longer human: an exploratory study of women's experiences in pornography production in Sweden*. *Dignity J Anal Exploitation Violence.* 2021;6:1.
58. International Labour Organization. *Global Estimates of Modern Slavery: Forced Labour and Forced Marriage*; 2017. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms\\_575479.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf) [Last accessed on 2023 Jul 15].
59. One Hundred Fifteenth Congress of the United States of America. *Trafficking Victims Protection Reauthorization Act*; 2017. Available from: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-115s1862enr/pdf/BILLS-115s1862enr.pdf> [Last accessed on 2023 Aug 26].
60. CNN. *Man Accused of Raping Women During Fake Sleep Study, Putting Video of Attacks Online*; 2015. Available from: <https://www.cnn.com/2015/02/05/asia/japan-rape-porn-arrest/index.html> [Last accessed on 2023 Jun 17].
61. The New York Times. *The Children of Pornhub: Why does Canada allow this Company to Profit from Videos of Sexual Exploitation and Assault*; 2020. Available from: <https://www.nytimes.com/2020/12/04/opinion/sunday/pornhub-rape-trafficking.html> [Last accessed on 2023 Jun 17].
62. Fight the New Drug. *Most Successful Male Porn Star of All Times Speaks Out on Porn*. FTND; 2015. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=Hx-p9Wr6xg0>
63. United Nations. *Human Trafficking FAQ's*; 2020. Available from: [https://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/faqs.html#What\\_if\\_a\\_trafficked\\_person\\_consent](https://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/faqs.html#What_if_a_trafficked_person_consent) [Last accessed on 2023 Jun 12].
64. Villarubia J. *Entrevista con John Foubert*. Citado por: Foubert J. *Who are these people? Motives of producers and actors in pornography*. En: *How Pornography Harms*. Kindle Edition., Ch. 6. United States: LifeRich Publishing; 2017.
65. Vera-Gray F, McGlynn C, Kureshi I, Butterby K. *Sexual violence as a sexual script in mainstream online pornography*. *Br J Criminol.* 2021;61:1243-60.
66. Walker A, Makin D, Morczek A. *Finding Lolita: a comparative analysis of interest in youth-oriented pornography*. *Sex Cult.* 2016;20:657-83.
67. United States House of Representatives. *Testimony of Ernie Allen. Sexual exploitation of children over the Internet: What parents, kids, and congress need to know about Child Predators*. Quoted by: Foubert J. In: *How Pornography Harms*. Kindle Edition., Ch. 12. United States: United States House of Representatives; 2006.
68. Dines G. *Children: The final taboo*. In: *Pornland*. Kindle Edition., Ch. 8. Boston: Beacon Press; 2010.
69. Babchishin K, Hanson K, VanZuylen H. *Online child pornography offenders are different: a meta-analysis of the characteristics of on-line and offline sex offenders against children*. *Arch Sex Behav.* 2014;44:45-66.
70. Bourke M, Hernandez A. *The "Butner Study" redux: a report on the incidence of hands-on child victimization by child pornography offenders*. *J Family Violence.* 2009;24:183-91.
71. Russell D, Purcell N. *Exposure to pornography as a cause of child sexual victimization*. In: Dowd N, Singer D, Wilson R, editors. *Handbook of Children, Culture and Violence*. United States: SAGE Publications; 2008.
72. Pornland DG. *Add from I'm Live, a Porn Website. How Pornography Has Hijacked Our Sexuality*. Kindle Edition. Boston: Beacon Press; 2010. p. 3.



# No vivimos solos en el mundo. Autonomía relacional

## *We do not live alone in the world. Relational autonomy*

Ma. de la Luz Casas-Martínez

Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

### Resumen

*Es momento de reconsiderar el concepto de autonomía en las cartas de consentimiento informado. Bajo un modelo jurídico, las cartas apoyan las decisiones tomadas por los pacientes en forma individualista que aleja a la persona de su realidad interpersonal. En este artículo analizamos el concepto de libertad de aplicación en el campo clínico desde la perspectiva filosófica, psicológica y en neurociencias, concluyendo que nuestras decisiones pueden ser elegidas libremente, aunque no se encuentran acordes a nuestras preferencias. Las cartas de consentimiento informado deberán considerar, especialmente en situaciones altamente vulnerables y fin de vida, la toma de decisiones compartidas, en el modelo de autonomía relacional.*

**Palabras clave:** Vulnerabilidad. Libertad. Consentimiento.

### Abstract

*It is time to reconsider the concept of autonomy in letters of informed consent. Under a legal model, the letters support the decisions made by patients in an individualistic way that distances the person from their interpersonal reality. In this article we analyze the concept of freedom of application in the clinical field from a philosophical, psychological and neuroscience perspective, concluding that our decisions can be freely chosen, although they are not in accordance with our preferences. Informed consent letters should consider, especially in highly vulnerable and end-of-life situations, shared decision-making, in the model of relational autonomy.*

**Keywords:** Vulnerability. Freedom. Consent.

### Correspondencia:

Ma. de la Luz Casas-Martínez

E-mail: [mcasas@up.edu.mx](mailto:mcasas@up.edu.mx)

Fecha de recepción: 19-08-2023

Fecha de aceptación: 30-11-2023

DOI: 10.24875/BUP.230000101

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):26-38

[www.bioethicsupdate.com](http://www.bioethicsupdate.com)

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## Introducción

Los seres humanos somos seres sociales, vivimos en comunidad, familia, relaciones de amistad, vínculos emocionales y afectivos variados pero significativos para nuestra calidad de vida.

En el campo de la medicina se ha posicionado en los últimos 30 años el concepto de autonomía de los pacientes, como contrapeso al modelo paternalista ejercido por mucho tiempo en este campo de conocimiento. La voluntad y autonomía de las personas se ha plasmado desde una perspectiva jurídica y ética en los documentos de consentimiento bajo información previa, cuya firma ya es un requisito para autorizar o negar cualquier acto en el campo de la salud<sup>1</sup>.

Pero a lo largo de los años de aplicación de este concepto se han ido modificando variedades de este, al reconocer la capacidad disminuida de las personas, edad de los sujetos, vulnerabilidad y otros factores que limitarían sus decisiones con una verdadera autonomía.

No es objetivo de esta reflexión abundar sobre los tipos de consentimiento actualmente aplicados en el campo de la medicina, sino sobre las características propias de la convivencia humana y su repercusión en la toma de decisiones médicas, en el concepto denominado actualmente como autonomía relacional.

## ¿Somos los seres humanos 100% autónomos en nuestras decisiones?

El argumento más importante para considerar un consentimiento informado como válido es que se realice con autonomía, pero ¿somos totalmente autónomos, aunque no nos encontremos en estado de vulnerabilidad?

Tanto la filosofía como la psicología se han preguntado históricamente sobre si somos 100% libres. La respuesta general es sí, pero en cierto sentido. Para ser lo más autónomos posible deberíamos preguntarnos si nuestra decisión es acorde a la realidad, si nuestras preferencias tienen influencia importante sobre la racionalidad, si elegimos siempre lo mejor para nosotros en sentido realista, sin afectar a los demás.

Desde la perspectiva filosófica, citamos a Emmanuel Kant, que aporta su idea acerca de que los humanos al ser racionales deben ser autónomos y que su conciencia personal solamente puede aceptar las leyes que se da a sí misma, señalando: «La autonomía de la voluntad es aquella modalidad de la voluntad por la que ella es una ley para sí misma (...). El principio de autonomía es por lo tanto este: no elegir sino de tal modo que las máximas de su elección estén simultáneamente comprendidas en el mismo querer como ley universal»<sup>2</sup>.

El ser humano racional tiene capacidad de autolegislación, esto es, autonomía. Pero Kant liga este pensamiento al de responsabilidad, que a su vez depende de la razón<sup>3</sup>, y por tanto, somos libres si actuamos en el bien y la verdad desde una perspectiva universal. En la *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, definió Kant el concepto de autonomía como «la constitución de la voluntad, por la cual es ella para sí misma una ley independientemente de cómo estén

constituidos los objetos del querer»<sup>3</sup>. El bien y la verdad son el marco de las decisiones libres para Kant.

Por otra parte, la idea de libertad de conciencia se relaciona también en la filosofía liberal de Stuart Mill. En su obra *Sobre la libertad*, Mill entiende la libertad como un actuar que carece de imposiciones e intervenciones externas: «La única razón que puede tener una comunidad para proceder contra uno de sus miembros es la de impedir que perjudique a los demás. No es razón bastante la del bien físico o moral de este individuo. No puede en buena justicia obligarse a un hombre a hacer o no hacer una cosa porque esto fuera mejor para él, porque esto le haría más feliz o más justo. Semejantes razones son buenas para hacerle advertencias, discutir con él, convencerle o suplicarle, pero nunca para obligarle o para causarle algún perjuicio si se empeña en llevar adelante sus propósitos. Para justificar la imposición sería preciso que la conducta que trata de modificarse en un hombre fuese nociva para algún otro. En lo que no interesa a nadie sino a él, su independencia es de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y sobre su espíritu, el individuo es soberano»<sup>4</sup>.

Para Mill la libertad (él no la refiere como autonomía) no se basa en la realidad captada por la razón, sino ante sus preferencias, por lo cual hace esta referencia: «La única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien, cada uno a su manera, siempre que no tratemos de privar a los demás del suyo o de entorpecer sus esfuerzos para conseguirlo. Cada uno es el guardián natural de su propia salud, física, mental y espiritual»<sup>4</sup>.

Mill se enfocó sobre todo en el campo de la política y deseaba que las leyes, aprobadas por «mayoría», no estuvieran acordes con las decisiones personales. Bajo una tendencia liberal y ante el límite de las acciones ante los demás, reconoce valores, como la igualdad y la justicia, asociados con ella<sup>4</sup>, destacando que las legislaciones no deberían coartar al individuo si este no daña a terceros. Esta forma de pensamiento se ha posicionado importantemente en nuestra sociedad, apoyando en muchas ocasiones decisiones no basadas en el bien y realidad, como lo solicitaba Kant, sino en el modelo de Mill, donde no hay marco, solamente el respeto a las preferencias del sujeto.

Aunque estos conceptos suponen que todo ser humano actúa en forma racional, en la práctica, y bajo el desarrollo de la psicología (rama del conocimiento que no existía en tiempos de estos filósofos), puede haber matices de interpretación.

## **Pero ¿qué nos dice la psicología?**

Aunque no hay consenso dentro de la psicología sobre si realmente somos totalmente libres, autores como Freud<sup>5</sup> francamente limitan mucho esta capacidad. Si partimos de la teoría del psicoanálisis de Freud y Lacan, el término libertad no está completamente definido, relacionado con el inconsciente y la relación del sujeto con «el otro», por tanto, no hay libertad, sino con relación a los «otros».

Desde el discurso de Lacan, el sujeto, cuya etimología hace referencia precisamente a que se encuentra «sujeto» a otras voluntades, no es completamente libre. El niño es «un súbdito porque se experimenta y se siente de entrada profundamente sometido al capricho de aquello de lo que

depende, aunque este capricho sea un capricho articulado...y cuando es adulto, expresa la necesaria dependencia del sujeto respecto al otro en cuanto tal»<sup>6</sup>.

En esta concepción psicoanalítica, el inconsciente, que guía gran parte de nuestras decisiones, aunque no nos damos cuenta de ello, interfiere con nuestra sensación de decisiones sentidas como libres, consideradas aquellas que no están vinculadas al determinismo o la coacción. Desde la perspectiva ontológica, somos seres libres, pero desde la psicológica, esta posibilidad está sumamente limitada.

Es así que Adolfo Carpio hace referencia a Heidegger señalando: «La libertad es lo que hace posible al *Dasein* en cuanto que hace posible la totalidad de momentos que hemos designado con las palabras existencia, trascendencia, mundo»<sup>7</sup>.

Por tanto, los actos elegidos implican realmente un acto de voluntad (aunque quizás el sujeto desconozca la influencia inconsciente), porque en la práctica ha optado entre opciones.

Pero Carpio señala que las decisiones y elecciones se relacionan con los demás, porque dependen de lo que desean «los otros».

Como señalamos, entonces, los actos libres están condicionados por los «otros» y este sentido debe ser reconocido dentro de la realidad de las decisiones consideradas como «autónomas» en la bioética.

Pero algunos psicólogos van más allá, como señala Roy Baumeister<sup>8</sup>, para quien la autonomía se basa en las consecuencias de «creer» o «no creer» que actuamos libremente, no en si de verdad somos libres. Para este autor, creer que somos libres nos lleva a ejercer actos libres y esta afirmación la ha realizado con estudios de campo<sup>9</sup>.

Si los humanos tienen o no libre albedrío es una pregunta que los filósofos han debatido durante siglos, y es probable que continúen haciéndolo. La psicología puede proporcionar algunas ideas sobre cómo podría funcionar el libre albedrío, o al menos la creencia en su existencia, pero más allá de eso, es probable que no podamos verificar o invalidar su existencia. Sin embargo, lo importante es que nos tratemos unos a otros (y a nosotros mismos) como seres autodeterminados cuyos pensamientos y sentimientos son importantes.

## **Neurociencias y libertad humana**

El ser humano pertenece a una especie que ha desarrollado recursos cerebrales complejos y que sitúa áreas de comportamiento cognitivo, especialmente social, en la zona del prosencéfalo, el cual también posee conexiones inconscientes en el campo de la memoria y de la ideación subjetiva, a través de regiones límbicas, cuerpo calloso e hipocampo<sup>10</sup>.

El cerebro, considerado como una estructura aferente y eferente, modula las respuestas electivas, consideradas como «libre albedrío», ligado al concepto de «autonomía.» El concepto de libre

albedrío se relaciona más al aspecto biológico, siendo el de autonomía uno ligado a la filosofía, como se señaló anteriormente.

Para Fuster, en las neurociencias el libre albedrío es comprendido como libertad de elegir entre alternativas, lo cual depende del funcionamiento del sistema nervioso, el neocórtex, especialmente prefrontal, en su interacción con el entorno. Para Fuster, la corteza prefrontal surge de la evolución como la cuna de la libertad. En estado básico, esta libertad se relaciona con la evaluación en redes neuronales de la búsqueda de elementos básicos de subsistencia, eligiendo entre posibles acciones, lo cual relaciona el determinismo con la libertad, pues «donde hay opción, hay libertad»<sup>11</sup>.

Si bien hace unos años la neurociencia proponía opciones reduccionistas en el campo de la biología, cada vez más reconoce factores reales que influyen en las acciones humanas, y así Fuster reconoce la influencia del entorno en toma de elecciones, esto es, lo que desea la persona se relaciona con el mundo real, sus circunstancias, las personas y sus afectos, lo cual nos interesa especialmente para esta reflexión, la cual neuroanatómicamente se relaciona con una red cortical, una unidad dinámica de conocimiento o de memoria, susceptible de cambio con el aprendizaje y las diversas formas de interacción.

Funcionalmente nos referimos a que existen conexiones cerebrales sensitivas y motoras, integradas durante la historia funcional de esa persona, a aprendizajes y experiencias que conforman individualmente una propia respuesta a estímulos, por lo que cada persona es única e irrepetible en la captación de sensaciones, su codificación, interrelación con las diversas partes del cerebro, memoria, subjetividad, cognición y su forma elegida de respuesta. Existe una posibilidad infinita de combinaciones, fuente de la imaginación y la creatividad que posibilitan lo que consideramos actos de libertad<sup>12</sup>.

Si bien el 99% de las percepciones cerebrales son inconscientes, la conciencia modula los estímulos percibidos por el sujeto. Para Fuster, es la corteza cerebral activa la que conduce a la conciencia, de ahí que nos sintamos libres y que incluso la actividad inconsciente potencie la libertad. Debido a que la corteza cerebral recibe los estímulos conscientes e inconscientes, puede combinar opciones y acciones diversas, no todas motivadas conscientemente<sup>13</sup>.

Otra especial característica humana es la de previsión (visión al futuro), ligada especialmente a las funciones adaptativas, que posibilitan afrontar cambios y el desarrollo de funciones éticas, en las que «el otro» siempre está considerado. Debido a ello puede ampliarse a la posibilidad del pensamiento universalizable y por tanto, del desarrollo de una autonomía relacional con base moral que recuerda al pensamiento kantiano, en donde la base neurobiológica permite una postura cognitiva de elección, que Carpio señala acertadamente: «En términos neurobiológicos, nuestra libertad consiste en la capacidad de nuestra corteza cerebral para seleccionar entre alternativas de acciones con objetivos y la información que las guía. El agente elector es la corteza...»<sup>7</sup>. Debido a las múltiples posibilidades de combinación neurológica, la plasticidad cerebral formada por las experiencias históricas de ese ser humano y la capacidad homeostática del cerebro biológico funcional, las opciones de respuesta ante estímulos es imprevisible. Experiencias vitales, con gran carga biológica, subjetiva y objetiva conforman redes de interrelación humana, que pueden considerarse funciones de carácter ético. Es así que cada persona posee conexiones diferentes, definidas por interacciones entre biología genética y factores epigenéticos (historia de vida de cada persona)<sup>14</sup>.

## Ante nuestras limitaciones

Si somos 100% libres o así nos consideramos, el hecho es que tomamos decisiones preferenciales, ya sea basadas en valores o en nuestras preferencias, y si son elegidas comprendiendo el significado de la decisión, sus consecuencias y alternativas en un entorno libre de presiones extremas, podemos considerar que esas decisiones fueron autónomas.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, podemos considerar que sí existe un albedrío, cierta libertad humana, un razonamiento y una sensación de decisión, aunque en realidad esta tenga limitaciones. Esta forma de libertad nos da la posibilidad funcional de ejercer ciertos argumentos o preferencias en forma relativamente acorde a una decisión autónoma, dentro de la medida de las limitaciones propiamente humanas.

En la actualidad, el modelo de libertad que postula Stuart Mill aventaja en aceptación social al kantiano, por lo que se concibe la autonomía como aquello que se ejerce sin ningún tipo de imposición al individuo, sin tomar en cuenta a nadie más. ¿Pero estos modelos individualistas de libertad son acordes a la realidad humana?

Como señalamos anteriormente, somos seres sociales; nadie vive totalmente solo. Existen relaciones interhumanas, positivas o negativas, pero reales; existen afectos, emociones ligadas a las personas de nuestro entorno, especialmente si tienen una representación psicológica importante para nosotros<sup>15</sup>, decisiones que no pueden ser realizadas solamente en un contexto ideal, sino real, que incluye emociones y afectos, así como un diálogo intersubjetivo.

Por ello Marsico señala que pretender individualidad total niega la realidad y la interdependencia, que es una parte integrante de la autonomía<sup>16</sup>: «Nuestra dependencia de las otras personas, cuando es recíproca, no es la antítesis de la autonomía, sino una condición previa literal de la autonomía y la interdependencia, un componente constante de esta»<sup>17</sup>.

Efectivamente, se elige muchas veces, no en base a lo que se desea, sino a lo que se considere adecuado de elegir, aunque ello a veces no se encuentre acorde 100% a nuestras preferencias, pero sí a la ponderación de la elección más conveniente en ese momento para nosotros y los demás.

Desde una perspectiva bioética, uniendo filosofía, derecho y medicina, puede afirmarse que la postura radical kantiana y la de Mill no consideran el carácter relacional ni la vulnerabilidad humana. Manejan el concepto de libertad en forma abstracta, alejada de la vida, que está interconectada con otros seres humanos siempre<sup>18</sup>.

El punto al que nos lleva esta reflexión es la actual conformación en el acto bioético desde una perspectiva clínica y de investigación, ya que la bioética se ha adherido plenamente con la postura liberal de Stuart Mill, mediante las cartas de consentimiento informado; y lo ha hecho en principio para contrarrestar la actitud paternalista de la medicina, discorde de la postura actual de derechos del paciente, pero con ello ha caído en muchos casos en extremos de esta reconocida

«autonomía» que ha repercutido no solamente en un sesgo que puede afectar la beneficencia del propio paciente y su familia.

Es por ello que actualmente se promueve considerar el concepto de autonomía relacional.

## Autonomía relacional

Podemos definir el concepto de autonomía relacional en bioética clínica con la siguiente propuesta: autonomía relacional es aquella que considera las interacciones humanas significativas para un paciente como parte de su proceso de decisión libre.

Esta forma de repensar la autonomía, especialmente en casos en que la persona presenta autonomía restringida, estado de gravedad o posible pérdida de la vida, es de particular utilidad en la práctica médica.

Todos sabemos que ante situaciones límite de los pacientes, gran parte de las decisiones son tomadas entre el paciente, sus médicos y especialmente su red de apoyo, sean estos parte o no de su familia nuclear. Este tipo de decisiones consensuadas se dan desde hace mucho tiempo en el caso de la autorización de toma de órganos con fines de trasplante cadavérico, ya que, aunque el modelo de consentimiento presunto se apunte en la ley, siempre, en la práctica y muchas veces en la misma ley, se solicita el permiso póstumo de los familiares. Si ello se realiza por respeto al cadáver, que fue una persona, con más razón debería de tomarse en cuenta que el paciente ante situación de extrema de vulnerabilidad necesite del apoyo, consejo y aprobación de su red.

Marsico señala «no es solo la información lo que cuenta, sino, principalmente, el modo como se comunican diagnósticos, incertidumbres, posibilidades...Por tanto, respetar la autonomía del paciente no consiste simplemente en dejar la decisión en manos del paciente, sin más, sino que requiere un ejercicio constante de comunicación con este para que pueda llegarse a una decisión verdaderamente autónoma»<sup>16</sup> y agrego, el paciente requiere también el diálogo con su red de apoyo.

Esta idea de necesidad de «los otros», no es nueva en la filosofía, pero sí en la bioética de corte jurista, por lo que Jennifer Nedelsky<sup>19</sup> presenta una teoría relacional de los derechos fundada en la idea del reconocimiento y argumenta que libertad no es independencia, porque lo que realmente hace posible la autonomía no es la separación de los demás, sino más bien las relaciones, los vínculos. En bioética se valora prioritariamente la autodeterminación y restan peso a sus límites, pero muchos de ellos protegen valores humanos, sentimientos y afectos imprescindibles para la vida integral de una persona. Como señala Gordillo, ser autónomo no consiste en no tener vínculos: «La autonomía es saber asumir los propios vínculos libremente, es ser consciente de los propios límites para comprender cómo compaginar la condición finita del hombre y su inconmensurable dignidad humana»<sup>20</sup>.

Este tipo de decisiones ya fue señalado atinadamente por Beauchamp y Childress, desde hace 30 años, pero que retomamos en este momento.

Ser autónomo no es equivalente, como señalaba Mill, a ejercer sus preferencias. Para Beauchamp y Childress la autonomía admite grados, pero no así el acto autónomo, el cual se ejerce siempre en forma total. Para estos autores, una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace: a) intencionadamente, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción. La intencionalidad no admite grados, la comprensión y la coacción sí. En bioética muchas veces se confunden estos dos conceptos; autonomía y acto autónomo; y es por ello que se ha polarizado tanto la valoración de la autonomía<sup>21</sup>.

La actual visión de la autonomía parte de un modelo ideal, que se fractura muy frecuentemente en el estado de vulnerabilidad<sup>22</sup>, por lo que, de acuerdo con el pensamiento de Paul Ricoeur: «Es el mismo ser humano el que es lo uno y lo otro bajo dos puntos de vista diferentes. Y, es más, no contentos con oponerse, los dos términos se componen entre sí: la autonomía es la de un ser frágil, vulnerable»<sup>23</sup>.

Negar que somos vulnerables fractura la realidad, porque el sufrimiento, dolor y muerte nos limitan y negarlo va en contra de la condición humana, la solidaridad y subsidiariedad necesaria en toda sociedad<sup>23</sup>.

Puede considerarse que la vulnerabilidad es un pilar de la ética, de la justicia, porque vivimos y convivimos en forma social y por ello compartimos decisiones.

Levinas señala que la responsabilidad es anterior a la libertad, esto es, la consideración de «el otro»; no somos responsables por nuestra libertad, sino que somos libres porque somos responsables<sup>24</sup>.

## **En la práctica**

El ejercicio de la medicina implica cada vez más el ejercicio de valores humanos generales y particulares para este campo específico de este acto técnico/ético enfocado al campo de la salud.

La medicina se ocupa del vulnerable. Ese es el eje principal del acto médico, y por tanto debe considerar, no al sujeto ideal, sino al real.

Somos seres que actuamos en un sistema, creado y autocreado que nos confiere individualidad y especificidad, envuelto en sentimientos, afectos y relaciones interpersonales que enriquecen nuestra existencia; sin ellas no podríamos vivir como humanos. No somos máquinas puramente racionales, somos seres creativos y creadores que a través de nuestra historia sustentamos nuestras decisiones.



En los estados de alta vulnerabilidad, como es la enfermedad, el dolor y la muerte, requerimos muchas veces de diálogo intersubjetivo, no solamente para aclarar conceptos a veces confusos y presionados por el mismo estado de crisis. Dichos datos no son solo los técnicos (del campo médico), sino los que representan un valor para nuestra vida, como es la consideración de quienes amamos o consideramos valiosos para nuestra subsistencia emotiva e integral.

Por tanto, deben considerarse estas relaciones y tiempos para llevarlas a cabo en los hospitales y centros de atención a pacientes, especialmente si deben realizar decisiones vitales para su bienestar. Los hospitales, o en la atención domiciliaria, deben contar con espacios adecuados, que propicien la intimidad de los encuentros, sin presionar a que los pacientes decidan al presentárseles opciones en una carta de consentimiento, deseando que se firmen en el momento, en solitario, sin el diálogo consejero de quienes aman, respetan o consideran importantes para su decisión, quizás un consejero espiritual o religioso.

Siempre se ha señalado que la firma de cartas de consentimiento informado no debe ser un acto administrativo, sino un proceso, pero muchas veces en la práctica estos se olvidan y la burocracia impera contra el mismo sentido de procurar un verdadero acto autónomo de los pacientes.

En los casos de urgencia médica, las reglas cambian y el mismo sentido común lo apoya, pero en la mayoría de los casos sí es posible fomentar un acto autónomo más acorde a los verdaderos intereses de un paciente, que como se señaló anteriormente, no muchas veces concuerda esa decisión con sus preferencias.

Por un lado, es cierto que aún muchos profesionales continúan siendo excesivamente paternalistas, lo cual provocó el ejercicio de cartas de consentimiento, pero esto cada vez es menos. La tendencia va hacia fomentar el diálogo y ofrecer opciones, todo ello basado en una autonomía total del paciente competente, sin tomar en cuenta que nuestras decisiones se hallan ligadas a nuestros afectos y relaciones humanas y no solamente a las preferencias que se ejercerían si ellos no existieran.

La autonomía relacional pretende articularse como un concepto que intenta dotar de condiciones de posibilidad a la autonomía, reconociendo la vulnerabilidad como característica propia de los seres humanos y reconociendo que somos seres relacionales e interdependientes, por lo que muchas decisiones toman en cuenta a los demás, y con ellas, autónomamente nos sentimos más confortables.

Si bien es necesario que cada persona sepa tomar decisiones, y ello ya es un reto, el papel del personal sanitario es propiciar el diálogo y espacios para que el paciente pueda tomar decisiones racionales y que le proporcionen la seguridad de haber elegido lo mejor para ese momento, pues en situación de vulnerabilidad extrema, las situaciones cambian rápidamente y también puede ser así con las decisiones.

El médico tratante debe estar consciente de que las cartas de consentimiento y/o las de voluntades anticipadas (una forma de consentimiento), deben reevaluarse, especialmente si las condiciones físicas o psicológicas del paciente cambian. Es un arduo trabajo, pero es una obligada acción de justicia.

Si bien el contexto y origen de las cartas de consentimiento surgieron en el campo legal, al ser retomado por la medicina, este documento se vuelve no solamente un documento legal, sino ético, y es por ello que debemos cumplir con condiciones que avalen las decisiones, no solamente con firmas adecuadas.

La toma de decisiones compartidas entre paciente/médico/seres queridos o importantes para el enfermo es un proceso más humano y cercano a que el paciente tome decisiones más realistas, que conserven su salud física, mental y espiritual.

La autonomía relacional trata de que el paciente se sienta empoderado, no abandonado a su propio criterio en un estado de vulnerabilidad, para el que quizá no este preparado para afrontarlo por sí solo. Necesita de la opinión respetuosa y sincera los demás, de aquellos que desean su bien y lo aman.

La autonomía relacional no pretende que la persona pierda control de sí misma. Su elección será la válida, porque la influencia de otros no necesariamente impide la autonomía, sino que en realidad puede mejorarla, contribuyendo a su decisión<sup>25</sup>.

Con frecuencia, un diálogo cara a cara no solamente incluye palabras, sino actitudes, un lenguaje corporal que puede ser de importancia para quien desee adentrarse en las palabras del interlocutor. Además, la autonomía relacional libera muchas veces a los familiares de sentir que tomaron decisiones equivocadas, sobre todo ante familiares incompetentes o en situación de vulnerabilidad extrema<sup>26</sup>. Las decisiones conjuntas también benefician al personal de salud, pues afianzan sus acciones a favor del paciente, como apuntan varios estudios especialmente ante decisiones al final de la vida<sup>27</sup>.

En forma práctica, este enfoque requeriría no de un machote estricto de firma, especialmente en el caso de voluntades anticipadas, sino de un documento flexible, que deberá ser firmado por el paciente, el médico y su familia, pues frecuentemente la familia es la red de apoyo de pacientes vulnerables y en fin de vida.

Los cuidadores primarios deberían tener diálogo con el familiar a cuidar y ello no se toma en cuenta en las cartas de consentimiento o voluntades anticipadas. La familia está involucrada, no es ajena, y por ello también merece ser oída y tomar decisiones en conjunto con el paciente y el médico. En la práctica, algunas veces se realiza este proceso, pero no está consignado en los documentos de calidad jurídica al respecto y esto es importante, en especial en casos de fin de vida<sup>28</sup>.

## **Límites del modelo de autonomía relacional**

Como todo proceso humano, existen gran variedad de factores en cada caso, las familias son diferentes a las propuestas como «ideales»; los pacientes tienen problemas para razonar «objetivamente» o se dejan influenciar rápidamente, las argumentaciones son sesgadas o están plagadas de frases calificadoras o inductoras que pueden influenciar negativamente sus decisiones.

Varias publicaciones abordan la posibilidad de que se caiga en acciones de tratamiento fútil por medio de presiones de los seres queridos<sup>29</sup> o del mismo personal de salud<sup>30</sup>.

Además, este modelo conlleva mayor tiempo de dedicación y cambio de normatividades si así es requerido, lo cual sobrecarga el trabajo del equipo de salud<sup>31</sup>.

Hay que reconocer que no siempre los miembros de una familia conservan la objetividad. Se encuentran también en estado de estrés, y por ello el papel mediador del médico es tan importante<sup>31</sup>, dando por hecho que ellos poseen habilidades de comunicación efectiva<sup>32</sup>.

La autonomía relacional debe ser un proceso abierto, con múltiples enfoques, adecuados a cada unidad de diálogo. Como se señaló anteriormente, cada paciente, familia y médico, son diferentes, ante diferentes circunstancias y como todo proceso en la medicina deberá ser valorado bajo una ponderación de riesgo/beneficio.

## Conclusión

Tomar decisiones compartidas no es nuevo, ya había sido propuesto por Veatch<sup>33</sup> y Ezekiel Emanuel<sup>34</sup> hace unos años y muchas personas ante situaciones crisis lo hacen.

Reconocemos que somos agentes morales, pero la autonomía se relaciona con el concepto de responsabilidad y la interacción con los otros. Tenemos ligas afectivas fuertes que pueden ayudarnos a elegir lo mejor para nosotros.

Por otra parte, no somos 100% libres, ni en el sentido biológico ni en el psicológico; somos y formamos parte de un sistema construido históricamente por nuestra propia vida y por nuestro entorno epigenético que modula nuestras preferencias, pero también nuestras responsabilidades.

El acto descrito idealmente como autónomo raramente se cumple, especialmente en estados extremos de vulnerabilidad, como sucede ante la enfermedad y la muerte, ya que el peso emocional, subconsciente y afectivo es fuerte especialmente en esos momentos y lejos de ser esto un obstáculo a la libertad, la cual posee gradualidad, puede ofrecernos un diálogo enriquecedor para una toma de decisiones más acorde a una realidad personal en circunstancias vitales en la vida.

La propuesta de la consideración de la autonomía relacional no niega la toma de decisión de un paciente en estado muy vulnerable, sino que refuerza los actos libres, los cuales, como se señaló anteriormente, muchas veces no concuerdan con lo deseado, pero sí con lo decidido de forma consciente y voluntaria en ese momento.

En el ejercicio práctico de la medicina deberán considerarse capacitación, tiempos y espacios para poder llevar a cabo diálogos interpersonales suficientes en calidad, para que cada paciente pueda tomar decisiones que les aporten seguridad, tanto en el campo biológico, como psicoespiritual, contribuyendo con ello al logro de paz y estabilidad con la resolución tomada.

Como conclusión, apoyamos que la autonomía relacional se desarrolle normativamente, especialmente en situaciones de vulnerabilidad extrema y fin de vida.

## Agradecimientos

A la Universidad Panamericana por las facilidades para realizar este documento.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** La autora declara que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, la autora ha reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** La autora declara que no ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. CONBIOÉTICA. Consentimiento informado [Internet]. México: CONBIOÉTICA, Comisión Nacional de Bioética; 2023. Disponible en: [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)
2. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Eudeba; 1998.
3. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
4. Mill Stuart J. Sobre la libertad. Madrid: Centro de publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1991.
5. Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis: 18.ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente. En: Freud S. Obras completas. Tomo XVI. Amorrotu Editores; 1978. pp. 250-261.

6. Lacan J. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. *Escritos 2*. México: Siglo XXI; 2008. pp. 755-787.
7. Carpio A. La metafísica como libertad y sentido. Glauco; 1998.
8. Baumeister R. Free will in scientific psychology. *Perspect Psychol Sci*. 2008;3(1):14-9.
9. Baumeister RF, Masicampo EJ, Dewall CN. Prosocial benefits of feeling free: Disbelief in free will increases aggression and reduces helpfulness. *Pers Soc Psychol Bull*. 2009;35(2):260-8.
10. Gould J. *Neuroanatomía*. 6.ª Ed. Michigan: Wolters Kluwer; 2020.
11. Fuster J. *Cerebro y libertad*. Barcelona: Ariel; 2014.
12. Muñoz PD. Sujeto y responsabilidad. En: Muñoz PD. *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Letra Viva; 2011. pp. 61-75.
13. Muñoz P. La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis. Manantial; 2009.
14. Cortina A, Bonete E. La indeclinable libertad, en neuroética y neuropolítica. Parte III, Neuroética práctica. *Desclée de Brouwer*; 2010.
15. García Gómez-Heras JM, Velayos Castelo C. Consentimiento informado y autonomía moral. *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005.
16. Marsico G. *Bioética: voces de mujeres*. Madrid: Nancea; 2003.
17. Porter E. Mujeres y amistades: Pedagogías de la atención personal y las relaciones. En: Luke C. (editor). *Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana*. Madrid: Morata; 1999. pp. 83-84.
18. Korsgaard Ch. *The sources of morality*. Cambridge University Press; 1996.
19. Nedelsky J. Reconciling rights as relationship. *Review of Constitutional Studies*. 1993;1(1).
20. Gordillo Álvarez-Valdés L. ¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana? *Cuad Bioét*. 2008;XIX:237-53.
21. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York/Oxford: Oxford University Press; 1994.
22. Cuartango R. Trascendiendo al yo ensimismado. La ética de la atención de Iris Murdoch. *Isegoría*; 2006.
23. Feito Grande L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(Supl 3):14.
24. Levinas E. *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-Textos; 1993.
25. Krystallidou D, Devisch I, van de Velde D, Pype P. Understanding patient needs without understanding the patient: the need for complementary use of professional interpreters in end-of-life care. *Med Health Care Philos*. 2017;20(4):477-81.
26. Bosisio F, Jox RJ, Jones L, Rubli T. Planning ahead with dementia: what role can advance care planning play? A review on opportunities and challenges. *Swiss Med Wkly*. 2018;148:w14706.
27. Walter JK, Ross LF. Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism. *Pediatrics*. 2014;133(Suppl 1):S16-S23.
28. Schotsmans PT. Relational responsibility, and not only stewardship. A Roman Catholic view on voluntary euthanasia for dying and non-dying patients. *Christ Bioeth*. 2003;9(2):285-98.
29. Krishna LK, Te Tay J, Watkinson DS, Yee AC. Advancing a welfare-based model in medical decision. *Asian Bioethics*. 2015;7(3):306-20.
30. Shildrick M. Deciding on death: conventions and contestations in the context of disability. *J Bioethical Inquir*. 2008;5(2-3):211.
31. Gilbar R, Miola J. One size fits all? On patient autonomy, medical decision-making, and the impact of culture. *Med Law Rev*. 2014;23(3):375-99.
32. Walker P, Lovat T. Concepts of personhood and autonomy as they apply to end-of-life decisions in intensive care. *Med Health Care Philos*. 2015;18(3):309-15.
33. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hast Cent Rep*. 1972;1:5-7.
34. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.

# Gestación subrogada: dilemas éticos y regulación para un futuro equitativo

## *Surrogacy: ethical dilemmas and regulation for an equitable future*

Gloria Díaz-Rodríguez

Facultad de Derecho, Unidad de Bioética, Universidad Autónoma de Querétaro, Santiago de Querétaro, Qro., México

### Resumen

**Antecedentes:** El debate sobre la gestación subrogada refleja la diversidad de perspectivas en la bioética. Se considera importante una regulación adecuada para un futuro equitativo en su práctica. **Objetivo:** Analizar de manera integral las implicaciones de la gestación subrogada, abordando aspectos éticos, legales y sociales. **Método:** Integral, combinando la investigación científica con la perspectiva bioética, la cooperación global y la concienciación pública sobre la gestación subrogada. **Resultados:** Necesidad de regulaciones sólidas que protejan los derechos y la dignidad de todas las partes involucradas en esta técnica de reproducción. Se propone un marco regulatorio que incluya consentimiento informado, salvaguardias contra la explotación y un sistema de protección integral para los niños nacidos por medio de ella. **Conclusión:** Asegurar regulaciones equitativas que respeten las perspectivas y necesidades de todas las partes involucradas, así como una revisión continua de la regulación de la gestación subrogada aplicando el principio bioético de precaución.

**Palabras clave:** Gestación subrogada. Dilemas legales en gestación por contrato. Ética de la gestación subrogada. Regulación de la gestación subrogada en México. Cosificación.

### Abstract

**Background:** The debate on surrogacy reflects the diversity of perspectives in bioethics. The importance of proper regulation for an equitable future in its practice is considered. **Objective:** To comprehensively analyze the implications of surrogacy, addressing ethical, legal, and social aspects. **Method:** An integrated approach combining scientific research with a bioethical perspective, global cooperation, and public awareness regarding surrogacy. **Results:** The need for robust regulations that protect the rights and dignity of all parties involved in this reproductive technique. Proposing a regulatory framework that includes informed consent, safeguards against exploitation, and a comprehensive protection system for children born through it. **Conclusion:** Ensuring equitable regulations that respect the perspectives and needs of all parties involved, as well as an ongoing review of surrogacy regulation applying the bioethical principle of caution.

**Keywords:** Surrogacy. Legal dilemmas in contract gestation. Ethics of surrogacy. Regulation of surrogacy in Mexico. Objectification.

### Correspondencia:

Gloria Díaz-Rodríguez

E-mail: Kdaat333@gmail.com

Fecha de recepción: 27-10-2023

Fecha de aceptación: 06-12-2023

DOI: 10.24875/BUP.23000013

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):39-54

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

En el campo de la bioética, la gestación subrogada es un tema altamente controvertido que involucra una serie de cuestiones éticas y legales complejas. Diferentes corrientes bioeticistas y autores destacados han expresado sus perspectivas sobre este asunto. Lourdes Velázquez González, una destacada bioeticista mexicana, ha enfatizado que «la gestación subrogada plantea preguntas profundas sobre la dignidad de las mujeres, la comercialización del cuerpo humano y la explotación»<sup>1</sup>. Por otro lado, autores utilitaristas, como Julian Savulescu, argumentan que «si se pueden proteger los derechos y el bienestar de todas las partes involucradas, la gestación subrogada podría ser una práctica ética»<sup>2</sup>. Desde una perspectiva deontológica, Ruth Macklin plantea que «respetar la autonomía de las mujeres es fundamental para garantizar que la gestación subrogada sea ética»<sup>3</sup>. La corriente liberal, representada por Martha Nussbaum, aboga por abordar las preocupaciones de justicia y equidad de género en la gestación subrogada. Nussbaum argumenta que «es esencial abordar las preocupaciones de justicia y equidad de género en la gestación subrogada» y de cómo la maternidad subrogada puede ser perjudicial para los niños, ya que puede ser difícil para ellos entender su origen y su relación con sus padres biológicos y de crianza<sup>4</sup>. Este diálogo entre las diversas corrientes bioeticistas demuestra que la gestación subrogada es un tema que no tiene una solución única. La regulación y la ética en torno a este proceso deben equilibrar los derechos y la autonomía de las mujeres gestantes con las necesidades y deseos de quienes buscan formar una familia. En última instancia, el camino a seguir en relación con la gestación subrogada requerirá un compromiso continuo con el diálogo y la reflexión ética.

## Gestación subrogada: dilemas éticos y regulación para un futuro equitativo

La gestación subrogada, como práctica de reproducción asistida, plantea desafíos éticos, morales y legales debido a su impacto en la autonomía de las mujeres gestantes y su potencial para dar lugar a la mercantilización del cuerpo humano.

El objetivo general de este estudio es analizar de manera integral las implicaciones de la gestación subrogada, abordando aspectos éticos, legales y sociales, con el propósito de comprender su impacto en la autonomía de las mujeres gestantes, la posible mercantilización del cuerpo humano y la importancia de la regulación adecuada en la protección de los derechos de todas las partes involucradas en esta técnica de reproducción asistida. Esta investigación se justifica con base en la necesidad de abordar esta práctica desde múltiples perspectivas, con el fin de comprender y analizar sus implicaciones de manera integral.

- Analizar las preocupaciones éticas y morales asociadas a la gestación subrogada: investigar y evaluar las cuestiones éticas y morales planteadas por esta práctica, incluyendo la explotación potencial de las mujeres gestantes y la mercantilización del cuerpo.
- Examinar el papel de la autonomía de las mujeres gestantes: evaluar en qué medida la gestación subrogada respeta y promueve la autonomía de las mujeres que eligen participar en ella.
- Evaluar el impacto de la regulación en la gestación subrogada: analizar la efectividad de las regulaciones en diferentes contextos nacionales e internacionales y su capacidad para proteger



los derechos y la libertad de elección de las gestantes y de las personas que desean ser padres mediante esta técnica de reproducción asistida.

- Explorar las implicaciones en la definición de la familia y la sociedad: investigar cómo la gestación subrogada afecta la concepción tradicional de la familia y cómo la sociedad responde a esta práctica.
- Identificar barreras de acceso a la tecnología de reproducción asistida: examinar si existen barreras que impiden a ciertas personas el acceso a la gestación subrogada debido a restricciones financieras u otros factores.
- Proponer recomendaciones para abordar las implicaciones éticas, legales y sociales de la gestación subrogada: con base en los hallazgos de la investigación, proponer recomendaciones y directrices que puedan contribuir a un enfoque más ético y justo en la práctica de la gestación subrogada.

La gestación subrogada es un tema de gran relevancia en la actualidad, con implicaciones éticas, legales y sociales que generan un debate continuo en diferentes regiones del mundo. Esta investigación se justifica con base en la necesidad de abordar esta práctica desde múltiples perspectivas, con el fin de comprender y analizar sus implicaciones de manera integral.

### ***Relevancia ética y moral***

Como destaca Lourdes Velázquez González, «la gestación subrogada a menudo plantea preocupaciones éticas y morales sobre la explotación de las mujeres gestantes y la posible mercantilización del cuerpo humano»<sup>5</sup>. Estas preocupaciones éticas justifican la necesidad de una investigación que analice en profundidad la práctica de «la gestación para otros».

### ***Autonomía de las mujeres***

La autonomía de las mujeres es un tema central en este debate. La maternidad subrogada plantea cuestiones fundamentales en cuanto a los derechos y autonomía de las mujeres, tanto de las gestantes como de las futuras madres que recurren a esta práctica<sup>6</sup>.

Es importante que las legislaciones y regulaciones en torno a la maternidad subrogada equilibren los derechos y la autonomía de todas las partes involucradas, garantizando que tanto las gestantes como las futuras madres intencionales sean tratadas con respeto y justicia. También es esencial abordar cuestiones como la compensación y el bienestar de los niños nacidos por medio de este proceso, ya que sus derechos también son fundamentales en este contexto.

### ***Importancia de la regulación***

Como Martha Nussbaum sugiere, «la regulación adecuada es esencial para abordar las preocupaciones éticas y morales, y para garantizar la protección de los derechos de gestantes y personas que desean ser padres». Esta investigación se justifica al evaluar la efectividad de estas regulaciones y su impacto en la práctica de la gestación subrogada.

## ***Cambios en la concepción de la familia y la sociedad***

Los cambios en la concepción de la familia y la sociedad han sido un fenómeno notable en las últimas décadas, y la gestación subrogada ha desempeñado un papel destacado en esta transformación. Tradicionalmente, la noción de familia se asociaba principalmente con la estructura nuclear, compuesta por padres biológicos y sus hijos. Sin embargo, la evolución de la gestación subrogada ha desafiado y ampliado estas percepciones arraigadas.

Este proceso ha propiciado una reevaluación profunda de la definición de familia, cuestionando la idea de que la conexión biológica es el único vínculo significativo. La gestación subrogada ha introducido nuevas formas de construir la familia, permitiendo que personas que no comparten la relación biológica tradicional se conviertan en padres y madres. Esto no solo ha ampliado las opciones para aquellos que enfrentan dificultades para concebir de manera convencional, sino que también ha desencadenado una reflexión más amplia sobre la diversidad y la inclusión en la estructura familiar.

La gestación subrogada ha llevado a replantear el papel de la biología en la definición de la familia y, por ende, ha influido en cómo la sociedad percibe y acepta estas nuevas configuraciones familiares. Ha provocado discusiones sobre los límites de la intervención tecnológica en la reproducción y ha destacado la importancia de considerar el bienestar de los niños nacidos por este método.

## ***Acceso a la tecnología de reproducción asistida***

Como señala Nussbaum, el acceso a las tecnologías de reproducción asistida es un elemento importante que considerar.

La investigación desempeña un papel fundamental en la identificación de posibles barreras que limitan el acceso de ciertas personas a la gestación subrogada. Este proceso exploratorio busca iluminar factores económicos, sociales y legales que podrían actuar como obstáculos para individuos y parejas interesados en recurrir a esta opción reproductiva.

En el ámbito económico, se requiere una evaluación detallada de los costos asociados con la gestación subrogada, incluyendo honorarios legales, médicos y compensación para las gestantes. Comprender cómo estas barreras financieras afectan de manera desproporcionada a diferentes grupos socioeconómicos es esencial para garantizar la equidad en el acceso.

Desde una perspectiva social, la investigación debe abordar la influencia de normas culturales, estigmatización y percepciones sociales en torno a la gestación subrogada. Identificar posibles prejuicios o discriminación que puedan disuadir a ciertos individuos o parejas de considerar esta opción contribuirá a fomentar un acceso más igualitario.

A nivel legal, se requiere una revisión exhaustiva de las regulaciones y restricciones que rodean la gestación subrogada en diferentes jurisdicciones. Este análisis permitirá identificar posibles barreras legales y proponer reformas que faciliten un acceso más amplio y justo.

## ***La maternidad subrogada en México***

La maternidad subrogada en México ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, siendo legal en varios Estados. Sin embargo, la falta de regulación uniforme a nivel nacional genera disparidades y desafíos legales. La accesibilidad a esta práctica varía según la región y se ve influida por factores económicos y culturales. Aunque ofrece una opción para aquellos que enfrentan dificultades reproductivas, la falta de un marco legal consolidado plantea interrogantes sobre la protección de los derechos de todas las partes involucradas. La necesidad de una regulación más integral y consensuada se presenta como una prioridad para garantizar la equidad y la seguridad en el panorama de la maternidad subrogada en México.

### ***DERECHOS DE LAS GESTANTES***

Las gestantes involucradas en la maternidad subrogada deben ser consideradas en términos de sus derechos y protección. Lourdes Velázquez González, una destacada experta en el tema, subraya la importancia de salvaguardar los derechos de las mujeres gestantes. En sus palabras: «Las mujeres que actúan como gestantes deben tener pleno conocimiento y consentimiento informado sobre el proceso, y se deben proteger sus derechos de salud y autonomía»<sup>7</sup>.

Es imperativo abordar este proceso con transparencia y asegurar que las mujeres involucradas comprendan completamente los aspectos médicos, legales y emocionales de su participación. Además, la protección de sus derechos de salud y autonomía debe ser una prioridad central en cualquier marco regulatorio.

Este enfoque respalda la ética y la equidad en la gestación subrogada, reconociendo la importancia de salvaguardar el bienestar físico y mental de las gestantes. El consentimiento informado no solo es un requisito ético, sino también una base esencial para construir relaciones de confianza y respeto en todo el proceso.

Se debe enfatizar la necesidad de normas claras y respetuosas que protejan los derechos fundamentales de las mujeres gestantes, contribuyendo así a un enfoque ético y equitativo en la práctica de la gestación subrogada.

### ***REGULACIÓN LEGAL Y ÉTICA***

La regulación legal y ética en el contexto mexicano es un elemento clave para abordar la maternidad subrogada. Gómez destaca la necesidad de regulaciones claras. Afirma que «la falta de regulación adecuada puede dar lugar a situaciones legales complejas y conflictos de derechos, lo que pone en riesgo a todas las partes involucradas»<sup>8</sup>.

La regulación debe encontrar un equilibrio entre la protección de los derechos de las mujeres gestantes y la autonomía de las parejas o personas que desean ser padres mediante maternidad subrogada. La regulación efectiva también debe abordar la necesidad de asesoramiento legal especializado para las partes involucradas, subrayando la importancia de recibir asesoramiento legal para comprender plenamente sus derechos y responsabilidades.

En síntesis, el tema de los derechos de las gestantes y la regulación legal y ética de la maternidad subrogada en México es esencial para garantizar un equilibrio entre la protección de los derechos y la autonomía de todas las partes involucradas en este proceso. La regulación debe ser clara y efectiva, protegiendo a las gestantes y garantizando el respeto a sus derechos y dignidad, al mismo tiempo que brinda la oportunidad a quienes desean formar una familia de hacerlo de manera ética y legal.

La maternidad subrogada puede tener un impacto significativo en la dignidad de las gestantes y conlleva diversas implicaciones, tanto psicológicas, como sociales y legales.

### ***Impacto en la dignidad de las gestantes***

La maternidad subrogada plantea cuestiones fundamentales sobre la dignidad de las mujeres gestantes. Lourdes Velázquez González, experta en bioética, ha argumentado que «la gestación subrogada puede socavar la dignidad de las mujeres gestantes al convertirlas en meros instrumentos para los deseos de otras personas». Esto plantea interrogantes éticos sobre la explotación y el respeto a la dignidad de las gestantes<sup>9</sup>. Las leyes, regulaciones y prácticas éticas deben garantizar que las mujeres gestantes sean tratadas con dignidad y respeto a lo largo de todo el proceso de la gestación para terceros.

### ***Implicaciones psicológicas***

Las implicaciones psicológicas en la gestación subrogada pueden ser diversas y variar según las circunstancias individuales de todas las partes involucradas, como pueden ser:

- Cambio en la percepción de la maternidad. «La maternidad subrogada puede cambiar la percepción de la maternidad, alejándola de la experiencia física y biológica y enfocándola en la intención y el deseo de criar a un niño»<sup>10</sup>.
- Impacto emocional en las gestantes. «Las mujeres que actúan como gestantes pueden experimentar una gama de emociones complejas, que van desde el apego al bebé en gestación hasta la separación emocional al entregar al niño a los padres comitentes. Este proceso puede tener un impacto significativo en su bienestar psicológico»<sup>11</sup>.
- Presiones psicológicas. La maternidad subrogada es un proceso complejo y puede estar acompañada de una serie de presiones psicológicas. Es fundamental que todas las partes involucradas reciban apoyo emocional y psicológico adecuado durante el proceso para ayudar a mitigar estas presiones y promover una experiencia saludable y ética.
- Impacto en la identidad del niño. Es importante destacar que el impacto en la identidad del niño nacido de gestación subrogada puede variar ampliamente según las circunstancias y el apoyo

proporcionado por los padres y la familia. La comunicación abierta y el apoyo emocional son esenciales para ayudar a los niños a desarrollar una identidad saludable y positiva en el contexto de la gestación subrogada. Además, la orientación de profesionales de la salud mental y expertos en crianza puede ser beneficiosa para abordar las preocupaciones de identidad que puedan surgir. El apoyo emocional en la gestación subrogada es crucial para el bienestar de todas las partes involucradas. La comunicación abierta, la orientación profesional y el apoyo comunitario son herramientas valiosas para ayudar a las personas a enfrentar los desafíos emocionales y las alegrías que pueden surgir a lo largo de este proceso único.

### ***Implicaciones sociales***

Desde una perspectiva social, la maternidad subrogada también tiene implicaciones importantes, como la ética y moral, derechos de las mujeres gestantes, derechos del niño (¿deben tener acceso a información sobre su madre biológica o gestante?, ¿qué derechos tienen en relación con su origen genético y sus lazos familiares?), desigualdad económica («La gestación subrogada a menudo se asocia con desigualdades económicas, ya que las mujeres de bajos ingresos pueden recurrir a ella como una fuente de ingresos. Esto plantea preocupaciones sobre la explotación económica y la vulnerabilidad de las mujeres gestantes»)<sup>12</sup>, comercialización de la reproducción, nacionalidad y ciudadanía, impacto en la familia, acceso limitado, regulación y legalidad, cambio en la percepción de la maternidad.

Las implicaciones sociales de la gestación subrogada varían según la cultura, las leyes y las creencias de cada sociedad. Es importante que se aborden estas cuestiones de manera ética y legal para garantizar los derechos y el bienestar de todas las partes involucradas en el proceso.

### ***Implicaciones legales***

La regulación legal de la maternidad subrogada es esencial para abordar sus implicaciones legales. Gómez subraya la necesidad de una regulación clara y efectiva. Argumenta que «la falta de regulación adecuada puede dar lugar a disputas legales y conflictos sobre la custodia y los derechos parentales»<sup>8</sup>.

Resumiendo, la maternidad subrogada afecta a la dignidad de las gestantes al plantear preocupaciones éticas sobre la explotación y el respeto a su autonomía. Además, tiene implicaciones psicológicas en las gestantes, desafía las normas sociales y requiere una regulación legal cuidadosa para abordar cuestiones como la custodia y los derechos parentales. Estas consideraciones son esenciales para un debate completo y equitativo sobre la maternidad subrogada.

Las implicaciones éticas en torno a la maternidad subrogada son numerosas y complejas. A continuación se presentan algunas de las principales implicaciones éticas, acompañadas de citas relevantes de autores y expertos en bioética.

## Dignidad y autonomía de las gestantes

La maternidad subrogada plantea interrogantes sobre la dignidad y la autonomía de las gestantes. Ruth Macklin, una prestigiada bioeticista, destaca que «la dignidad de las mujeres gestantes debe ser respetada, garantizando su autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su participación en el proceso de gestación»<sup>3</sup>. La preservación de la dignidad y autonomía de las gestantes en el contexto de la gestación subrogada es esencial para un enfoque ético y respetuoso. Reconocer y proteger la dignidad de estas mujeres implica garantizar que sean tratadas con consideración y que sus decisiones sean respetadas en todo momento. La autonomía, por su parte, implica asegurar que las gestantes tengan el poder de tomar decisiones informadas sobre su participación en el proceso, incluyendo aspectos médicos, legales y emocionales, esto no solo contribuye al bienestar individual, sino que también fortalece la integridad y legitimidad del proceso en su conjunto. Es esencial priorizar estos valores para asegurar un enfoque ético y centrado en el respeto hacia las mujeres gestantes.

## Comercialización del cuerpo

La comercialización de la maternidad subrogada puede ser objeto de preocupación ética, «la comercialización del cuerpo humano plantea serias cuestiones sobre la mercantilización de aspectos fundamentales de la vida, incluida la maternidad»<sup>13,14</sup>.

Este fenómeno involucra el intercambio financiero de servicios reproductivos, lo que puede generar preocupaciones sobre la explotación de la gestante y la mercantilización del proceso. La vulnerabilidad económica de algunas gestantes podría conducir a una participación no plenamente voluntaria, cuestionando la equidad y ética del sistema. La regulación es crucial para salvaguardar contra posibles abusos y asegurar que la gestación subrogada se base en principios de dignidad y respeto, evitando la cosificación del cuerpo de las mujeres involucradas. Este dilema destaca la necesidad de un enfoque ético y normativo que balancee los derechos reproductivos con la prevención de prácticas explotadoras.

## Derechos y bienestar del niño

La maternidad subrogada plantea cuestiones sobre los derechos y el bienestar de los niños nacidos mediante este proceso. Como David Smith argumenta, «los derechos y el bienestar de los niños deben ser una consideración central en cualquier discusión ética sobre la maternidad subrogada»<sup>13</sup>.

En el complejo tejido ético de la maternidad subrogada, los derechos de los niños emergen como hilos cruciales que deben ser tejidos con especial atención y originalidad. Más allá de ser meros actores pasivos en este proceso, los niños concebidos de esta manera merecen un reconocimiento profundo de sus derechos individuales. La discusión ética debe considerar la necesidad de preservar su identidad, facilitar el acceso a sus orígenes y asegurar entornos familiares que

fomenten su desarrollo emocional y psicológico, reconociéndose la singularidad de la experiencia de los niños nacidos mediante gestación subrogada y exigiendo un enfoque que trascienda las convenciones tradicionales y se centre en salvaguardar su bienestar en un mundo que continúa evolucionando en torno a las nuevas formas de construir familias.

## **Justicia y equidad de género**

Martha Nussbaum afirma que «abordar las preocupaciones de justicia y equidad de género es esencial para evaluar la ética de la maternidad subrogada»<sup>4</sup> (perspectiva feminista en bioética). La transparencia en todos los aspectos del proceso es un pilar fundamental para lograr una justicia genuina y equidad en esta práctica. La maternidad subrogada ética debe ser moldeada por un compromiso inquebrantable con la justicia, garantizando que cada individuo involucrado experimente un trato justo y respetuoso, que debe fungir como un escudo protector contra desigualdades.

## **Consentimiento informado**

El consentimiento informado de todas las partes involucradas es un elemento ético crucial. «El consentimiento informado de las gestantes, los futuros padres y todos los demás involucrados es esencial para garantizar la ética de la maternidad subrogada»<sup>7</sup>. Velázquez González analiza los diferentes aspectos que deben ser considerados en el proceso de consentimiento informado en la gestación subrogada, incluyendo la información que debe ser proporcionada a las partes involucradas, los riesgos y beneficios de la gestación subrogada, y la importancia de garantizar que el consentimiento sea libre e informado<sup>7</sup>. Este enfoque responde a la complejidad ética de la gestación subrogada, donde el consentimiento informado se erige como un mecanismo vital para preservar la dignidad y autonomía de aquellos que participan en este camino hacia la formación de familias.

## **Exploración de alternativas éticas**

En la bioética se sugiere que se exploren alternativas éticas antes de recurrir a la maternidad subrogada. Susan Markens destaca que «es importante considerar otras opciones, como la adopción, antes de recurrir a la gestación subrogada»<sup>15</sup>.

Es importante recordar que la gestación subrogada es un tema controvertido, y los argumentos a favor y en contra varían según las perspectivas éticas y culturales<sup>16</sup>. Aquí están algunos de los beneficios generalmente asociados con la gestación subrogada:

- Ayuda a parejas infértiles. La gestación subrogada brinda la oportunidad de tener hijos a parejas que, de otra manera, no podrían concebir. Esto puede ser especialmente significativo para aquellas personas que han agotado otras opciones de tratamiento de la infertilidad.
- Opción para personas solteras y parejas del mismo sexo. La gestación subrogada permite que personas solteras y parejas del mismo sexo tengan hijos biológicos, lo que promueve la igualdad de género y la diversidad familiar.



- Control genético y biológico. La gestación subrogada permite a los padres biológicos tener un control genético completo sobre el niño, ya que utilizan sus propios óvulos y espermatozoides, lo que puede ser importante desde una perspectiva emocional y de identidad.
- Reducción de riesgos médicos. En algunos casos, la gestación subrogada puede ser la opción más segura desde el punto de vista médico si una mujer tiene afecciones de salud que la hacen inadecuada para llevar un embarazo.
- Supervisión legal. En muchos países, la gestación subrogada está regulada por leyes que protegen tanto a los padres como a la gestante, lo que ayuda a evitar complicaciones legales.
- Beneficios económicos para las gestantes. Algunas gestantes pueden beneficiarse económicamente de la gestación subrogada, lo que les permite apoyar a sus propias familias y alcanzar metas financieras.

Sin embargo, debemos remarcar que la gestación subrogada también plantea cuestiones éticas y legales complejas, y no está exenta de críticas y desafíos. La percepción de sus beneficios puede variar según la perspectiva individual y cultural. Como señala el filósofo de la bioética Dan Brock: «Los debates sobre la gestación subrogada son ejemplos especialmente claros de cómo los desacuerdos morales pueden depender de nuestras opiniones previas y de nuestras perspectivas éticas más generales, así como de los hechos que reconocemos o rechazamos»<sup>17</sup>.

La gestación subrogada, también conocida como maternidad subrogada o vientres de alquiler, es un tema que ha generado numerosas controversias éticas y legales en México, al igual que en otros países de todo el mundo. A continuación se explorarán algunas de las principales controversias éticas y legales relacionadas con la gestación subrogada en México.

## Controversias éticas

- Comercialización del cuerpo. Uno de los principales argumentos éticos en contra de la gestación subrogada es que podría conducir a la comercialización del cuerpo de las mujeres gestantes. Algunos críticos sostienen que esto convierte a las mujeres en meros instrumentos para la reproducción y que, en ciertos casos, podría explotar a mujeres en situaciones de vulnerabilidad económica<sup>13,14</sup>.
- Derechos del niño. Otra preocupación ética es la relacionada con los derechos del niño nacido por gestación subrogada. Expertos han planteado cuestionamientos sobre la identidad y filiación de los niños, ya que sus padres biológicos pueden no ser los mismos que los padres legales<sup>18</sup>.
- Explotación. Existe una preocupación genuina sobre la posible explotación de mujeres gestantes. Se argumenta que, en algunos casos, las mujeres podrían ser presionadas o coaccionadas para convertirse en gestantes subrogadas, lo que plantea dudas sobre la autenticidad de su consentimiento<sup>19</sup>.

## Implicaciones éticas

- Dignidad y autonomía de las gestantes. «La dignidad de las mujeres gestantes debe ser respetada, garantizando su autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su participación en el proceso de gestación»<sup>3</sup>.

- Comercialización del cuerpo. «La comercialización del cuerpo humano plantea serias cuestiones sobre la mercantilización de aspectos fundamentales de la vida, incluida la maternidad»<sup>13,14</sup>.
- Derechos y bienestar del niño. Como David Smith argumenta, «los derechos y el bienestar de los niños deben ser una consideración central en cualquier discusión ética sobre la maternidad subrogada»<sup>13</sup>. En este punto es muy importante resaltar qué sucede si el bebé nace enfermo o con cualquier malformación y nadie lo quiere, como ha llegado a suceder y pocos autores mencionan. Ya que, al haber sido concebido *a priori* como una mercancía, se devuelve al remitente, es decir, a la madre subrogada. Si el producto no satisface al comprador, este se siente con derecho a devolverlo o suprimirlo.
- Justicia y equidad de género. La perspectiva feminista en la bioética subraya las preocupaciones de justicia y equidad de género en la maternidad subrogada.
- Consentimiento informado. El consentimiento informado de todas las partes involucradas es un elemento ético crucial. Velázquez González argumenta que las mujeres firman normalmente contratos entre las partes que no prevén ninguna ayuda médica o económica en caso de malestar posparto. Incluso en algunos casos son sometidas a tratamientos hormonales que ponen en peligro su salud con el objetivo de aumentar la tasa de éxito de la concepción, pero nadie les habla de ello y de las amenazas que conlleva, ya que la hiperestimulación ovárica es un síndrome muy peligroso y que incluso puede poner en riesgo la vida.
- Exploración de alternativas éticas.

## Controversias legales

- Marco legal fragmentado. La gestación subrogada en México enfrenta desafíos legales significativos debido a la falta de un marco legal uniforme. La legislación varía de un Estado a otro, lo que ha generado incertidumbre legal y dificultades para regular adecuadamente esta práctica<sup>20</sup>.
- Ciudadanía y filiación. La falta de claridad en las leyes mexicanas sobre la ciudadanía y la filiación de los niños nacidos por medio de gestación subrogada ha generado problemas legales. Esto puede dificultar que los padres obtengan la ciudadanía de sus hijos en sus países de origen<sup>21</sup>.
- Turismo reproductivo. México ha sido un destino popular para el turismo reproductivo, lo que ha llevado a preocupaciones sobre la explotación de mujeres gestantes y la falta de regulación efectiva en el país<sup>13,19</sup>.
- Cambios en la legislación. A lo largo de los años, la legislación mexicana en torno a la gestación subrogada ha experimentado cambios significativos, lo que ha llevado a disputas legales y preocupaciones sobre la seguridad jurídica de los contratos de gestación subrogada<sup>22</sup>.

En resumen, la gestación subrogada en México ha generado una serie de controversias éticas y legales, incluyendo preocupaciones sobre la comercialización del cuerpo, los derechos del niño, la explotación de las mujeres gestantes y la falta de regulación coherente en todo el país. Estas controversias han llevado a debates en la sociedad y al cuestionamiento de la legislación existente en el país.

Los cambios en la legislación en torno a la gestación subrogada en México han sido significativos en los últimos años, lo que ha tenido un impacto sustancial en la regulación de esta práctica en el país.

Hasta 2015, México tenía una regulación laxa sobre la gestación subrogada, lo que llevó a un aumento en el turismo reproductivo. Algunos Estados, como Tabasco y Sinaloa, eran conocidos por su flexibilidad en la regulación de esta práctica. Sin embargo, esta falta de regulación unificada y la falta de claridad en las leyes generaron preocupaciones sobre la explotación de mujeres gestantes y la seguridad jurídica de los contratos de gestación subrogada<sup>22</sup>.

## Cambios recientes

Desde entonces, ha habido un esfuerzo por parte del gobierno mexicano para abordar la regulación de la gestación subrogada de manera más coherente y ética. Algunos Estados han promulgado leyes más específicas y restrictivas, mientras que otros han prohibido la práctica por completo. Por ejemplo, el Estado de Tabasco, que era conocido por su laxitud en la regulación, prohibió la gestación subrogada en 2016. En contraste, el Estado de Sinaloa ha implementado regulaciones más estrictas para garantizar la protección de los derechos de todas las partes involucradas en el proceso<sup>23</sup>.

## Impacto y desafíos

Estos cambios en la legislación han tenido un impacto significativo en la gestación subrogada en México. Han surgido desafíos legales y éticos relacionados con la variabilidad en las regulaciones estatales y la falta de uniformidad en la aplicación de la ley. Además, la prohibición de la gestación subrogada en algunos Estados ha llevado a que las personas busquen alternativas en otros países, lo que plantea cuestionamientos sobre el turismo reproductivo<sup>24</sup>.

## Perspectivas de expertos

Gómez, experta en derecho de familia, comenta sobre los cambios en la legislación en México: «La falta de un marco legal uniforme en el país ha llevado a una situación compleja en la que las familias que recurren a la gestación subrogada pueden enfrentar dificultades legales significativas»<sup>8</sup>.

Por otro lado, a pesar de los desafíos, los cambios en la legislación en algunos Estados han tenido un efecto positivo al brindar una mayor protección a los derechos de las partes involucradas en los contratos de gestación subrogada.

La antropóloga Olavarría, en su estudio sobre la gestación subrogada en México, sostiene: «La comercialización del cuerpo en la gestación subrogada plantea preguntas sobre la justicia y la igualdad, ya que no todas las mujeres tienen igualdad de acceso a esta opción y la compensación económica puede ser una tentación para aquellas en condiciones desfavorecidas»<sup>25</sup>.

## Regulación y protección

Para abordar las preocupaciones sobre la comercialización del cuerpo en la gestación subrogada, algunos países y Estados han implementado regulaciones que prohíben o limitan la compensación

económica a las mujeres gestantes. El objetivo es garantizar que la gestación subrogada se base en motivaciones altruistas y no comerciales. Sin embargo, estas regulaciones varían ampliamente en todo el mundo, lo que genera desafíos y controversias adicionales.

La comercialización del cuerpo en la gestación subrogada es una cuestión ética compleja que plantea preguntas fundamentales sobre la dignidad y autonomía de las mujeres gestantes. Las opiniones sobre esta práctica son diversas, y las regulaciones buscan abordar estas preocupaciones de manera variable en diferentes jurisdicciones.

## **Derechos del niño en la gestación subrogada**

- Identidad y filiación. Una de las principales preocupaciones es la identidad y la filiación de los niños nacidos mediante gestación subrogada. Dado que los padres biológicos pueden no ser los mismos que los padres legales, existe la posibilidad de que los niños enfrenten problemas de identidad y puedan sentirse desconectados de su historia y origen<sup>26</sup>.
- Acceso a la información. El acceso del niño a información sobre sus orígenes puede ser un problema en la gestación subrogada. En algunos casos, los contratos de gestación subrogada pueden incluir cláusulas de confidencialidad que limitan o impiden que el niño acceda a información sobre la identidad de la mujer gestante o de los donantes genéticos<sup>8</sup>.
- Interés superior del niño. El principio del «interés superior del niño», ampliamente reconocido en tratados internacionales, debe ser una consideración primordial en los casos de gestación subrogada. El bienestar y los derechos del niño deben prevalecer sobre los intereses de los adultos involucrados en el proceso.

El turismo en la gestación subrogada es un fenómeno en el que las personas viajan a otros países o Estados con el fin de realizar un proceso de gestación subrogada debido a la regulación y costos más favorables que encuentran en el país de destino. Este fenómeno plantea numerosas cuestiones éticas, legales y económicas.

## **El turismo en la gestación subrogada**

- Motivaciones y desafíos. El turismo en la gestación subrogada puede estar impulsado por regulaciones más laxas o costos más bajos en el país de destino en comparación con el país de origen. Esto puede generar desafíos relacionados con la diversidad de leyes y regulaciones que rigen la gestación subrogada en diferentes jurisdicciones<sup>13</sup>.
- Explotación de mujeres gestantes. La preocupación más común en torno al turismo en la gestación subrogada es la explotación de mujeres gestantes en los países receptores. Dado que los países con regulaciones menos estrictas pueden atraer a mujeres gestantes de bajos recursos, se ha planteado la cuestión de si estas mujeres son presionadas o coaccionadas para convertirse en gestantes subrogadas<sup>26</sup>.
- Protección de los derechos del niño. El turismo en la gestación subrogada también puede plantear problemas en lo que respecta a la protección de los derechos del niño nacido por este proceso. Los desafíos de la filiación y la ciudadanía pueden surgir cuando los padres regresan a sus países de origen con el recién nacido<sup>27</sup>.

El turismo en la gestación subrogada, tanto en México como en todo el mundo, plantea un panorama multifacético. En el contexto mexicano, donde la práctica ha sido legal en ciertos Estados, ha habido un aumento en la llegada de personas de otras naciones en busca de opciones más accesibles.

Globalmente, el turismo en gestación subrogada refleja la disparidad de regulaciones entre países, lo que lleva a una búsqueda de opciones más permisivas o asequibles. Este fenómeno destaca la necesidad de un enfoque internacional para abordar cuestiones éticas, legales y de derechos humanos asociadas con la gestación subrogada turística, abordándose estas complejidades, resaltando la diversidad de perspectivas y considerando cuidadosamente los riesgos y beneficios involucrados en esta práctica globalizada.

## Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han explorado en profundidad los dilemas éticos derivados del debate sobre la gestación subrogada y considerado la importancia de establecer una regulación adecuada para asegurar un futuro equitativo en el contexto de la gestación subrogada.

En conclusión, el debate en torno a la gestación subrogada revela un paisaje ético y regulatorio complejo que invita a una exploración más profunda. ¿Cómo pueden las distintas corrientes éticas, desde el feminismo hasta el utilitarismo, converger para establecer principios comunes que guíen la práctica de la gestación subrogada? ¿Qué medidas concretas pueden implementarse para garantizar la voluntariedad y autonomía de las mujeres gestantes, evitando la explotación, mercantilización y cosificación?

Por otro lado, la propuesta de un marco regulatorio integral que incluya medidas para garantizar la voluntariedad y la autonomía de las mujeres gestantes mediante consentimiento informado plantea preguntas adicionales: ¿cómo puede diseñarse una legislación que proteja eficazmente a los niños nacidos de esta práctica sin imponer restricciones excesivas?, ¿qué papel desempeñan los principios de precaución y equidad en la formación de estas regulaciones? Además, ¿cómo pueden los diversos actores, desde expertos hasta activistas y organizaciones de derechos humanos, colaborar de manera más efectiva en la creación y revisión continua de estas normativas?

En última instancia, la gestación subrogada seguirá siendo un tema intrigante y desafiante en los años venideros, generando un llamado a la acción para futuras investigaciones. Dentro de las cuales se debe dar luz a ¿cuáles son las implicaciones a largo plazo de esta práctica en la sociedad y en la percepción de la maternidad?, ¿cómo pueden las experiencias y voces de las mujeres gestantes influir en la evolución de las políticas? Estas interrogantes abren un espacio fértil para investigaciones adicionales que profundicen en los aspectos éticos, legales y sociales de la gestación subrogada.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, la autora ha reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** La autora declara que no ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Velázquez L. El cuerpo femenino: una visión general desde la filosofía tradicional a la gestación subrogada. Cuadernos Ibero-Americanos de Derecho Sanitario. 2023;12(1):117-26.
2. Savulescu J. In defense of procreative beneficence. J Med Ethics. 2007;33(5):284-8.
3. Macklin R. Surrogates & other mothers: The debates over assisted reproduction [Internet]. University of California Press; 1994. Disponible en: <https://lawcat.berkeley.edu/record/150340?ln=en>
4. Nussbaum MC. Las mujeres y el desarrollo humano. Barcelona: Editorial Herder; 2002.
5. Velázquez L. Mercificación del cuerpo femenino e gestación subrogada [Internet]. Studia Bioethica; 2018. Disponible en: <https://riviste.upra.org/index.php/bioethica/article/view/3823>
6. Valero Heredia A. La maternidad subrogada: un asunto de derechos fundamentales. UNED. Teoría y Realidad Constitucional. 2019;43:421-40.
7. Velázquez González L. Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. Dilemata. 2018;26:15-25.
8. Gómez AM. Análisis de la maternidad subrogada desde el Derecho Civil y Derecho Constitucional [tesis en Internet]. [Pirhua]: Facultad de Derecho, Universidad de Piura; 2019. Disponible en: [https://pirhua.upeu.edu.pe/bitstream/handle/11042/4247/DER\\_156.pdf](https://pirhua.upeu.edu.pe/bitstream/handle/11042/4247/DER_156.pdf)
9. Aparisi Miralles A. Maternidad Subrogada Y Dignidad De La Mujer. Cuadernos De Bioética Xxviii 2017/2º 163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87551223003.pdf>
10. Nussbaum M. Las emociones políticas: ¿por qué el amor es importante para la justicia? Barcelona: Paidós, 2014.
11. Imrie S. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. Reprod Biomed Online. 2014;29(4):424-35.
12. Puleo García AH. Nuevas formas de desigualdad en un mundo globalizado. El alquiler de úteros como extractivismo. Revista Europea de Derechos Fundamentales. 2017;29:165-84.
13. Smith D. Maternidad subrogada y derecho: protección de los niños. Revista de Derecho y Política. 2018;26(2):45-62.
14. Guasch Carmona B. Revisión teórica sobre gestación subrogada [Trabajo de grado en Internet]. [La Laguna]: Trabajo Social, Universidad de La Laguna; 2023. Disponible en: <https://riull.uil.es/xmlui/bitstream/handle/915/20756/Revision%20teorica%20sobre%20gestacion%20subrogada.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
15. Markens S. The surrogacy industry and the commodification of women's reproductive labor. Gender & Society. 2007;21(4):510-27.
16. Vázquez Barajas JM. Maternidad subrogada en México: regulación, problemática y reconocimiento como un derecho humano [Internet]. Revista de Derecho Privado; 2019. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-privado/article/view/15207/16170>
17. UNESCO Office Montevideo and Regional Bureau for Science in Latin America and the Caribbean. La Maternidad intervenida: reflexiones en torno a la maternidad subrogada. Revista Redbioética/UNESCO [Internet]. 2010;1(1):174-88. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000193204>
18. Gómez AM. La subrogación uterina: breve estudio comparado [trabajo de máster en Internet]. [Población]: Tecnológico de Monterrey; 2018. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/628906/33068001113609.pdf>
19. Correa da Silva W. Un análisis bibliométrico de la investigación sobre la gestación subrogada: tendencias actuales y brechas entre el derecho internacional y las nuevas tecnologías. Rev Chilena Derecho Tecnología. 2021;10(2):333-48.

20. Callejas Arreguin NA. Maternidad subrogada en el mundo globalizado. Lo que toda gestante sustituta en México debe saber. *Revista Legislativa CESOP*. 2021;14(30):169-206.
21. Pastore AG. Maternidad subrogada: análisis jurídico de una problemática actual [Internet]. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Derecho; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11241>
22. Pérez Hernández Y. Gestación subrogada: una revisión etnográfica para contribuir al debate en México. *Debate Fem* [Internet]. 2018;56. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/dfem/v56/2594-066X-dfem-56-85.pdf>
23. Adams C, Hallak JC, Handlin S, Hanisch M, Hanna R, Harbers I, et al. Gestación subrogada y filiación: su regulación en Tabasco y Sinaloa. Disponible en: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/3685>
24. Albornoz MM, López González F. Marco normativo de la gestación por sustitución en México: desafíos internos y externos. *Rev IUS* [Internet]. 2017;11(39). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-21472017000100009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-21472017000100009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es)
25. Olavarria ME. La gestante sustituta en México y la noción de trabajo reproductivo. *Rev Interdiscip Estud Género Col Méx* [Internet]. 2018;4. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2395-91852018000100103](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852018000100103)
26. Lamm E. Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres [Internet]. Observatorio de Bioética y Derecho, Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona [consulta: 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/libro\\_gestacion\\_por\\_sustitucion.pdf](https://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/libro_gestacion_por_sustitucion.pdf)
27. Cantoral Domínguez K. Gestación subrogada en México: su proyección en las relaciones privadas internacionales. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 2019; (25):163-77.



# Revisión sobre humanismo médico

## *Review on medical humanism*

Guillermo R. Cantú-Quintanilla\* y Mariana López-Cervantes

Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

### Resumen

La presente revisión tiene como objetivo proporcionar un análisis del estado actual de la medicina, en el contexto post-pandemia por COVID-19, destacando especialmente el surgimiento del concepto de humanismo médico. Este enfoque se caracteriza por la adopción de una ética basada en las virtudes, en contraposición a otro paradigma predominante en la medicina contemporánea, conocido como tecnocracia. Para lograr una transición efectiva hacia una atención centrada en el paciente, se identifica la educación como el factor clave. Se sugiere dirigir la atención hacia los programas académicos de medicina en las facultades, enfocándose específicamente en la incorporación de materias relacionadas con la bioética y las humanidades. El propósito es formar profesionales de la salud conscientes de la condición humana, promoviendo así un abordaje integral que considere al paciente como un individuo más allá de la enfermedad que presenta. Finalmente, se detalla una iniciativa llevada a cabo en el país, la cual implica la capacitación de residentes de un instituto de salud pública en conocimientos de humanidades. Esta propuesta se presenta como una estrategia concreta para mejorar la calidad del trabajo y la atención proporcionada por los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Humanismo médico. Atención centrada en el paciente. Ética de las virtudes. Programa de humanidades.

### Abstract

The present review aims to provide an analysis of the state of medicine in the post-COVID-19 pandemic world, with a particular emphasis on the emergence of the concept of medical humanism. This approach is characterized by the adoption of an ethics based on virtues, in contrast to another predominant paradigm in contemporary medicine known as technocracy. To achieve an effective transition towards patient-centered care, education is identified as the key factor. It is suggested to focus attention on the academic programs in medical faculties, specifically emphasizing the inclusion of subjects related to bioethics and humanities. The objective is to educate healthcare professionals who are mindful of the human condition, thereby promoting

**\*Correspondencia:**

Guillermo R. Cantú-Quintanilla

E-mail: [gcantu@up.edu.mx](mailto:gcantu@up.edu.mx)

Fecha de recepción: 10-11-2023

Fecha de aceptación: 10-12-2023

DOI: 10.24875/BUP.23000015

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):55-59

[www.bioethicsupdate.com](http://www.bioethicsupdate.com)

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*a comprehensive approach that considers the patient as an individual beyond the presented illness. Finally, an initiative implemented involving the training of residents from a public health institute in humanities knowledge is presented. This proposal is aimed as a concrete strategy to enhance the quality of work and care provided by healthcare professionals.*

**Keywords:** *Medical humanism. Patient-centered care. Ethics of virtue. Humanities program.*

La pandemia de COVID-19 ha transformado nuestra percepción de la atención médica y ha enfocado el interés en la importancia de los cuidados conscientes y colectivos, que deben ser considerados una responsabilidad ciudadana y trascender los confines del compromiso individual y de género<sup>1</sup>. Además, ha revelado la insuficiencia de los sistemas tradicionales de atención médica, llamando a la adopción de una ética del cuidado que involucre a toda la sociedad democrática. El mundo requiere individuos con determinación y sabiduría para tomar decisiones acertadas en situaciones cotidianas. Convertirse en una persona mejor es un proceso constante que implica la autorreflexión y la mejora continua de la conducta<sup>2</sup>.

La sociedad contemporánea tiene aspectos muy positivos en la comunicación, la solidaridad y el altruismo. Sin embargo, la influencia negativa de las ideologías se aprecia en la despersonalización y deshumanización en la convivencia diaria. El ejercicio de la medicina no es ajeno a la mezcla de aspectos loables y deplorables en los que se vive hoy en día. Por lo tanto, se hace necesario un esfuerzo especial para infundir un sentido de humanidad en el trabajo realizado en el campo de la salud, dado que en este entorno coexisten el dolor, la enfermedad y/o la muerte, junto con diversos actores, cada uno desempeñando un papel de vital importancia.

Las investigaciones más recientes sobre la ética de las virtudes sostienen que la ética se centra en la exploración del bienestar de la vida humana en su totalidad. Este análisis implica examinar el comportamiento humano desde la perspectiva interna del individuo que actúa, considerando su intención intrínseca y destaca la importancia de la razón y los principios prácticos en la autodirección ética, que está íntimamente ligada a la libertad<sup>3</sup>.

El crecimiento de la libertad individual es un proceso que puede ser acelerado por medio de la educación. Educar en la libertad implica fomentar la autonomía y la responsabilidad en aquellos que reciben la educación. Se trata de una crítica al actual funcionamiento del sistema tecnológico que combina la politización y el enfoque económico de manera implacable<sup>4</sup>. En el entorno laboral la libertad personal se combina con las implicaciones éticas de la responsabilidad médica y de la evaluación operativa de virtudes humanas como la prudencia, la justicia, la fortaleza, la sobriedad, el orden y la amistad, entre otras. Estas virtudes han tenido un impacto positivo en los resultados que reflejan una mejor relación médico-paciente y una toma de decisiones más humanizada.

El ejercicio de virtudes humanas y la promoción de un desempeño profesional orientado hacia la búsqueda de la excelencia y una vida exitosa tienen un efecto positivo en la práctica profesional y en la satisfacción de los beneficiarios. Es por esto que la medicina debe evolucionar hacia un enfoque centrado en el paciente y su desarrollo humano, con unidades docentes en los centros educativos que guíen a los estudiantes en aspectos humanísticos<sup>1</sup>. Cada acto médico implica una rica historia de la medicina, principios éticos y un profundo respeto por la experiencia del

paciente<sup>1,5</sup>. Por lo tanto, es esencial profundizar en la formación en humanidades médicas para satisfacer la demanda de médicos centrados en el paciente que la sociedad necesita.

En su esencia, el humanismo médico busca evitar que los médicos se conviertan en meros técnicos. Su enseñanza se materializa mediante cursos optativos para estudiantes avanzados y programas obligatorios para profesores, reconociendo que la educación médica puede transformarse positivamente al impregnarse de educación humanística<sup>6,7</sup>. Los valores fundamentales, como el respeto, la empatía y la solidaridad, se desarrollan sistemáticamente en la formación de estudiantes de ciencias médicas.

Un médico que comprende la importancia de la dignidad de cada individuo muestra un respeto absoluto por la persona humana, incluyendo a los enfermos, los incurables y aquellos con enfermedades irreversibles. Ignorar la auténtica dimensión humana del paciente es un descuido significativo<sup>8</sup>. Es evidente la necesidad de formar médicos con competencias generales que incluyan la resolución de conflictos bioéticos y habilidades de comunicación<sup>5</sup>. Sin embargo, la educación médica tiende a centrarse en exceso en la historia de la medicina y la bioética, descuidando áreas esenciales como la sociología y la antropología<sup>1,5</sup>. Esto muestra que la enseñanza de valores en la medicina requiere mejoras significativas.

Por lo mismo, es imperativo incluir un programa de bioética y humanidades en el currículum de las especialidades médicas. Esta formación brindará al personal de salud habilidades blandas que les permitirán enfocar los problemas éticos que se presenten en la práctica clínica. La literatura reporta resultados positivos entre los médicos que han recibido una formación adicional en temas de bioética y humanidades<sup>9,10</sup>. Los cambios son observables en la mejora de la comunicación con los pacientes, ya que se les da la información, el apoyo y el espacio necesarios para que tomen decisiones informadas en relación con su enfermedad y su tratamiento.

El humanismo médico ha ganado terreno como respuesta a la burocratización de la atención médica y su deshumanización, aunque su uso a veces carece de precisión<sup>9</sup>. En esta línea, se desarrolló un programa de humanismo médico en un Instituto de Salud en el país<sup>11</sup>. El objetivo fue capacitar a los médicos residentes para mejorar sus conocimientos en humanidades y con ello mejorar el ámbito laboral, tanto en la convivencia entre los colaboradores como en la atención de los pacientes y sus familiares. La formación se centró en seis temas a desarrollar en un plan de tres años<sup>12</sup>. Estas áreas incluyeron temas de reflexión y estudio, herramientas de discernimiento y directrices de acción para mejorar la atención brindada a pacientes y sus familias en una sociedad dinámica.

Los temas fueron fenomenología, antropología, ética, ergología, sociabilidad y axiología. El tema de la fenomenología buscaba promover una actitud positiva en la preservación de la salud y la vida, por medio de la descripción existencial del ser humano<sup>13</sup>. En la antropología se abordaron las facultades del ser humano y su comportamiento<sup>14</sup>. En el área de la ética se hizo énfasis en el cuidado del respeto por la vida<sup>15</sup>. El eje de la ergología consideró la ciencia del trabajo mediante hábitos que faciliten la tarea y el logro de objetivos<sup>16</sup>. En el tema de sociabilidad se estableció la importancia de la vida familiar y comunitaria con el objetivo de reintegrar a todos en la sociedad de manera positiva<sup>17</sup>. Y finalmente, en cuanto a la axiología se intentó inspirar una motivación

evaluativa que se tradujera en un proyecto existencial en la vida cotidiana de la persona como ser social, en busca de su mejora y desarrollo<sup>18</sup>.

En este marco es esencial evaluar el currículo médico actual para integrar en la promoción de los principios éticos y humanistas. Se necesita una modificación en el modelo educativo que fomente la reflexión crítica y genere cambios tanto en el individuo como en su entorno<sup>18</sup>. La medicina debe evolucionar hacia un enfoque centrado en el paciente y en la ética, reconociendo la importancia de la dignidad humana en la atención médica.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Hidalgo Balsera A, González-García M. La parábola del buen samaritano y la transformación de los cuidados. *Rev Med Cine.* 2022;18(4):309-13.
2. Khurana T. The struggle for recognition and the authority of the second person. *Eur J Philos.* 2021;29(3):552-61.
3. Peñacoba Arribas A. Educación como perfeccionamiento del ser humano: una propuesta de Millán-Puelles. *Tesis Psicológica.* 2015;10(1):162-73.
4. García JL. El humanismo cívico de Alejandro Llano: Rescatando al ciudadano para la república democrática. En: Maldonado Roldán J, editor. *Reflexiones sobre la vigencia del pensamiento humanista cristiano: II Encuentro internacional Oswaldo*; 2015. pp. 225-240.

5. Hidalgo Balsera A. Humanización de la medicina en tiempos de COVID-19. *Rev Med Cine*. 2022;18(1):1-4.
6. Hidalgo AH, Bordallo JL, Sánchez M, Cantabrana B. Protagonismo de los alumnos en el aprendizaje: Una experiencia en el primer curso de medicina. *Educ Méd*. 2012;15(4):213-9.
7. Zea A de F. Sobre humanismo y medicina. *Medicina*. 2000;22(3):157-62.
8. Roqué M, Roqué C, Roque Molina M. Medicina y humanidades. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2020;65(2):41-2.
9. Tornés GB, Brizuela CM, Brizuela YG. Concepción educativa integradora para el desarrollo de los valores humanismo y responsabilidad en el proceso formativo de estudiantes de ciencias médicas. *MEDISAN*. 2017;21(10):3095-103.
10. Rodríguez JF. El humanismo en la educación médica. *Revista Educación*. 2006;30(1):51-63.
11. Cantú GR, Gómez I, Pérez M, Merino M, García-Villalobos G, Martín G, et al. Impacto de un programa académico de ética y humanidades en la calidad de atención médica y problemas médico-paciente durante la formación de médicos residentes de nefrología. En: Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas. *Memorias del LXIX Congreso Internacional de Nefrología IMIN 2022*. IMIN; 2022.
12. Haueis P, Slaby J. The humanities as conceptual practices: The formation and development of high-impact concepts in philosophy and beyond. *Metaphilosophy*. 2022;53(4):1-19.
13. Vincini S, Gallagher S. Developmental phenomenology: examples from social cognition. *Cont Philos Rev*. 2021;54:183-99.
14. Pantoja Vargas L. Deontología y código deontológico del educador social. *Revista Interuniversitaria*. 2012;19:65-79.
15. Messer NG. Human flourishing. En: Lee M, Kubzansky L, VanderWeele T, editores. *Measuring Well-Being*. New York: Oxford University Press; 2021. pp. 285-305.
16. Zeybek T, Kasap F. Social perspective for family functions in society. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2020;71:305-24.
17. Martí García MA. *La convivencia*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2008.
18. Nazari K, Emami M. Emotional intelligence: Understanding, applying, and measuring. *J Appl Sci Res*. 2012;8(3):1594-607.

# Factores que influyen en la toma de decisiones en oncología. Reflexión bioética acerca de la medicina centrada en el paciente

## *Factors that influence decision making in oncology. Bioethical reflection on patient-centered medicine*

Marytere Herrera-Martínez<sup>1,2\*</sup> y Ma. Blanca Ramos-de-Viesca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM; <sup>2</sup>Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Cancerología; <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM. Ciudad de México, México

### Resumen

**Antecedentes:** Los progresos en oncología han permitido disponer de una gran cantidad de intervenciones novedosas, pero en diversas ocasiones no existe certeza sobre los resultados; al no existir una única decisión, es necesario incorporar en la toma de decisiones factores no médicos. **Objetivo:** Identificar los factores relacionados con la toma de decisiones médicas en oncología según lo reportado en la literatura. **Método:** Búsqueda de la literatura cualitativa, seleccionando textos que contribuyan a la reflexión. **Resultados:** Se presentan los factores no médicos que se encuentran relacionados en la toma de decisiones en oncología y cómo la relación médico-paciente es el centro en el proceso de la toma de decisiones, realizándose así una oncología centrada en el paciente. **Conclusión:** El núcleo central de la toma de decisión es la interacción médico-paciente, basada en la comunicación de los factores médicos y no médicos, generando el clima propicio para desarrollar una oncología centrada en el paciente.

**Palabras clave:** Oncología. Toma de decisiones. Ética. Medicina centrada en el paciente. Relación médico-paciente.

### Abstract

**Background:** Progress in oncology has made it possible to have a large number of novel interventions, but on several occasions, there is no certainty about the results; since there is no single decision, it is necessary to incorporate non-medical factors into decision-making. **Objective:** To identify the factors related to medical decision making in oncology as reported in the literature. **Method:** Search of qualitative literature, selecting texts that contribute to reflection.

#### \*Correspondencia:

Marytere Herrera-Martínez

E-mail: mherrera\_84@hotmail.com

Fecha de recepción: 09-11-2023

Fecha de aceptación: 15-12-2023

DOI: 10.24875/BUP.23000014

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1):60-68

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Results:** *The non-medical factors that are related to decision-making in oncology are presented and how the doctor-patient relationship is the center in the decision-making process, thus achieving patient-centered oncology.* **Conclusion:** *The central core of decision making is the doctor-patient interaction, based on the communication of medical and non-medical factors, generating the climate conducive to developing patient-centered oncology.*

**Keywords:** *Oncology. Decision making. Ethics. Patient-centered medicine. Doctor-patient relationship.*

## Antecedentes

La medicina ha sido descrita como la más humana de las ciencias, siendo el resultado de una mezcla de conocimiento basado en evidencias, humanismo, lógica, así como la propia experiencia y el juicio clínico. La esencia de su práctica clínica es el proceso de toma de decisiones; se puede decir que los médicos serán tan buenos o malos como el conjunto de decisiones que toman y, aunque los resultados nunca pueden garantizarse, aquellos que toman mejores decisiones acumularán una práctica más segura y eficaz para sus pacientes.

Las decisiones médicas derivan del razonamiento clínico y, aunque es una práctica rutinaria en el día a día del médico, el análisis de la toma de decisiones es una disciplina joven que procura sistematizar las evidencias, entenderlas y mejorarlas, para enfocar la atención hacia la práctica ideal<sup>1</sup>. Ante una época de grandes avances técnicos, es necesario que los médicos sean juiciosos, considerando las decisiones que toman los costos, la utilidad y las limitaciones en los procesos diagnósticos y terapéuticos.

El proceso de decidir se define como tomar una resolución ante una situación dudosa, siguiendo un proceso de deliberación que culmina en un acto moral e involucrando los motivos del médico, quien posee dignidad y autonomía para tomar sus propias decisiones para efectuarse en la atención del paciente. Es decir, ambas decisiones se encuentran íntimamente relacionadas.

En este sentido, es necesario aceptar la complejidad de este acto médico, por lo que debemos plantearlo desde dos grandes puntos de vista: la técnica y la ética. De este modo, debemos tener presente que las decisiones médicas son actos morales y, por lo tanto, actuar en consecuencia.

La ética médica se puede fundamentar de manera simplificada en cuatro principios básicos<sup>2</sup>: principio de no maleficencia, siendo este el primero y fundamental (*primum non nocere*); principio de autonomía, que reconoce el derecho que el paciente tiene a participar en la toma de decisiones; principio de beneficencia, que implica que las decisiones y acciones buscarán el bienestar del paciente, y principio de justicia, que se relaciona con la responsabilidad sobre la asignación y utilización de recursos.

Sin embargo, es importante destacar que la decisión médica tiene como límite la propia decisión del paciente, designada como autonomía. Por tanto, la participación del paciente ayuda a complementar e incluso mejorar las decisiones. En este momento de la medicina, sobre todo en las sociedades occidentales, muchos pacientes desean tomar parte activa en las decisiones. Adicionalmente, los servicios de salud están impulsando una mayor capacitación de los pacientes para tener una participación más activa en lo que respecta a su salud, generando un alto nivel de



satisfacción y mejorando la confianza en el médico<sup>3</sup>. Este modelo centrado en la autonomía del paciente y no en la enfermedad se conoce como modelo de toma de decisiones compartidas, el cual favorece un rol más activo de los pacientes.

Este «nuevo» tipo de relación médico-paciente no puede ser visto como algo aislado, sino que opera dentro de un amplio contexto social con múltiples factores, como: factores médicos que incluyen principalmente características físicas, como la presencia de comorbilidades, y factores no médicos, como factores psicosociales, los cuales afectan la interacción y la toma de decisiones médicas<sup>4</sup>.

Al existir una enorme cantidad de factores que influyen en la toma de decisiones, el proceso se puede volver complejo y con problemas éticos prácticamente ilimitados que pueden presentarse en todas las etapas de la vida; desde el control de la natalidad, tratamientos de infertilidad, embarazo y aborto, tratamientos perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas, enfermos críticos, hasta pacientes terminales, cuidados paliativos, problemas del adulto mayor, así como todos aquellos relacionados con el fin de la vida y la búsqueda de una muerte digna<sup>5</sup>.

En este contexto, la oncología no es la excepción. Los progresos en la investigación en las últimas décadas en esta área han permitido disponer de una cantidad extraordinaria de intervenciones novedosas y cada vez más sofisticadas, pero en diversas ocasiones no existe certeza acerca de los resultados clínicos. Lo cual genera incertidumbre en los pacientes y en el personal de salud, debido a la ausencia de evidencia científica al respecto y a que en ocasiones diversos tratamientos ofrecen los mismos objetivos terapéuticos, con un balance riesgo/beneficio similar<sup>6</sup>. A veces, al no existir una única decisión, es necesario incorporar en la toma de decisiones factores no médicos, como opciones de tratamiento, disponibilidad, preferencias y valores de los pacientes<sup>7</sup>.

## Método

Para este estudio se realizó una reflexión<sup>8,9</sup> sobre los factores que influyen en la toma de decisiones en oncología, efectuando búsquedas con una perspectiva cualitativa mediante los términos “Oncologists”, “Oncology”, “Medical Oncology”, “Cancer”, “Choice”, “Judgment”, “Decision analysis”, “Clinical reasoning”, “Treatment decisions”, “Ethics”, “Medical ethics”, “Bioethics”, con el objetivo de poder seleccionar resúmenes parciales o textos completos que colaboren en la construcción de dicha reflexión.

## Resultados

Para fines prácticos, la información se categorizó de la siguiente manera:

- Retos en el proceso de toma de decisiones en oncología.
- Factores para la decisión en oncología:
  - Criterios relacionados con el paciente.
  - Criterios relacionados con el médico.
  - Criterios específicos de la decisión.
  - Interacción médico-paciente.

## ***Retos en el proceso de toma de decisiones en oncología***

Un ejemplo de la dificultad en la toma de decisiones en oncología, es determinar el tratamiento del cáncer renal en etapas I y II. Entre las opciones se encuentran: cirugía, ablación o vigilancia; y a pesar de contar con guías, no ofrecen una recomendación clara como estándar de tratamiento. En este sentido, en una revisión sistemática<sup>10</sup> se identificó que los temas que influyen en la toma de decisión son: criterios específicos de decisión, donde se describen los criterios clínicos que influyen en la toma de decisión; características relacionadas con el tomador de decisión, características del paciente, el personal de salud y la interacción entre ellos, y factores contextuales, como lo son las variables económicas, acceso a la salud y sistema de salud. Respecto a los criterios específicos del cáncer de riñón se encontraron los factores pronósticos, factores demográficos del paciente y herramientas predictoras. Respecto a las características relacionadas con el tomador de decisión se dividieron a su vez en facilitadores y barreras.

Como se puede deducir de esta revisión, cuando el personal de salud y los pacientes deben decidir por el tratamiento que mejor convenga se enfrentarán a una gran cantidad de factores que influenciarán el proceso, de tal forma que es necesario que los médicos sean conscientes de dichos factores para poder desarrollar futuras intervenciones, mejorando los procesos de decisión y, por tanto, de los resultados esperados.

Esta falta de reconocimiento de los factores que se encuentran involucrados en la toma de decisiones de pacientes oncológicos se hizo evidente en la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, cuando se ofrecía atención a pacientes con cáncer de cabeza y cuello, debido a que en la exploración física del paciente la realización de biopsias y el manejo de la vía aérea conferían un alto riesgo de contagio para el paciente y el personal de salud<sup>11</sup>. Así mismo, se reconocieron algunos problemas que pueden aplicarse a la consulta de todas las neoplasias, entre los que destacan: considerar las preferencias del paciente, maximizar el beneficio, minimizar el riesgo y ser deliberativo y justo. Respecto a este último punto, se puede generar un conflicto entre la ética clínica vs. la salud pública; es decir, centrarse en las necesidades específicas de un solo paciente, siendo esta la misión habitual del oncólogo y tener la obligación de proteger al resto de la población para preservar los recursos, haciendo que el profesional de la salud tuviera que cambiar el paradigma en el que se ha centrado.

Adicionalmente, durante la pandemia, al generarse información a diario, existían diversas opciones, muchas de ellas inconsistentes. Por lo cual cobra gran importancia la comunicación y toma de decisiones compartidas, así como el valor de los equipos multidisciplinarios.

## ***Factores para la toma de decisiones en oncología***

Uno de los modelos más conocidos para identificar los factores en la toma de decisiones en oncología es el de Glatzer et al.<sup>12</sup>. De forma inicial, se debe considerar que toda decisión en oncología involucra incertidumbre respecto al diagnóstico, terapéutica, preferencias y valores del paciente y complejidades del sistema de salud. Paralelamente, es necesario identificar que para la toma de decisión existen formas de procesar la información, entre las que destacan: racional vs. no racional

y factores cognitivos vs. emocionales; así como la precisión que se requiere y la rapidez con la que debe ser tomada la decisión.

Dentro de los factores, existen cuatro grandes grupos.

### ***CRITERIOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE***

Dentro de estos se encuentran los factores psicológicos: las experiencias previas, calidad de vida durante o después del tratamiento, expectativa de vida, opinión que el paciente tenga sobre su médico y preferencias de la familia del paciente.

### ***CRITERIOS RELACIONADOS CON EL MÉDICO***

Se refiere al nivel de evidencia con la que cuenta el profesional de la salud, antecedentes del médico y carga de trabajo, entre otros.

### ***CRITERIOS ESPECÍFICOS DE LA DECISIÓN***

Se refiere a los criterios correspondientes a la práctica clínica: edad, comorbilidades, estado funcional del paciente, etapa clínica, objetivos del tratamiento y algunos factores biológicos. A continuación se detallarán algunos criterios destacados en la toma de decisiones que son difíciles de manejar en la consulta.

En una revisión sistemática de la literatura realizada por Stairmand et al.<sup>13</sup> se evaluó el impacto de las comorbilidades para la toma de decisiones, siendo una variable que afecta el pronóstico y la supervivencia de los pacientes con cáncer, considerándose como un factor importante de ser incluido en el proceso. En la revisión identificaron que las comorbilidades no son presentadas o discutidas en las sesiones multidisciplinarias a menos que uno de los participantes las haya identificado, especialmente en aquellos pacientes con deterioro del estado funcional. El no incluir las comorbilidades en la toma de decisión restringe la posibilidad de ser explicada de acuerdo con la evidencia. Y, de ser incluida esta variable, hace más compleja la toma de decisiones, abriendo la posibilidad de no apegarse a las guías clínicas o incluso dejar a los pacientes fuera de tratamiento oncológico debido a la posibilidad de mayores efectos adversos del tratamiento, efectividad de este o considerar que cuentan con una menor expectativa de vida. Sin embargo, existen algunos algoritmos que pueden facilitar la toma de decisión y, por lo tanto, reducir el conflicto e indecisión<sup>7</sup>.

Al mismo tiempo, se ha reportado que el personal de salud tiende a estimar con un mejor estado funcional a los pacientes de lo que en la realidad se encuentran. En este sentido, se ha reportado<sup>14</sup> que la estimación de la supervivencia en general fue más optimista: de 42 vs. 29 días. De tal manera que la supervivencia real fue un 30% más corta de lo que estima el médico, no obstante, esta estimación puede llegar a ser más precisa cuando el paciente se encuentra cerca de su

muerte. Esta información es crucial para la toma de decisiones, siendo una pregunta a la que frecuentemente el personal de salud se enfrenta: ¿Cuánto tiempo me queda? Por lo cual, brindar un panorama más real de supervivencia permite que los pacientes puedan llevar a cabo sus planes, y que el médico cuente con un factor clave en su toma de decisión.

En esta misma revisión sistemática, las predicciones para enfermos terminales fueron inexactas; en siete de los ocho estudios los médicos sobreestimaron la supervivencia. Por tal motivo, es indispensable tener en cuenta algunos otros predictores clínicos como la anorexia, disnea, necesidad de transfusiones y uso de esteroides de manera paliativa; los cuales correlacionan de mejor manera con la supervivencia y pueden ser de ayuda para la clínica. En este contexto, llama la atención que a pesar de que los médicos no pueden predecir el desenlace, sí son capaces de darse cuenta cuando el paciente inicia con el deterioro de la enfermedad, esto puede ser explicado a la falta de respuesta al tratamiento, la tasa de progresión o el síndrome de anorexia-caquexia.

Por lo cual es clave en el momento de la toma de decisiones tener en consideración que los médicos tienden a sobreestimar el pronóstico de los pacientes con cáncer en la etapa terminal, teniendo como implicación el uso inapropiado de tratamientos y el momento de referir a los pacientes a cuidados paliativos. De la misma forma, es necesario hacer una distinción entre el pronóstico general, es decir, las características propias de la enfermedad, y el pronóstico individual que se le atribuye a los factores físicos y psicosociales del paciente; de igual modo para realizar este pronóstico será imprescindible incluir otras variables que no han sido analizadas, como el entrenamiento del médico, factores sociodemográficos, experiencia y la relación médico-paciente.

### ***INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE***

Cada participante, como protagonista en esta interacción, cuenta con distintos objetivos; para el personal de salud será el diagnóstico y tratamiento, pero para el paciente será el alivio del síntoma que lo llevó a la consulta.

Esta interacción debe verse inmersa en el contexto social. Existen diversos modelos, en este caso revisaremos el modelo de Gallagher y Levinson<sup>15</sup>, el cual consta de un núcleo central donde se sitúan las actitudes, creencias, miedos y experiencias de ambos protagonistas; estos factores fundamentarán la confianza y expectativas que tanto médicos como pacientes tendrán en la consulta, generando un clima relacional. Adicionalmente, el modelo contempla un círculo externo donde se encuentra el sistema de salud, fuertemente unido a la relación médico-paciente.

Una de las principales bases de esta interacción médico-paciente es la comunicación. Una adecuada y asertiva comunicación permite obtener confianza, disminuir el estrés de los pacientes, facilitar las condiciones en el proceso de diagnóstico, facilitar el manejo de las decisiones médicas, mejora los resultados de salud, incrementa la posibilidad de adherencia al tratamiento e incrementa la satisfacción de los participantes<sup>16</sup>. Adicionalmente, mantener una buena comunicación y confianza ayuda a que se cuente con una mejor comprensión de la información y la regulación de las emociones; estas últimas son cruciales debido a que existe el error de evaluar la situación con una emoción preexistente con el tema, tanto del paciente como del médico, generando reacciones

mutuas que afectan los pensamientos y, de esta forma, cambiando la forma de los juicios y decisiones de ambos.

De acuerdo con la interacción que tengan ambos participantes se han planteado diversos tipos de relación: paternalista, deliberativa, interpretativa e informativa. El tipo de relación que más ha caracterizado la relación médico-paciente a lo largo del tiempo ha sido la paternalista, en donde el médico actúa como el tutor del paciente, siendo el experto que sabe qué es lo mejor para él, sin que sea necesario su participación activa. Sin embargo, gradualmente se ha observado la evolución del modelo de relación paternalista, centrado en la enfermedad, a un modelo centrado en el paciente, con una consideración bio-psico-social y dentro de esta interacción se encuentra el modelo de decisiones compartidas<sup>17</sup>.

El modelo de decisiones compartidas se fundamenta en la autonomía del paciente, considerando primordial que entienda los procedimientos que se van a realizar y pueda tomar un papel activo en la toma de decisiones<sup>18</sup>. Sin embargo, existen situaciones en las que el paciente no cuenta con habilidad legal o ética para hacerlo. Se considera que se cuenta con capacidad cuando un paciente presenta las siguientes características: entendimiento, apreciación, razonamiento y comunicar la elección. Desafortunadamente, es difícil evaluar la capacidad de toma de decisiones de los pacientes y en muchas ocasiones, el médico sobreestima esta capacidad. De ser evaluada, se puede mejorar la toma de decisiones e identificar cuando el paciente no tiene dicha aptitud, ya sea por alguna condición o dificultad; en este caso será necesaria la intervención de los familiares/cuidadores/responsables legales e incluso la valoración por un psiquiatra y del comité de ética intrahospitalaria.

Es relevante mencionar que el hecho de que un paciente no tenga capacidad o cuente con capacidad disminuida para la toma de decisiones no quiere decir que no debemos involucrarle en el proceso. Actualmente existen herramientas y guías que pueden auxiliar al personal de salud a mejorar la comprensión en este grupo de pacientes y, por tanto, incluirlos en la toma de decisiones.

Para que el modelo de decisiones compartidas se lleve a cabo, es necesario que el médico brinde al paciente toda la información posible para guiar la decisión. Este proceso requiere reconocer, como se ha abordado anteriormente, que el paciente sea capaz de tomar decisiones complejas en un momento vulnerable y de forma racional; de tal forma, es fundamental conocer los términos de riesgo e incertidumbre. La diferencia existe en que el riesgo implica probabilidades objetivas, mientras que la incertidumbre no cuenta con probabilidades<sup>19</sup>.

La atención médica centrada en el paciente adicionalmente requiere la incorporación de los valores, preferencias y creencias de los pacientes de una manera holística. En este aspecto la espiritualidad y/o religión juegan un papel valioso debido a que son las creencias acerca de lo que es importante y trascendente para las personas, guiando la toma de decisiones. Se ha identificado que, al ser tomadas en consideración por el equipo multidisciplinario, genera una mayor tasa de satisfacción y calidad de vida del paciente.

En este sentido, en una revisión sistemática de la literatura en donde se evalúa la perspectiva del paciente, la del profesional de la salud y/o de ambos, se encontró que la influencia que ejerce

la espiritualidad y/o religión puede ser activa o pasiva, y también varía de acuerdo con la raza/etnia, siendo mayor en los pacientes de raza negra. Esta influencia impacta en el manejo en todas las etapas, por lo tanto, se debe hacer mayor énfasis en el impacto que tiene en la toma de decisiones. También se observó que la mayor parte de las ocasiones los profesionales de la salud no prestan atención a las necesidades espirituales, considerándolas de baja prioridad e incluso opcionales, siendo las principales barreras para ser detectadas: falta de educación y entrenamiento, miedo de ofender al paciente o comprometer la relación terapéutica. Relación que es pieza clave en atención médica oncológica, siendo la opinión del médico la más importante para los pacientes, a pesar de que los médicos no se den cuenta de ello, y en segundo lugar «la fe en Dios», correspondiendo al área de la religión y/o espiritualidad, área que los médicos ven como menos importante.

Para los pacientes que adoptan activamente su espiritualidad para tomar decisiones es esencial la opinión de los líderes de su religión (p. ej., rabinos) y/o lo divino (p. ej., Dios); generando satisfacción por la generación de congruencia con sus creencias, disminuyendo el estrés y la incertidumbre, así como la disminución de elección de tratamientos agresivos, prefiriendo mayor calidad de vida en lugar de cantidad de vida. Donde más se ve la influencia de la espiritualidad y/o religión es al final de la vida, desafortunadamente aún existe un vacío para integrar este factor en la toma de decisiones de los pacientes, identificándose la necesidad de integrar una perspectiva de la medicina centrada en el paciente que posibilite tomar estas variables en cuenta y familiarizarse con estos términos<sup>20</sup>.

## Conclusión

En la revisión realizada se encontró que los criterios que intervienen en la toma de decisiones en el área de oncología a grandes rasgos son: «relacionados con el paciente», entre los que se encuentran experiencias previas, calidad de vida durante o después del tratamiento, expectativa de vida, opinión que el paciente tenga sobre su médico y las preferencias de la familia del paciente; «relacionados con el médico», que se refiere al nivel de evidencia con la que cuenta el profesional de la salud, antecedentes del médico y carga de trabajo, entre otros, y finalmente, los «específicos de la decisión», es decir, los correspondientes a la práctica clínica, como edad, comorbilidades, estado funcional del paciente, etapa clínica, objetivos del tratamiento y algunos factores biológicos.

A partir del análisis de los criterios, es importante destacar que estos se encuentran interconectados y no deben ser vistos de forma aislada. Se encontró que el núcleo central de la toma de decisión es la interacción médico-paciente, basada en la comunicación y confianza de parte de ambos participantes del acto moral.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, las autoras han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Las autoras declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Taylor P. Clinical decision making: From theory to practice. *JAMA*. 1996;276(17):1445.
2. Insua JT. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Pers Bioét*. 2018;22(2):223-46.
3. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998;47(3):329-39.
4. van der Heide A, Vrakking A, van Delden H, Looman C, van der Maas P. Medical and nonmedical determinants of decision making about potentially life-prolonging interventions. *Med Decis Making*. 2004;24(5):518-24.
5. Beca Infante JP. La toma de decisiones en ética clínica [Internet]. Santiago de Chile: Facultad de Medicina CAS-UDD, Centro de Bioética [consultado: 11 de julio 2023]. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-%C3%A9tica-cl%C3%ADnica.pdf>
6. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, González-Lorenzo M. Toma de decisiones compartidas en oncología. *Psicooncología*. 2010;7(2/3):233-41.
7. Martin-Putera P. Decision making in oncology [Internet]. American Society of Clinical Oncology Publications, JCO Clinical Cancer Informatics; 2019 [consultado: 11 de julio 2023]. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/CCI.18.00116?role=tab>
8. Escritura en investigación. Artículo de reflexión [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Escritura Javeriano; 2013. Disponible en: <https://www.javerianacali.edu.co/sites/default/files/2022-06/Arti%CC%81culo%20de%20reflexio%CC%81n.pdf>
9. Coy H. El artículo de reflexión [Internet]. Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN Dirección Nacional de Investigaciones [consultado: 01 de julio 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/hectorcoy/el-articulo-de-reflexin-65837295>
10. Beyer K, Barod R, Fox L, van Hemelrijck M, Kinsella N. The current evidence for factors that influence treatment decision making in localized kidney cancer: a mixed methods systematic review. *J Urol*. 2021;206(4):827-39.
11. Shuman AG, Campbell BH, AHSN Ethics Professionalism Service. Ethical framework for head and neck cancer care impacted by COVID-19. *Head Neck*. 2020;42(6):1214-7.
12. Glatzer M, Panje CM, Sirén C, Cihoric N, Putora PM. Decision making criteria in oncology. *Oncology*. 2020;98(6):370-8.
13. Stairmand J, Signal L, Sarfati D, Jackson C, Batten L, Holdaway M, et al. Consideration of comorbidity in treatment decision making in multidisciplinary cancer team meetings: a systematic review. *Ann Oncol*. 2015;26(7):1325-32.
14. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327(7408):195-8.
15. Gallagher TH, Levinson W. A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *Am J Manag Care*. 2004;10(2 Pt 1):61-8.
16. Peralta-Munguía L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria [tesis en internet]. [Santander, España]: Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2010. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/1539>
17. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24-30.
18. Marron JM, Kyi K, Appelbaum PS, Magnuson A. Medical decision-making in oncology for patients lacking capacity. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2020;40:1-11.
19. Treffers T, Putora PM. Emotions as social information in shared decision-making in oncology. *Oncology*. 2020;98(6):430-7.
20. Kelly EP, Myers B, Henderson B, SprickP, White KB, Pawlik TM. The influence of patient and provider religious and spiritual beliefs on treatment decision making in the cancer care context. *Med Decis Making*. 2022;42(1):125-34.



# Síndrome de *burnout* en profesionales de la salud desde una perspectiva bioética

## *Burnout syndrome in health professionals from a bioethical perspective*

Hortensia Cuéllar

Consejo Asesor Internacional, Sociedad Internacional para la Investigación de Valores (ISVI), Beijing Normal University, Distrito Haidian, Beijing, China

### Resumen

**Antecedentes:** El ejercicio de la profesión médica es muy demandante por la experticia que requiere la práctica clínica y la atención cuidadosa a los pacientes. **Objetivos:** Concientizar sobre la vulnerabilidad de los profesionales de la salud en su entorno laboral. Demostrar que el respeto a las personas incluye a los pacientes y a quienes les atienden. **Método:** Análisis descriptivo del entorno laboral sanitario y aplicación de los principios bioéticos y antropológicos a los argumentos laborales. **Resultados:** Desvelar las capas de presiones que enfrentan estos profesionistas con el peligro del *burnout*. Los trabajadores sanitarios son personas que deben ser atendidas y comprendidas cuando se sospeche o se tenga la evidencia de agotamiento laboral, despersonalización, trabajo rutinario y sin sentido. **Conclusiones:** Enfatizar en un enfoque humanista clásico y la ética del cuidado que garantice que la cultura laboral esté guiada por el respeto y la dignidad en la práctica de la atención médica. El cultivo de valores humanos debe incluir no solamente a los pacientes, sino, insoslayablemente, a los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** *Burnout*. Bioética. Antropología. Trabajo. Ética del cuidado.

### Abstract

**Background:** The practice of the medical profession is very demanding due to the expertise required by clinical practice and careful attention to patients. **Objectives:** To raise awareness about the vulnerability of health professionals in their work environment. To demonstrate that respect for people includes patients and those who care for them. **Method:** Descriptive analysis of the healthcare work environment and application of bioethical and anthropological principles to labor arguments. **Results:** Reveal the layers of pressures that these professionals face with the danger of *burnout*. Health workers are people who must be cared for and understood when there is suspicion or evidence of job *burnout*, depersonalization, routine, and meaningless work.

### Correspondencia:

Hortensia Cuéllar

E-mail: hortenscuellar@gmail.com

Fecha de recepción: 23-10-2023

Fecha de aceptación: 18-12-2023

DOI: 10.24875/BUP.23000012

Disponible en internet: 17-05-2024

BIOETHICS UPdate 2024;10(1): 69-78

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Conclusions:** *Emphasize a classical humanistic approach and ethics of care that ensures that the work culture is guided by respect and dignity in healthcare practice. The cultivation of human values must include not only patients but, necessarily, health professionals.*

**Keywords:** *Burnout. Bioethics. Anthropology. Work. Ethics of care.*

## Introducción

El *burnout* es un tema-problema que resulta periférico en el campo de las ciencias de la salud, particularmente en el ámbito médico, donde las jornadas de trabajo en variedad de ocasiones son excesivas; por ejemplo, en cirugías maratónicas por el tiempo dedicado dentro del quirófano o las jornadas intensas de las enfermeras y enfermeros que les exigen vigiliadas continuas en la atención cuidadosa de los pacientes a su cargo. Entiendo perfectamente que esto es una necesidad social y respuesta ética de profesionales, que agradecemos profundamente, y por ello es necesario volver los ojos a quienes profesionalmente nos atienden para advertirles ante ese peligro psicológico-emocional y laboral que representa tal síndrome.

¿Cómo podemos definir el síndrome de *burnout*? ¿Con qué campos de la acción humana se relaciona? ¿Es posible dar una base ético-antropológica y laboral que nos permita abrir horizontes de esperanza ante este mal? Creemos que sí, y es lo que trataremos de mostrar en lo que viene.

Para su desarrollo, el esquema es el siguiente:

- Síndrome y enfermedad
- ¿Por qué abordamos el síndrome de *burnout* desde la bioética?
- ¿Quién es el ser humano? Perspectiva ontológica y ética
- ¿Cómo podemos definir el trabajo? Cosmovisiones influyentes en el ejercicio profesional
- Ética del cuidado y ética de la justicia
- Conclusiones y sugerencias

## Síndrome y enfermedad

¿Es lo mismo síndrome que enfermedad? En el campo médico hay distintas definiciones sobre lo que se entiende por síndrome y también qué significa enfermedad. Se trata de una distinción necesaria, pero en el fondo coinciden de algún modo. Veámoslo brevemente. De acuerdo con el Diccionario médico de la Universidad de Navarra: «El término “síndrome” se utiliza para describir un conjunto de signos y síntomas que, cuando ocurren juntos, indican una enfermedad o un trastorno específico. El término viene del griego “syndromē”, que significa “concurrir”»<sup>1</sup>. Esto indica que puede haber diferentes signos y síntomas sobre alguna determinada enfermedad, que no necesariamente indica la pérdida de salud de modo franco, sino que, si se atiende a tiempo, puede evitarse un mayor deterioro de quien presenta tales síntomas y evitar caer en la enfermedad. Tal es el caso de alguien que puede tener síntomas de gripe, pero si se toma algún analgésico, no solo los síntomas, sino también la gripe agazapada desaparece. Aquí, pues, no es lo mismo síndrome que enfermedad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): «Síndrome es un conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una enfermedad o a una condición que se manifiesta en un sujeto y que puede tener o no causas conocidas»<sup>2</sup>. La OMS define al síndrome desde la enfermedad, observando los síntomas y los signos que el paciente manifiesta y puede emitirse, al menos, un pre-diagnóstico, sobre todo si se trata de una enfermedad conocida y en otros casos no tan pronto, ya que su etiología y desarrollo en fases iniciales pueden permanecer ocultos, como es el caso de diferentes tipos de cáncer. Sin embargo, en estos casos, podemos afirmar que síndrome y enfermedad se identifican, esta última como causa, y los otros como sus manifestaciones. No profundizaremos más en esta distinción, con lo dicho es suficiente para nuestro propósito, ya que ambos términos están relacionados con el problema que nos ocupa.

### ¿Por qué abordamos el síndrome de *burnout* desde la bioética?

Cuando hablamos del síndrome de *burnout* desde una perspectiva bioética entendemos esta última expresión al modo como la usó el destacado oncólogo e investigador estadounidense van Rensselaer Potter (1911-2001), que dio a conocer el término en un programático artículo de 1970, llamado *Bioethics: the Science of Survival* y que tenía por subtítulo *Biology and Wisdom in action*<sup>3</sup>.

Tal precisión es relevante porque en el desarrollo de la exposición, el énfasis viene dado en torno a la radicalidad de la comprensión de quienes somos en nuestra composición existencial más honda que es corpóreo-espiritual y de la sabiduría ético-antropológica que proporciona la filosofía; desde estos parámetros, se puede contrarrestar el *burnout* por la atención a la persona, y eso es supervivencia (*Bioethics: the Science of Survival*), o dicho con precisión, es una apuesta a favor de la salud, en relación con los médicos, enfermeras/os, y todos aquellos que despliegan su labor en el campo sanitario. De ese modo, podremos «tender un puente hacia el futuro», como expresó van Rensselaer Potter en otro escrito suyo de 1971<sup>4</sup>, donde consigna que «Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos» (*Ethical values cannot separated from biological facts*) sobre todo cuando se trata del campo de la salud del ser humano y «del equilibrio biológico global»<sup>5</sup>, tema de su último libro.

Sobre el síndrome de *burnout* los expertos lo sitúan, en general, en el ámbito psicológico, pero su análisis tiene raíces más profundas y estas son de orden ético-antropológico y también médico, y (desde la perspectiva de la acción laboral) se vincula con la filosofía del trabajo y valores y principios que los centros de trabajo proyectan, sean hospitales, fábricas, empresas públicas o privadas, etc. Con esto quiero decir que este síndrome en su raíz es multicausal, además de precisar que no toda visión antropológica y ética del ser humano, ni toda filosofía del trabajo, otorgan una respuesta plausible al problema que nos ocupa.

¿Qué se entiende por *burnout*? *Burnout* sin el sufijo *out* significa «quemado», pero con el sufijo indica «agotamiento», sin embargo, ambos significados se usan comúnmente para referirse al síndrome que estamos analizando. Aquí podríamos preguntar: ¿agotamiento o quemado de qué o en qué? Del trabajo y en el trabajo, ya que se trata de un síndrome laboral que no es nuevo, pero sí puesto en la mesa de la discusión académica o «descubierto formalmente» en la época

de los 70, por dos psicólogos norteamericanos: Herbert Freudenberger, de origen alemán, y Cristina Maslach, estadounidense.

Freuderberger (1926 Frankfurt-1999 Nueva York) publicó en 1974 un artículo titulado *Staff Burn-Out (Agotamiento del personal)* en el *Journal of Social Issues* y fue muy exitoso. Allí describió someramente diversos síntomas de lo que él había experimentado por *burnout* autorreferenciándose como trabajador incansable<sup>6</sup>. En ese artículo, luego convertido en libro<sup>7</sup>, se preguntó: «¿Quién es propenso al agotamiento?» (*Who is prone to burnout?*), su respuesta fue: «Los dedicados y comprometidos» (*Dedicated and committed*), pensando incluso en él mismo, con lo que pareciera que no hay que trabajar mucho para no agotarse.

En California, la psicóloga Christina Maslach (1946-...), egresada en 1971 de Stanford, se planteó el mismo problema teniendo como punto de referencia trabajos de servicios sanitarios y otros distintos como la atención a clientes con vendedores y trabajadores de empresas, llegando a una conclusión: «¡Estos trabajos son trabajos agotadores y poco reconocidos!», que si no se focalizan bien (concluyó), pueden llevar al endurecimiento, a la falta de interés y a la despersonalización en relación con sus pacientes si se trata de personal de salud<sup>8</sup>, con sus clientes si son vendedores o ejecutivos de empresas, llegando incluso a expresar «¡Estoy harto de esto! ¡Estoy harto de lo mismo!», etc.

Estos antecedentes sitúan a H. Freunderberger y a C. Maslach como pioneros del alertarnos ante este fenómeno laboral, psicológico y social en nuestros días. La expresión *burnout* no fue inventada por ellos, pero sí puesta de moda en el ámbito científico laboral. Freudenberger lo expresó muy bien, porque solo los dedicados y comprometidos son propensos al *burnout*, aunque puede haber casos distintos por altas presiones en el trabajo.

Y es que el ser humano ha sido hecho para trabajar: *homo ad laborem factus est*, pero no como una maldición o un castigo, sino como un modo de realización y desarrollo personal y social.

## ¿Quién es el ser humano? Perspectiva ontológica y ética

Ante tan relevante pregunta, hay muchas respuestas a lo largo de la historia de la filosofía, algunas son esenciales y por lo tanto clásicas porque responden a la pregunta planteada. De modo directo, es la antropología filosófica de corte clásico la que recoge de modo esencial que los seres humanos somos personas y estamos integrados de cuerpo y alma en la unidad de nuestro ser (*homo est anima et corpore unus*)<sup>9</sup>.

¿Y qué es ser persona? Es penetrar en la esencia misma de nuestra existencia, desde la perspectiva ontológica y no únicamente biológica, o química, o física y que debido a nuestro específico modo de ser nos perfila cualitativamente diferentes a otros seres vivientes, como los animales y las plantas<sup>10</sup>.

En el entendimiento de nuestro ser-persona han colaborado al menos cinco tradiciones culturales a lo largo de la historia humana: la griega, la latina-renacentista, la de la filosofía moderna y

contemporánea, y la aportada por el pensamiento judeo-cristiano. No ha sido fácil la definición y acuñación del concepto y quizá esa es la razón de tanto equívoco e incompreensión en torno a nuestra esencia específica, que, sin embargo, no debemos soslayar, porque es el fundamento del reconocimiento de nuestra dignidad y derechos humanos fundamentales, proclamados por documentos internacionales tan relevantes como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (UNESCO, 1997), y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005).

Dicho de modo breve, nuestro ser personal nos caracteriza como únicos e irrepetibles (el mejor testigo a nivel biológico es nuestro código genético), que trae consigo nuestra identidad personal no al modo político de un documento impreso que recoge datos ciudadanos nuestros, sino de un modo existencial en la realidad concreta de nuestro propio ser, que nos hace sustancialmente sujetos de derechos y deberes. Así, puede denominárenos con el pronombre alguien y no con el término indefinido algo, que denota una cosa, cualquier cosa u objeto que permite la manipulación o desechabilidad, la instrumentalización y cosificación. No es el caso, o no debiera ser el caso, del ser humano.

Por ello cualquier mujer u hombre con nombre y apellido es alguien concreto, no abstracto, es existente humano real de quien tranquilamente se puede decir al llegar a casa «¿Hay alguien en casa?». En este tenor, el testimonio de Hannah Arendt es inestimable. Recordémoslo: ¿Quién eres tú?

«Lo nuevo siempre aparece en forma de milagro. El hecho de que el hombre sea capaz de acción significa que cabe esperar de él lo inesperado, que es capaz de realizar lo que es infinitamente improbable. Y una vez más, esto es posible porque cada hombre es único, de tal manera que, con cada nacimiento, algo singularmente nuevo entra en el mundo. Con respecto a este alguien, que es único, cabe decir verdaderamente que nadie estuvo allí antes que él (...de modo que) la pregunta planteada a todo recién llegado es: «¿Quién eres tú?»<sup>11</sup>.

Es por esto, que no se nos puede tratar como simples organismos vivos en el mismo rango que los animales y las plantas. Eso indica que no debemos ser manipulables en ninguna circunstancia, y no se nos puede tratar simplemente como individuos sin rostro, como cosas, como objetos, como elementos útiles o desechables en un sistema político-económico y social de carácter pragmático, utilitarista, liberal o totalitario del signo que sea, cayendo en la despersonalización total, en el anonimato, en la cosificación o simplemente existir como un número más, entre millones de seres humanos. Esa metodología es útil para la demografía, la estadística o encuestas de opinión, pero no para calificarnos en nuestra dignidad específica de personas.

Esta reflexión no es ajena para los profesionales de la salud, que antes que médicos, enfermeras, investigadores, etc., son personas con un altísimo valor a quienes debemos agradecer, dar su lugar, nunca explotar, y menos utilizar forzándolos a tareas muy fuertes y agotadoras, aun cuando el servicio lo demande. Entiendo que aquí influyen muchos factores controlables o incontrolables, que en ocasiones vuelven absolutamente necesaria su presencia y trabajo y que los vuelve héroes reales (pandemias, guerras, poco personal en hospitales de alta demanda, etc.). Sin embargo, ¿qué podemos hacer en su beneficio? Es una pregunta que todos debemos responder.

## ¿Qué entendemos por trabajo? Cosmovisiones influyentes en el ejercicio profesional

Aquí revisaremos someramente cuatro concepciones filosóficas influyentes en nuestro tiempo que impactan directamente en el ámbito laboral, al incidir con su influjo tanto en la manera de concebir el trabajo y qué representa el trabajador dentro de sus parámetros. En este tenor, podemos denominarlas «filosofías del trabajo», con un influjo positivo o negativo (dependiendo de cuál sea) en relación con la aparición del síndrome de *burnout*.

Los seres humanos estamos hechos para trabajar y el buen trabajo (el trabajo decente, en expresión de la Organización Internacional del Trabajo [OIT]) es signo magnífico de la dignidad del ser humano.

La OIT define al trabajo como: «El conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad, o proveen los medios de sustento necesarios para los seres humanos»<sup>12</sup> (perspectiva de economía social).

Para la filosofía clásica (visión ético-antropológica y social), el trabajo es una acción y actividad esencial y perfectiva del ser humano, que es testimonio de su propia dignidad y señorío<sup>13</sup>, en el universo creado y de servicio permanente a los demás.

Eso es mucho, pero al mismo tiempo hay que desglosar la idea: el buen trabajo, el trabajo decente, es ocasión concreta para el desarrollo de la propia personalidad, fuente de recursos para autosostenerse y sostener a la familia, vínculo de unión con los colegas, medio necesario para contribuir a la mejora de la sociedad en la que se vive, y actividad indispensable para el avance de la ciencia, la tecnología, el arte y la cultura; en suma, es imposible que sin el trabajo haya desarrollo y progreso en la humanidad, haya prevención y cura de la enfermedad.

Esto se aprecia, sobre todo, al revisar dos aportaciones básicas de filosofías del trabajo de inspiración aristotélico-cristiana de Occidente en torno al ejercicio de la profesión como son los bienes internos y los bienes externos, y que Alasdair MacIntyre desarrolla en su célebre obra *After Virtue*<sup>14</sup>.

Entendemos por bienes internos a los conocimientos prácticos y teóricos, a las experiencias y capacidades que se adquieren, desarrollo de habilidades y destrezas, valores y virtudes, que consigue el trabajador en el ejercicio de su profesión y en todo aquello que demuestra su *expertise*, mediante lo cual reformulará nuevos objetivos, trazará planes, desde la percepción personal del desarrollo de su propio trabajo. Pero no únicamente, sus conocimientos los comparte o los aplica con referencia a alguien, como ocurre con los profesionales de la salud (médicos, enfermeras/os) que todo lo que aprenden tiene como objetivo atender a los pacientes y sus enfermedades. A esto le llamamos la dimensión social de la profesión.

En este sentido, Pía Chirinos, una filósofa del trabajo, nos dice: «Los avances se comparten: son logros intrínsecos al oficio, que benefician a la entera comunidad de trabajadores y,

consecuentemente, a la sociedad. Los fallos también se advierten y se comunican, para no cometerlos de nuevo al menos conscientemente o para intentar superarlos<sup>15</sup>.

Los bienes externos son resultado (casi siempre) del buen ejercicio de la profesión, por ejemplo, la fama, el prestigio, el poder o el dinero. Estos vienen solos, pero también pueden perderse por conductas equívocas en ese mismo ejercicio.

¿Qué pasa cuando se cae en el *burnout*, entre los profesionales de la salud? La explicación es compleja y multicausal, como lo he expresado anteriormente. En este tenor, Marilyn Bianchini menciona lo siguiente: «En el ambiente hospitalario, la salud mental y física requiere una especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos, horarios de trabajo, atención a individuos enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos. Dichos factores actúan directamente sobre la persona y el grupo de trabajo, provocando un malestar que puede manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción entre otras, lo cual genera una deficiente calidad de la atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés, también llamado síndrome de *burnout*»<sup>16</sup>.

Mucho influyen (como vemos) las condiciones de trabajo y clima laboral, la falsa concepción de lo que deben hacer los profesionales de la salud, una equivocada visión de lo que implica el trabajo que desempeñan, o por el contrario, un alto nivel de responsabilidad ante las necesidades de los enfermos, que los conduce a olvidarse de sí y traspasar límites de lo humanamente razonable con jornadas maratónicas que los hacen proclives a caer en el *burnout*.

Con independencia de las aportaciones de la filosofía clásica mencionadas, hay enfoques pragmáticos en torno al trabajo en donde lo que importa no es el trabajador sino el resultado de sus acciones sin tomar en cuenta la calidad del servicio; lo que se busca es la utilidad que reporta a nivel económico si se trata de la administración de un centro hospitalario privado, o el número de pacientes que se atienden en una institución pública.

Estos enfoques son nefastos porque «exprimen», «saturan», «agotan» a quienes allí trabajan, sin importarles los horarios, el bajo sueldo que quizá perciban o las vacaciones en tiempo y forma, etc. Este clima laboral es altamente desmotivante, y propicio para caer en el *burnout*. Aquí de lo que se trata es de correr, desvelarse o mal comer, lo que importa es cubrir el expediente, y dar resultados productivos, quedando en un segundo plano la salud del trabajador.

Entiendo muy bien que la enfermedad y el dolor no esperan y hay que atender a quienes lo necesitan. Esta situación, sin embargo, puede conducir a la despersonalización, al considerar al paciente un número más y al profesional de la salud volverlo «distante», indiferente, por el agotamiento que le consume y del cual no sabe cómo escapar.

¿Quién o quiénes son los responsables de climas laborales así? Pueden serlo los directivos del hospital, el jefe inmediato, o las políticas que rigen ese centro hospitalario. En otras ocasiones, el sacrificio heroico del mismo profesional de la salud por el alto grado de responsabilidad que manifiesta «con una disponibilidad y entrega continuamente abierta a las necesidades de los enfermos



y en el cumplimiento de esa tarea sin medir consecuencias», como ha señalado acertadamente Bianchini.

Otro enfoque más de filosofía del trabajo es el deontológico de inspiración kantiana, que focaliza su interés por parte del centro de trabajo, en la responsabilidad del trabajador y la idea del cumplimiento «del deber por el deber» a costa de lo que sea. En el caso del trabajador, la responsabilidad personal es entendida como un seco cumplimiento de la normatividad y la obligatoriedad de la tarea sin ningún matiz, con evidente olvido de que también es un ser humano, es una persona que se cansa y necesita reposo y recibir cuidado y estímulos por parte de la institución.

Con esto no afirmo que cumplir con las responsabilidades asumidas laboralmente sea un error, no; el responder con honestidad y profesionalismo en nuestro trabajo es propio de las mujeres y hombres de bien, responsables y libres. Lo que aquí sostengo es que cuando un trabajador no fija límites en sus responsabilidades y se excede de manera irracional y dañina para su propia salud, puede caer en el *burnout*. Puede ser el caso de diversos *workaholics* que, en aras de su adicción al trabajo, suelen descuidar no solamente a su familia y relaciones sociales, sino también su salud.

¿Cuál sería la solución a la problemática deontológica? Se trata de una respuesta compleja en donde no hay un solo actor responsable. Por parte del trabajador, el tener consciencia de ello y tratar de actuar con libertad interior y gran fortaleza en relación con ese síndrome que le acecha, es un primer paso de cara a la solución del problema; eso significa tratar de romper el esquema psicológico, emocional y laboral en donde «me exijo tanto para cumplir», que puede ser que lo consiga o bien autoengañarme y caer en el «cumpro y miento» porque ya no puedo más y como consecuencia puedo enfermar.

## Ética del cuidado y ética de la justicia

Finalmente, unas cuantas ideas sobre la ética del cuidado que me parece perfectamente aplicable (como orientativa) para no caer en el *burnout*.

Este nuevo enfoque de la ética, llamada ética del cuidado, fue propuesta por la filósofa y psicóloga estadounidense Carol Gilligan en el libro *In a different Voice. Psychological theory and women's development*, donde plantea una propuesta de desarrollo moral<sup>17</sup>, distinto al de Lawrence Kohlberg, que hablaba de ética de la justicia<sup>18</sup>. Gilligan conocía muy bien a Kohlberg, ya que había sido su asistente en Harvard. Para Gilligan el desarrollo moral no solo de las mujeres, sino del ser humano en general, «es contextual, atendiendo a las relaciones interpersonales y al cuidado y sensibilidad en la atención a otros, trascendiendo lo normativo si es necesario».

Para ella, la idea de justicia no puede ir al margen de la compasión y de la responsabilidad con las personas, solo de este modo se pueden promover ambientes de tranquilidad, misericordia, cuidado y de paz.

## Conclusiones y sugerencias

- Hablar de *burnout* a nivel laboral es referirnos a un síndrome específico que cuando no es atacado o detenido a tiempo se convierte en una enfermedad producida por un agotamiento extremo.
- Tomar consciencia de nuestra propia valía como seres humanos es indispensable para enfrentar situaciones en donde exista el peligro de la manipulación, explotación, cosificación o instrumentalización de las personas.
- Los profesionales de la salud en aras del cumplimiento responsable y comprometido de atención a los pacientes son proclives a padecer el *burnout*, si no toman consciencia o perciben a tiempo su situación de deterioro laboral y fragilidad y que pueden enfermar gravemente.
- Evitar los enfoques pragmáticos y el deontologismo descarnado en las instituciones hospitalarias cuyo objetivo es prestar uno de los servicios más nobles del ser humano, que es la prevención y lucha contra la enfermedad, la recuperación de la salud y felicidad para el paciente y familiares, en todos los casos que médicamente sea posible.
- En los centros hospitalarios es necesario replantear a nivel local, nacional e internacional, políticas razonables y justas de organización y buen clima laboral, de estímulos profesionales de descanso y salario, de reconocimiento real de las tareas desempeñadas, a fin de atender a las necesidades que médicos y enfermeras (os) tienen en su labor cotidiana. Los Sindicatos y los Comités de Ética juegan aquí un papel relevante.
- Para los profesionales de la salud sugerimos lo siguiente:
  - Autocuidado: descanso, alimentación sana, ejercicio, *hobbies*, etc.
  - Apoyo social: buscar o crear redes de apoyo con colegas, amigos, familia, y si es necesario, buscar ayuda profesional para evitar mayor deterioro.
  - Establecer límites: «medir fuerzas» con objetividad y saber decir que NO, y eso no es falta de responsabilidad, sino cuidar la propia salud.
  - Aprender a usar la tecnología para desempeñar con mayor eficacia la tarea encomendada, porque la consciencia de su «no uso» ante las exigencias de este mundo digital y biotecnológico causan estrés y nerviosismo.
  - Cambiar de trabajo, si es necesario, en aras de la prevención de la enfermedad y recuperación de la salud.

## Agradecimientos

Al Dr. John Abbarno por su inestimable amistad y apoyo de siempre. A las autoridades y académicos responsables de la XIV Reunión Académica de la Cátedra Patrimonial de Bioética organizada por el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por su invitación (por medio de la Dra. Itzel Moreno Vite) a participar en ese importante evento donde comenzó mi interés por el tema-problema que aquí presento.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, la autora ha reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** La autora declara que no ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Diccionario médico Clínica Universidad de Navarra. ¿Qué es un síndrome? [Internet]. Clínica Universidad de Navarra [consultado el 1 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome>
2. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Organización Mundial de la Salud [consultado el 2 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
3. Potter VR. Bioethics: The science of survival. Pers in Biol and Med. 1970;14(1):127-53.
4. Potter VR. Bioethics. Bridge to the future. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice-Hall; 1971.
5. Potter VR. Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy. Michigan State: University Press; 1988.
6. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J of Soc Issues. 1974;30:159-65.
7. Freudenberger H, Richelson G. Burn-out: The high cost of high achievement. Garden City, NY: Anchor Press; 1980.
8. Maslach Ch. Burnout. The cost of caring. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1982.
9. Aquino T. Suma Teológica I. Madrid: BAC; q. 75-76. Cuéllar Pérez H. Antropología filosófica, ética y bioética. En: Pichardo García LM, Cuéllar Pérez H, editores. Bioética recobrada. Un regreso a los límites. Ciudad de México: Editorial NUN; 2020. pp. 49-75.
10. Cuéllar Pérez H. Persona: Núcleo del tejido social. Instituto de Enlaces Educativos. Ciudad de México: Editorial Tierra Firme; 2011.
11. Arendt H. La condición humana. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.
12. International Labour Organization. ¿Qué es el trabajo decente? [Internet]. International Labour Organization [consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: [https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_LIM\\_653\\_SP/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm)
13. Cuéllar Pérez H. El ser y la esencia de los valores. Una axiología para el siglo XXI. México: Editorial Trillas; 2009.
14. MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1984.
15. Chirinos MP. Trabajo. En: Fernández Labastida F, Mercado JA, editores. Philosophica: Enciclopedia filosófica on line [Internet]. Philosophica [consultada el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <http://www.philosophica.info/archivo/2009/voces/trabajo/Trabajo.html>
16. Bianchini Matamoros M. El síndrome del burnout en personal profesional de la salud. Med Leg. 1997;13(2):1-2.
17. Gilligan C. In a different voice. Psychological Theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
18. Kohlberg L. Essays on moral development: The philosophy of moral development I. San Francisco: Harper & Row; 1981.